

Allgemeine Bedingungen für die Unfallversicherung Südtirol - AUVB 2025
Variante "Best Südtirol"
(Fassung Jänner 2025)

Inhaltsverzeichnis

Glossar

Abschnitt A: Versicherungsschutz

- Artikel 1 - Was bzw. wer ist versichert?
- Artikel 2 - Was gilt als Versicherungsfall?
- Artikel 3 - Wo gilt die Versicherung?
- Artikel 4 - Wann gilt die Versicherung?
- Artikel 5 - Wann beginnt die Versicherung?
- Artikel 6 - Was ist ein Unfall?

Abschnitt B: Versicherungsleistungen - Was kann versichert werden?

- Artikel 7 - Dauernde Invalidität
- Artikel 8 - Todesfall (Unfalltod)
- Artikel 9 - Unfall-Invaliditäts-Rente
- Artikel 10 - Taggeld
- Artikel 11 - Spitalgeld
- Artikel 12 - Unfallkosten
- Artikel 13 - Soforthilfe
- Artikel 14 - Reise-Aktiv-Plus
- Artikel 15 - Mobilitäts-Plus
- Artikel 16 - Verkehrsbaustein-Plus
- Artikel 17 - Knochenbruch
- Artikel 18 - Amateursport
- Artikel 19 - Sondersportgefahr
- Artikel 20 - Was zahlt der Versicherer zusätzlich?
- Artikel 21 - Wie sind die Versicherungssummen vom Alter des Versicherten abhängig?
- Artikel 22 - Wann sind die Leistungen des Versicherers fällig, wann verjähren sie?

Abschnitt C: Begrenzungen des Versicherungsschutzes

- Artikel 23 - Wer kann nicht versichert werden?
- Artikel 24 - In welchen Fällen zahlt der Versicherer nicht?
- Artikel 25 - Welche sachlichen Begrenzungen gibt es?

Abschnitt D: Pflichten des Versicherungsnehmers

- Artikel 26 - Wann ist die Prämie zu bezahlen?
- Artikel 27 - Was ist bei Änderung des Wohnsitzes, bei Änderung, Aufnahme bzw. Beendigung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung sowie Freizeitaktivitäten bzw. Sportaktivitäten zu beachten?
- Artikel 28 - Was ist vor Eintritt, was ist nach Eintritt eines Versicherungsfalles zu beachten?

Abschnitt E: Sonstige Vertragsbestimmungen

- Artikel 29 - Was gilt als Versicherungsperiode?
- Artikel 30 - Wann endet der Vertrag (Ablaufkündigung, Verlängerung, Erlöschen des Vertrages)?
- Artikel 31 - Wem steht die Ausübung der Rechte aus dem Versicherungsvertrag zu, wer hat Pflichten aus dem Versicherungsvertrag zu erfüllen?
- Artikel 32 - Wo können Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag gerichtlich geltend gemacht werden?
- Artikel 33 - In welcher Form sind Erklärungen abzugeben?

Artikel 34 - Welches Recht wird angewandt?

Artikel 35 - Sanktionsklausel

Abschnitt F: Familienunfallversicherung

Abschnitt G: Kollektivunfallversicherung

Abschnitt H: Gesundheitsberufe - Unfallversicherung mit verbesserter Gliedertaxe

Anhang: Gesetzestexte

Datenschutzinformationen

Präambel

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

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

Wichtig: Bitte lesen Sie alle Gesetzesstellen, die im Anhang abgedruckt sind, weil darauf in den folgenden Versicherungsbedingungen Bezug genommen wird.

Glossar

Definitionen

Ausland: jegliches Territorium (Provinz/Region/Land/Staat), das außerhalb der autonomen Provinz Bozen-Südtirol liegt.

Auslandsreise: jede Reise des Versicherten an einen Ort, der außerhalb der autonomen Provinz Bozen-Südtirol liegt.

Dauernde Invalidität: die teilweise bzw. vollständige unfallbedingte Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit auf Lebenszeit.

Fluggast: wer mit dem Betrieb des Luftfahrzeuges in keinem ursächlichen Zusammenhang steht, kein Besatzungsmitglied ist und keine berufliche Tätigkeit mittels Luftfahrzeugen ausübt.

Geschriebene Form: Text in Schriftzeichen, aus dem die Person des Erklärenden hervorgeht.

Gliedertaxe: Tabelle mit der prozentuellen Bewertung der einzelnen Körperteile und Organe entsprechend ihrer Bedeutung und Funktionsfähigkeit. Sie dient als Grundlage für die Invaliditätsbestimmung.

Hauptfälligkeit, Hauptfälligkeitstermin: der jährlich wiederkehrende Termin, zu dem die Versicherungsperiode beginnt.

Heilbehandlung: eine medizinische Behandlung, die nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft geeignet erscheint, die Gesundheit wiederherzustellen, den Zustand zu bessern oder eine Verschlechterung zu verhindern.

Höchstbetrag, Höchstsumme bzw. Höchstleistung: der maximal festgelegte Auszahlungsbetrag, den der Versicherer an den Versicherungsnehmer im Rahmen eines versicherten Unfallereignisses ausbezahlt.

Invalidität: die auf Dauer verbleibende Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit nach einem Unfallereignis.

Kosmetische Operationen: notwendige ärztliche Behandlungen zur Korrektur und/oder Wiederherstellung des äußeren Erscheinungsbildes.

Krankenhaus: sanitätsbehördlich genehmigte Krankenanstalten und Sanatorien, die unter ständiger ärztlicher Leitung und Betreuung stehen und sich nicht auf die Anwendung bestimmter Behandlungsmethoden beschränken.

Krankheit: der nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft ermittelte und klassifizierte anomale körperliche oder geistige Zustand.

Luftfahrzeuge: Fahrzeuge, die sich zur Fortbewegung von Personen oder Sachen in der Luft ohne mechanische Verbindung mit der Erde eignen, gleichgültig, ob sie schwerer als Luft (zum Beispiel Flugzeuge, Segelflugzeuge, Hänge- oder Paragleiter, Schwingenflugzeuge, Hubschrauber, Tragschrauber und Fallschirme) oder leichter als Luft (zum Beispiel Luftschiffe und Freiballone) sind.

Mitwirkungsanteil: die prozentuale Anrechnung von bestehenden Erkrankungen und Gebrechen der versicherten Person.

Motorische Luftfahrzeuge: Luftfahrzeuge mit motorischem Antrieb (zum Beispiel Flugzeug, Motorsegler, Ultralights).

Nicht-motorisch angetriebene Luftfahrzeuge: Luftfahrzeuge ohne motorischen Antrieb (zum Beispiel Hängegleiter, Gleitsegler, Drachenflieger, Paragleiter, Ballon, Segelflieger, Fallschirme).

Obliegenheiten: Pflichten des Versicherungsnehmers oder des Versicherten, die für die Aufrechterhaltung des Versicherungsschutzes erforderlich sind.

Prämie, Versicherungsprämie: das vom Versicherungsnehmer zu zahlende Entgelt (inkl. Versicherungssteuer).

Progression: optionale Erhöhung der Versicherungsleistung um einen bestimmten Faktor im Fall von Invalidität nach einem Unfall.

Rooming-In: Übernahme der Übernachtungskosten eines Erziehungsberechtigten im Spital infolge eines Unfalls.

Schriftform: der Zugang des Originals der Erklärung beim Erklärungsempfänger mit eigenhändiger Unterschrift des Erklärenden.

Selbstbehalt: die teilweise Übernahme der Kosten (in Höhe eines vertraglich vereinbarten Prozentsatzes oder Fixbetrages) durch den Versicherungsnehmer pro Leistungsfall.

Sofortleistung: eine Leistung aus dem Titel „Dauernde Invalidität“, die nach Vorlage einer nachvollziehbaren Krankengeschichte und bei Vorliegen einer Verletzung laut Verletzungskatalog zur Auszahlung gelangt.

Sofortschutz: Versicherungsschutz ab Antragseingang beim Versicherer bis Zustellung der Polizze für definierte Leistungsarten mit eingeschränkten Versicherungssummen.

Ticketgebühr: die Selbstkostenbeteiligung des Versicherten für die Inanspruchnahme von öffentlichen Gesundheitsleistungen.

Unfall: eine unfreiwillige Gesundheitsschädigung der versicherten Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis.

Unfallereignis: ein plötzlich von außen auf den Körper der versicherten Person einwirkendes Ereignis, das bei dieser eine unfreiwillige Gesundheitsschädigung verursacht.

Verletzungskatalog: in der Polizze aufgelistete Verletzungen, für die bei Erfüllung der Anspruchsvoraussetzungen eine Sofortleistung zur Auszahlung gelangt.

Versicherung: die vertraglich vereinbarte Übernahme eines Risikos gegen Zahlung einer Prämie.

Versicherer: die Merkur Versicherung Aktiengesellschaft, mit Sitz in der Republik Österreich, Conrad-von-Hötzendorf-Straße 84, 8010 Graz, die in Italien im Freien Dienstleistungsverkehr tätig ist (auch „Merkur Versicherung AG“).

Versicherungsnehmer: die Person, die mit dem Versicherer den Versicherungsvertrag abschließt, sich zur Zahlung der Prämie verpflichtet und die Rechte aus dem Versicherungsvertrag ausübt.

Versicherungsfall: der Eintritt eines versicherten Ereignisses (zum Beispiel Unfall, Unfalltod).

Versicherungssumme: der Betrag, den der Versicherer pro Unfall maximal bezahlt.

Versicherter, versicherte Person: die Person, auf deren Risiko sich der Versicherungsschutz erstreckt. Sofern im Versicherungsvertrag nichts Abweichendes vereinbart wird, beziehen sich die Bestimmungen betreffend den Versicherten auch auf alle mitversicherten Personen.

Versicherungsschutz: im Versicherungsvertrag vereinbarte Leistung, die der Versicherer im Versicherungsfall zu erbringen hat.

Wertanpassung: der jährliche Anstieg der Versicherungssumme und der Prämie um einen fixen Prozentsatz, um eine Wertsicherung zu erhalten (gemäß der in der Polizza definierten Anpassungsklausel).

Abschnitt A: Versicherungsschutz

Artikel 1: Was bzw. wer ist versichert

Gegenstand der Versicherung

1. Der Versicherer bietet Versicherungsschutz, wenn der versicherten Person ein Unfall zustößt. Die Leistungen, die versichert werden können, ergeben sich aus dem Abschnitt B. Aus der Polizza ist ersichtlich, welche Leistungen und Versicherungssummen vereinbart sind.

1a. *Weicht der Inhalt der Polizza vom Antrag oder den getroffenen Vereinbarungen ab, wird der Versicherungsnehmer **durch den Vermerk * und in Fettdruck** auf der Polizza oder durch gesonderte Mitteilung darauf hingewiesen. **Die Abweichung gilt als genehmigt, wenn der Versicherungsnehmer nicht innerhalb eines Monats nach Empfang der Polizza schriftlich widerspricht.***

2. **Versichert kann nur werden, wer seinen Hauptwohnsitz in der autonomen Provinz Bozen - Südtirol hat.**

Der Hauptwohnsitz muss zugleich auch den Lebensmittelpunkt bilden. **Ein in der autonomen Provinz Bozen - Südtirol gelegener Nebenwohnsitz ist nicht ausreichend.** Bei einer **Verlegung des Hauptwohnsitzes oder des Lebensmittelpunktes** des Versicherungsnehmers oder einer der versicherten Personen, ist die Merkur Versicherung AG **unverzüglich schriftlich davon zu informieren. Im Falle des Auslandsverzuges oder der Verlegung des Lebensmittelpunktes ins Ausland besteht grundsätzlich kein Versicherungsschutz** für die davon betroffene(n) Person(en). **Bei Verletzung der Meldepflicht kann die Merkur Versicherung AG den Vertrag rückwirkend zum Zeitpunkt des Auslandsverzuges stornieren.** Eine Weiterversicherung ist nur unter der Voraussetzung einer gesonderten schriftlichen Erklärung der Merkur Versicherung AG möglich.

Artikel 2 - Was gilt als Versicherungsfall

Versicherungsfall

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

Artikel 3 - Wo gilt die Versicherung

Örtlicher Geltungsbereich

Die Versicherung gilt auf der ganzen Erde, **mit den Einschränkungen des Artikel 1 Punkt 2 bezüglich Hauptwohnsitz und Lebensmittelpunkt.**

Artikel 4 - Wann gilt die Versicherung

Zeitlicher Geltungsbereich

Versichert sind Unfälle, die während der Wirksamkeit des Versicherungsschutzes (Laufzeit des Versicherungsvertrages unter Beachtung der **§§ 38 bis 39a VersVG**; siehe beiliegenden Auszug aus Gesetzestexten) eingetreten sind.

Artikel 5 - Wann beginnt die Versicherung

1. Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz **beginnt bei fristgerechter Bezahlung** der ersten oder einmaligen Prämie mit dem vereinbarten Versicherungsbeginn. Die Zahlungsfrist ist in Artikel 26 geregelt.

War der Versicherungsnehmer an der rechtzeitigen Zahlung der ersten oder einmaligen Prämie ohne sein Verschulden verhindert, so beginnt der Versicherungsschutz ebenfalls mit dem vereinbarten Versicherungsbeginn. Bei schuldhaftem Verzug besteht Versicherungsschutz ab dem Zeitpunkt der Zahlung. Die **nicht rechtzeitige Zahlung der ersten oder einmaligen Prämie** berechtigt den Versicherer **gemäß den Voraussetzungen des § 38 VersVG zum Rücktritt vom Vertrag** (siehe beiliegenden Auszug aus Gesetzestexten).

2. Sofortschutz

Diese Unfallversicherung ist mit vorläufigem Sofortschutz ausgestattet. Der vorläufige Sofortschutz erstreckt sich über die beantragten Versicherungssummen, **maximal** jedoch:

2.1.

für Unfalltod bis zu	EUR 75.000,--
für dauernde Invalidität bis zu	EUR 75.000,--
für Taggeld bis zu	EUR 25,--
für Spitalgeld bis zu	EUR 40,--
für Unfallkosten bis zu	EUR 2.500,--

Für alle anderen abschließbaren Leistungsarten sowie für nicht beantragte Leistungsarten wird kein Sofortschutz gewährt.

Falls die Mitversicherung von **Sondersportgefahren** beantragt wird, erstreckt sich der Sofortschutz ausschließlich auf die Leistungsarten Unfalltod und dauernde Invalidität, **maximal jedoch bis zu EUR 75.000,-- für Unfalltod und EUR 60.000,-- für dauernde Invalidität.**

Der Sofortschutz **beginnt** mit dem Eingang des Antrages in der Merkur Versicherung AG, jedoch **nicht vor dem beantragten Versicherungsbeginn.**

Der Sofortschutz **endet** mit der Zustellung der Polizze oder einer anderen schriftlichen Erklärung des Versicherers an den beauftragten Makler, **spätestens aber nach Ablauf von 6 Wochen ab Antragstellung**, ohne dass es einer Kündigung bedarf.

Dem Versicherer gebührt die auf die Zeit des Sofortschutzes entfallende Prämie.

2.2. Der Sofortschutz gilt nicht für:

- gemäß Artikel 24 ausgeschlossene Unfälle und
- nicht versicherbare Berufe: Dazu gehören: Fluggesellschaftsmitglieder jeglicher Art (u.a. Piloten und Flugbegleiter), Berufssportler gemäß Artikel 23, Militärpersonal im Ausland, Sprengmeister und Sprenggehilfen, Mineure, Pyrotechniker, Sondereinheiten der Exekutive, Bodyguards, Stuntmen, Artisten, Testfahrer für KFZ, Ski und ähnliche Sportgeräte
- den Fall, dass die Annahme des Antrages vom Versicherer abgelehnt wird.

3. Vorläufige Deckung

Für einen über den Sofortschutz hinausgehenden Versicherungsschutz ist eine ausdrückliche Zusage der vorläufigen Deckung durch den Versicherer erforderlich.

Ist eine vorläufige Deckung vereinbart, endet diese mit der Aushändigung der Polizze. **Wird die Annahme des Antrages vom Versicherer abgelehnt, gilt gleichzeitig die vorläufige Deckung mit einer Frist von einer Woche als gekündigt. Diese Erklärung des Versicherers erfolgt ausschließlich über den beauftragten Makler.**

Dem Versicherer gebührt in diesem Fall die auf die Zeit des Versicherungsschutzes entfallende anteilige Prämie.

Artikel 6 - Was ist ein Unfall?

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 der versicherten Person unabhängige Ereignisse:
 - Ertrinken
 - Erfrierungstod
 - Erstickungstod
 - Verbrennungen, Verbrühungen, Einwirken von Blitzschlag oder elektrischem Strom;
 - Einatmen von Gasen oder Dämpfen, Einnehmen von giftigen oder ätzenden Stoffen, **es sei denn, dass diese Einwirkungen allmählich erfolgen;**
 - Als Unfall gelten auch Zerrungen und Zerreißen von an Gliedmaßen befindlichen Muskeln, Sehnen, Bändern und Kapseln sowie plötzliche Meniskusverletzungen.Hinsichtlich **abnützungsbedingter Einflüsse** mit Krankheitswert findet die sachliche Begrenzung gemäß **Artikel 25 Punkt 2** Anwendung.
 - Als versichertes Unfallereignis gelten auch eine unfallbedingte Infektion (**nicht aber Infektionskrankheiten**) durch "mechanische Einwirkung" von außen, wie Stich-, Schnitt- und Spritzenverletzungen, sowie entstandene Infektionen, die durch plötzliches Eindringen infektiöser Massen in Auge, Mund oder Nase hervorgerufen wurden.
 - Anhauchen, Anniesen oder Anhusten erfüllen den Tatbestand des plötzlichen Eindringens nicht.** Dies gilt nicht für Kinderlähmung, Wundstarrkrampf, Tollwut und die durch Zeckenbiss übertragene Frühsommer-Meningoencephalitis und Lyme-Borreliose; Versicherungsschutz besteht hier jeweils ausschließlich **im Rahmen und Umfang von Artikel 20 Punkt 2.1.**
 - Als versichertes Unfallereignis gelten auch **Impfschäden** resultierend aus einer in Italien zugelassenen Schutzimpfung gegen Infektionskrankheiten, jeweils ausschließlich **im Rahmen und Umfang des Artikel 20 Punkt 2.2.**
3. **Krankheiten** gelten nicht als Unfälle, **übertragbare Krankheiten** auch nicht als Unfallfolgen.
4. **Selbsttötung und Selbsttötungsversuch** gelten nicht als Unfall.
5. Der Versicherungsschutz gilt auch für Unfälle des Versicherten als Fluggast in motorischen Luftfahrzeugen (**ausgenommen sind Motorsegler und Ultralights**), welche für die Verwendungsart Personenbeförderung behördlich zugelassen sind. Weiters gilt der Versicherungsschutz auch für Unfälle, die die versicherte Person als Besatzungsmitglied in motorischen Luftfahrzeugen im Zusammenhang mit der Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit als Notarzt erleidet.

Abschnitt B: Versicherungsleistungen - Was kann versichert werden?

Artikel 7 - Dauernde Invalidität

Dauernde Invalidität

1. Wann besteht ein Anspruch auf Leistung für Dauernde Invalidität?

Ergibt sich innerhalb eines Jahres vom Unfalltag an gerechnet, dass als Folge des Unfalles eine dauernde Invalidität (Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit auf Lebenszeit) zurückbleibt, wird aus der hierfür versicherten Summe der entsprechende Betrag gezahlt. Der Versicherungsnehmer kann bei Vertragsabschluss zwischen zwei Varianten der progressiven Invaliditätsleistung wählen (siehe Artikel 7 Punkt 5).

Ein Anspruch auf Leistung für dauernde Invalidität ist **innerhalb von 15 Monaten vom Unfalltag an** geltend zu machen und unter Vorlage eines **ärztlichen Befundberichtes**, aus dem Art und Umfang der Gesundheitsschädigung und die Möglichkeit einer auf Lebenszeit dauernden Invalidität hervorgeht, zu begründen.

Die versicherte Person ist darüber hinaus berechtigt, die Beurteilung der Unfallfolgen, unter Vorlage der im Absatz davor genannten Unterlagen, durch einen vom Versicherer beauftragten Sachverständigen, zu verlangen.

Kein Anspruch auf Invaliditätsleistung besteht, wenn die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall stirbt.

2. Wie wird der Invaliditätsgrad bemessen?

Für die Bemessung des Invaliditätsgrades gelten, soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, folgende Bestimmungen:

2.1. Bei völligem Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit

eines Armes bis über das Ellenbogengelenk	75 %
eines Armes unterhalb des Ellenbogengelenkes	70 %
einer Hand	60 %
eines Daumens	20 %
eines Zeigefingers	10 %
eines anderen Fingers	5 %
eines Beines bis über die Mitte des Oberschenkels	70 %
eines Beines bis zur Mitte des Oberschenkels	70 %
eines Beines bis zur Mitte des Unterschenkels	70 %
eines Fußes im Fußgelenk	50 %
einer großen Zehe	5 %
einer anderen Zehe	2 %
der Sehkraft beider Augen	100 %
der Sehkraft eines Auges	50 %
sofern die Sehkraft des anderen Auges vor dem Versicherungsfall bereits verloren war	65 %
des Gehöres beider Ohren	80 %
des Gehöres eines Ohres	50 %
sofern das Gehör des anderen Ohres vor dem Versicherungsfall bereits verloren war	50 %
des Geruchsinnes	15 %
des Geschmacksinnes	15 %
der Milz	10 %
der Niere	20 %
der Stimme	60 %

Wenn bereits die zweite Niere vor dem Unfall oder als Unfallfolge beeinträchtigt ist, **gelten die sachlichen Begrenzungen gemäß Artikel 25.**

2.2. Bei teilweisem Verlust oder teilweiser Funktionsunfähigkeit der vorgenannten Körperteile oder Organe gelten die Bemessungskriterien des vorstehenden Artikels 7 Punkt 2.1 anteilig.

2.3. 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. War die Funktion der betroffenen Körperteile oder **Sinnesorgane bereits vor dem Unfall dauernd beeinträchtigt**, wird der Invaliditätsgrad **um die Vorinvalidität gemindert**.

2.4. Mehrere sich aus den vorstehenden Punkten (Artikel 7 Punkt 2.1 bis Artikel 7 Punkt 2.3) ergebende Prozentsätze werden zusammengerechnet. Der **Invaliditätsgrad** aus einem Unfall ist jedoch **mit 100 % begrenzt**.

2.5. Der maßgebliche Prozentsatz des Invaliditätsgrades für eine Leistungspflicht ergibt sich erst nach Anwendung der Bestimmung über die **sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes gemäß Artikel 25.**

3. Wird im ersten Jahr nach dem Unfall eine Invaliditätsleistung erbracht?

Im ersten Jahr nach dem Unfall wird eine Invaliditätsleistung nur erbracht, wenn Art und Umfang der Unfallfolgen aus ärztlicher Sicht eindeutig feststehen, und mit hoher Wahrscheinlichkeit auszuschließen ist, dass die versicherte Person innerhalb eines Jahres nach dem Unfall durch die Unfallfolgen verstirbt.

4. Was geschieht, wenn der Invaliditätsgrad nicht eindeutig feststeht?

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.

5. Wie wird die Leistung für dauernde Invalidität (progressive Invaliditätsleistung) bemessen?

Für die Bemessung der Invaliditätsleistung gelten folgende Bestimmungen:

5.1. Variante "Best Südtirol"

Sofern mit dem Versicherungsnehmer die Variante „Best Südtirol“ vereinbart wurde, gilt Folgendes:

Die entsprechende Versicherungsleistung wird aus Invaliditätsgrad und Versicherungssumme entsprechend der folgenden Darstellung errechnet:

Für die Berechnung der Leistung sind die Punkte b) bis f) entsprechend dem Invaliditätsgrad zu summieren, es sei denn der Invaliditätsgrad übersteigt 90 %.

a.) für einen Invaliditätsgrad bis 5 % keine Leistung

b.) für den 5 % übersteigenden und 10 % nicht übersteigenden Invaliditätsgrad entsprechend der halben Versicherungssumme

c.) für den 10 % übersteigenden und 25 % nicht übersteigenden Invaliditätsgrad entsprechend der Versicherungssumme

d.) der 25 % übersteigende und 50 % nicht übersteigende Invaliditätsgrad wird für die Berechnung der Leistung verdoppelt; die Leistung wird entsprechend der Versicherungssumme errechnet.

e.) der 50% übersteigende und 75 % nicht übersteigende Invaliditätsgrad wird für die Berechnung der Leistung verdreifacht; die Leistung wird entsprechend der Versicherungssumme errechnet.

f.) der 75% übersteigende und 90 % nicht übersteigende Invaliditätsgrad wird für die Berechnung der Leistung vervierfacht; die Leistung wird entsprechend der Versicherungssumme errechnet

über 90 %:

Bei einem Invaliditätsgrad über 90 % leistet der Versicherer das Fünffache der für Invalidität versicherten Summe.

Übersteigt der festgestellte Invaliditätsgrad insgesamt 10 %, wird zur Berechnung der Leistung und abweichend von Punkt b.) für den Invaliditätsgrad bis 10 % die Versicherungssumme herangezogen.

Wie ändert sich die Invaliditätsberechnungsgrundlage aufgrund der Progression?

IG	L	IG	L	IG	L	IG	L
1%	0%	26%	27%	51%	78%	76%	154%
2%	0%	27%	29%	52%	81%	77%	158%
3%	0%	28%	31%	53%	84%	78%	162%
4%	0%	29%	33%	54%	87%	79%	166%
5%	0%	30%	35%	55%	90%	80%	170%
6%	3,0%	31%	37%	56%	93%	81%	174%
7%	3,5%	32%	39%	57%	96%	82%	178%
8%	4,0%	33%	41%	58%	99%	83%	182%
9%	4,5%	34%	43%	59%	102%	84%	186%
10%	5,0%	35%	45%	60%	105%	85%	190%
11%	11%	36%	47%	61%	108%	86%	194%
12%	12%	37%	49%	62%	111%	87%	198%
13%	13%	38%	51%	63%	114%	88%	202%
14%	14%	39%	53%	64%	117%	89%	206%
15%	15%	40%	55%	65%	120%	90%	210%
16%	16%	41%	57%	66%	123%	91%	500%
17%	17%	42%	59%	67%	126%	92%	500%
18%	18%	43%	61%	68%	129%	93%	500%
19%	19%	44%	63%	69%	132%	94%	500%
20%	20%	45%	65%	70%	135%	95%	500%
21%	21%	46%	67%	71%	138%	96%	500%
22%	22%	47%	69%	72%	141%	97%	500%
23%	23%	48%	71%	73%	144%	98%	500%
24%	24%	49%	73%	74%	147%	99%	500%
25%	25%	50%	75%	75%	150%	100%	500%

Legende: IG - ärztlich festgestellter Invaliditätsgrad
L - Leistung entsprechend der Versicherungssumme

Rechenbeispiel: Bei einer Invalidität von bspw. 8 % erhalten Sie 4 % der Versicherungssumme. Das entspricht bei einer Versicherungssumme von EUR 100.000,-- einer Versicherungsleistung von EUR 4.000,--.

5.2. Variante „Best Plus Südtirol“

Sofern mit dem Versicherungsnehmer die Variante „Best Plus Südtirol“ vereinbart wurde, gilt Folgendes:

Die entsprechende Versicherungsleistung wird aus Invaliditätsgrad und Versicherungssumme entsprechend der folgenden Darstellung errechnet:

Für die Berechnung der Leistung sind die folgenden Punkte a) bis d) entsprechend dem Invaliditätsgrad zu summieren, es sei denn der Invaliditätsgrad übersteigt 90 %.

- a.) bis zu einem Invaliditätsgrad von inklusive 25 % entsprechend der Versicherungssumme
- b.) der 25 % übersteigende und 50 % nicht übersteigende Invaliditätsgrad wird für die Berechnung der Leistung verdoppelt; die Leistung wird entsprechend der Versicherungssumme errechnet.
- c.) der 50 % übersteigende und 75 % nicht übersteigende Invaliditätsgrad wird für die Berechnung der Leistung verdreifacht; die Leistung wird entsprechend der Versicherungssumme errechnet.
- d.) der 75 % übersteigende und 90 % nicht übersteigende Invaliditätsgrad wird für die Berechnung der Leistung vervierfacht; die Leistung wird entsprechend der Versicherungssumme errechnet.

über 90,0 %:

Bei einem Invaliditätsgrad über 90,0 % leistet der Versicherer das Fünffache der für Invalidität versicherten Summe.

Wie ändert sich die Invaliditätsberechnungsgrundlage aufgrund der Progression?

IG	L	IG	L	IG	L	IG	L
1%	1%	26%	27%	51%	78%	76%	154%
2%	2%	27%	29%	52%	81%	77%	158%
3%	3%	28%	31%	53%	84%	78%	162%
4%	4%	29%	33%	54%	87%	79%	166%
5%	5%	30%	35%	55%	90%	80%	170%
6%	6%	31%	37%	56%	93%	81%	174%
7%	7%	32%	39%	57%	96%	82%	178%
8%	8%	33%	41%	58%	99%	83%	182%
9%	9%	34%	43%	59%	102%	84%	186%
10%	10%	35%	45%	60%	105%	85%	190%
11%	11%	36%	47%	61%	108%	86%	194%
12%	12%	37%	49%	62%	111%	87%	198%
13%	13%	38%	51%	63%	114%	88%	202%
14%	14%	39%	53%	64%	117%	89%	206%
15%	15%	40%	55%	65%	120%	90%	210%
16%	16%	41%	57%	66%	123%	91%	500%
17%	17%	42%	59%	67%	126%	92%	500%
18%	18%	43%	61%	68%	129%	93%	500%
19%	19%	44%	63%	69%	132%	94%	500%
20%	20%	45%	65%	70%	135%	95%	500%
21%	21%	46%	67%	71%	138%	96%	500%
22%	22%	47%	69%	72%	141%	97%	500%
23%	23%	48%	71%	73%	144%	98%	500%
24%	24%	49%	73%	74%	147%	99%	500%
25%	25%	50%	75%	75%	150%	100%	500%

Legende: IG - ärztlich festgestellter Invaliditätsgrad
L - Leistung entsprechend der Versicherungssumme

Rechenbeispiel: Bei einer Invalidität von bspw. 43 % erhalten Sie 61 % der Versicherungssumme. Das entspricht bei einer Versicherungssumme von EUR 100.000,-- einer Versicherungsleistung von EUR 61.000,--.

6. Besteht ein Anspruch auf Invaliditätsleistung, wenn die versicherte Person als Folge des Unfalles stirbt?

Stirbt die versicherte Person

6.1. unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall, besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung;

6.2. aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach dem Unfall, ist nach dem Grad der dauernden Invalidität zu leisten, mit dem aufgrund der zuletzt erstellten ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre;

6.3. unfallbedingt oder aus unfallfremder Ursache später als ein Jahr nach dem Unfall, ist ebenfalls nach dem Grad der dauernden Invalidität zu leisten, mit dem aufgrund der zuletzt erstellten ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

7. Welche Leistungskürzung erfolgt bei einer bestehenden Vorinvalidität bzw.- bei Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen an den Unfallfolgen?

Bei einer **bestehenden Vorinvalidität bzw. Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen** an den Unfallfolgen **gelten die sachlichen Begrenzungen des Artikels 25.**

Artikel 7a - Sofortleistung bei Verletzung laut Verletzungskatalog

1. Bei der Versicherung von Dauerinvalidität zahlt der Versicherer bei Vorliegen bestimmter Voraussetzungen (siehe die folgenden Punkte 2 und 3) und in Abänderung des Artikel 22 Punkt 1 nach einem Unfall bei erstmaliger Anspruchsstellung eine Sofortleistung als Einmalzahlung.

Eine Sofortleistung wird unabhängig davon gewährt, ob zusätzlich Leistungen aus dem Titel „Dauernde Invalidität“ (Artikel 7) in Anspruch genommen werden. Bei Inanspruchnahme von Leistungen aus dem Titel „Dauernde Invalidität“ (Artikel 7) kommt es jedoch zu einer **Anrechnung der ausbezahlten Sofortleistung** (siehe Artikel 7a Punkt 6.2).

2. Ein Anspruch auf Sofortleistung besteht, wenn Folge des Unfalls eine, im Verletzungskatalog, angeführte Verletzung ist und auf Basis der vorgelegten Krankengeschichte davon auszugehen ist, dass die verletzte Person nicht aufgrund der Unfallfolgen im ersten Jahr verstirbt. **Bei Unfall infolge einer versicherten Sondersportgefahr gemäß Artikel 19 besteht kein Anspruch auf Sofortleistung.**

3. Die Sofortleistung wird nur nach Vorlage einer nachvollziehbaren Krankengeschichte (z.B. ärztlicher Befundbericht, Arztbrief, Entlassungsbericht vom Spital und Röntgen- oder MRT-Befund), welche die eingetretene Verletzung gemäß Verletzungskatalog nachweist, sofort ausbezahlt.

4. Die Höhe der Sofortleistung ergibt sich aus dem Verletzungskatalog und entspricht einem prozentuellen Anteil der Versicherungssummen gemäß Verletzungskatalog.

4.1. Sind mehrere Verletzungen gemäß Verletzungskatalog an unterschiedlichen Körperteilen eingetreten, werden die jeweiligen Sofortleistungen zusammengerechnet.

4.2. Kommt es durch ein Unfallereignis zu mehreren Verletzungen an einem Körperteil, wird die Sofortleistung immer für die im Verletzungskatalog am höchsten bewertete Verletzung geleistet.

4.3. Sollten in den uns gemäß Artikel 7a, Punkt 3 vorgelegten medizinischen Unterlagen Vorerkrankungen oder Vorverletzungen dokumentiert sein, die nahelegen, dass diese an den Unfallfolgen mitgewirkt haben, behalten wir uns vor, den Anspruch auf Sofortleistung durch einen medizinischen Gutachter überprüfen zu lassen. Im Falle einer Mitwirkung der Vorerkrankungen oder Vorverletzungen kommen die in **Artikel 25 vorgesehenen sachlichen Begrenzungen** des Versicherungsschutzes zur Anwendung.

4.4. **Für Verletzungen einer Wachstumsfuge und Knochenabsplitterungen wird keine Sofortleistung bezahlt.**

5. Sollte eine versicherte Person eine Sofortleistung bezogen haben und **innerhalb eines Jahres unfallkausal versterben**, wird die **bereits ausgezahlte Sofortleistung auf eine etwaige Unfalltodzahlung gemäß Artikel 8 angerechnet und es kommt nur die Differenz zur Auszahlung**. Sollte die Unfalltodzahlung gemäß Artikel 8 geringer ausfallen als die bereits gezahlte Sofortleistung, **kommt es zu einer Rückforderung der zu viel bezahlten Leistung (in Höhe der Differenz zwischen bezahlter Sofortleistung und der zustehenden Unfalltodzahlung gemäß Artikel 8)**.

6. Macht die versicherte Person für Verletzungen gemäß Verletzungskatalog, die zur Auszahlung einer Sofortleistung geführt haben, zusätzlich einen Anspruch aus dem Titel „Dauernde Invalidität“ gemäß Artikel 7 geltend, gilt folgendes:

6.1. Ein **Antrag** auf Leistung aus Dauernder Invalidität ist **binnen 15 Monaten vom Unfalltag an zu stellen** (siehe Artikel 7 Punkt 1).

6.2. Die **ausbezahlte Sofortleistung** wird auf Leistungen, die der versicherten Person aus dem Titel „Dauernde Invalidität“ (Artikel 7) zustehen, **angerechnet und dadurch diese Leistungen entsprechend reduziert**.

6.3. Die versicherte Person ist berechtigt, die Beurteilung der Unfallfolgen durch einen vom Versicherer beauftragten Sachverständigen, unter Vorlage eines ärztlichen Befundberichtes, aus dem Art und Umfang der Gesundheitsschädigung und die Möglichkeit einer auf Lebenszeit dauernden Invalidität hervorgeht, zu verlangen (Artikel 7 Punkt 1).

6.3.1. Ergibt sich aus dem Sachverständigengutachten, dass der versicherten Person eine höhere Leistung aus dem Titel „Dauernde Invalidität“ (Artikel 7) als die bereits ausbezahlte Sofortleistung zusteht, wird die Differenz nachbezahlt. Die versicherte Person erhält in diesem Fall die Differenz zwischen der Invaliditätsleistung gemäß Artikel 7 und der bereits ausbezahlten Sofortleistung.

6.3.2. Ergibt sich aus dem Sachverständigengutachten, dass der Anspruch aus dem Titel „Dauernde Invalidität“ (Artikel 7) niedriger als die bereits ausbezahlte Sofortleistung ist, **behalten wir uns das Recht vor, die Differenz zurückzufordern.**

7. Ist die aufgrund des Unfalls erlittene Verletzung nicht im Verletzungskatalog angeführt, besteht kein Anspruch auf Sofortleistung. Die versicherte Person kann – davon unabhängig - jedoch einen Anspruch gemäß Artikel 7 (Dauernde Invalidität) - unter den in Artikel 7 angeführten Voraussetzungen - geltend machen. Ein Antrag auf Leistung aus dauernder Invalidität ist **binnen 15 Monaten ab dem Unfalltag** zu stellen (siehe Artikel 7 Punkt 1).

8. Die Sofortleistung wird unabhängig von einem allfälligen Anspruch gemäß Artikel 9 (Unfall-Invaliditäts-Rente) gewährt. Eine Anrechnung einer gewährten Sofortleistung findet nicht statt.

Artikel 8 - Todesfall (Unfalltod)

1. Wann wird die für den Todesfall vereinbarte Summe gezahlt?

Soweit nichts anderes vereinbart ist, gilt:

Tritt innerhalb eines Jahres vom Unfalltag an gerechnet, der Tod als Folge des Unfalles ein, wird die für den Todesfall versicherte Summe gezahlt. Auf die Todesfallleistung werden nur Zahlungen, die für **dauernde Invalidität (Artikel 7), Unfall-Invaliditäts-Rente (Artikel 9)** oder **Sofortleistungen (Artikel 7a)** aus demselben Ereignis geleistet worden sind, **angerechnet**. Einen Mehrbetrag an Leistung für Invalidität gemäß Artikel 7 kann der Versicherer nicht zurückverlangen.

Artikel 9 - Unfall-Invaliditäts-Rente

1. Wann wird die Unfall-Invaliditäts-Rente gezahlt?

Soweit nichts anderes vereinbart ist, gilt:

Ergibt sich innerhalb eines Jahres vom Unfalltag an gerechnet, dass als Folge des Unfalles eine dauernde Invalidität mit einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % zurückbleibt, dann wird - unabhängig vom Alter der versicherten Person - die vereinbarte monatliche Unfall-Invaliditäts-Rente gezahlt.

Für die Bemessung des Invaliditätsgrades gelten die Bestimmungen des Artikel 7 Punkt 2.1 bis Artikel 7 Punkt 2.5.

Ein Anspruch auf Leistung für die Unfall-Invaliditäts-Rente ist **innerhalb von 15 Monaten vom Unfalltag** an geltend zu machen und unter Vorlage eines **ärztlichen Befundberichtes**, aus dem Art und Umfang der Gesundheitsschädigung und die Möglichkeit einer auf Lebenszeit dauernden Invalidität hervorgeht, zu begründen.

Stirbt die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall, besteht kein Anspruch auf die Unfall-Invaliditäts-Rente und zwar auch dann nicht, wenn der Grad der dauernden Invalidität dem Grunde und der Höhe nach feststeht.

2. Was geschieht, wenn der Invaliditätsgrad nicht eindeutig feststeht?

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. Ergibt die endgültige Bemessung einen Invaliditätsgrad von mindestens 50 %, entsteht ein Anspruch auf Rentenleistung.

3. Ab welchem Zeitpunkt erfolgt die Rentenleistung?

Steht die Leistungspflicht des Versicherers dem Grunde nach fest, besteht Anspruch auf Unfall-Invaliditäts-Rente ab Beginn des Monats, in dem sich der Unfall ereignet hat. Die Rentenleistung erfolgt monatlich im Vorhinein.

4. Bis zu welchem Zeitpunkt erfolgt die Rentenleistung?

4.1. Bei Vereinbarung einer lebenslangen Rente wird die Unfall-Invaliditäts-Rente bis zum Ablauf des Monats geleistet, in dem die versicherte Person stirbt.

4.2. Bei Vereinbarung einer temporären Rente wird die Unfall-Invaliditäts-Rente bis zum Ablauf der vereinbarten Rentenzahlungsdauer geleistet. Bei Ableben der versicherten Person vor dem Ende der Rentenzahlungsdauer bis zum Ablauf des Monats, in dem die versicherte Person stirbt.

4.3. Die vereinbarte Rentenart ist in der Polizze angeführt.

5. Welche Leistungskürzung erfolgt bei einer bestehenden Vorinvalidität bzw. bei Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen an den Unfallfolgen?

Bei einer bestehenden Vorinvalidität bzw. Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen an den Unfallfolgen finden die **sachlichen Begrenzungen gemäß Artikel 25** Anwendung.

6. Welche Bescheinigung muss auf Anforderung des Versicherers vorgelegt werden?

Der Versicherer ist berechtigt, die Voraussetzung für die Rentenleistung jederzeit durch Anforderung einer **Lebensbescheinigung** zu überprüfen. Wird die angeforderte Bescheinigung dem Versicherer nicht unverzüglich übermittelt, **ruht die Rentenleistung** ab der nächsten Fälligkeit.

7. Welche Anzeigepflicht ist zu erfüllen?

Das Ableben der versicherten Person ist im Sinne des Artikels 28 dem Versicherer **innerhalb von drei Tagen anzuzeigen**. Eine sich aus der Nichtbeachtung dieser Anzeigepflicht ergebende **Rentenleistung kann der Versicherer jedenfalls vom unberechtigten Empfänger zurückverlangen**.

8. Welche Auswirkungen hat der Eintritt des Versicherungsfalles auf den Versicherungsschutz aus der Unfall-Invaliditäts-Rente?

Der **Versicherungsschutz für die Unfall-Invaliditäts-Rente endet**, wenn als Folge eines Versicherungsfalles die Unfall-Invaliditäts-Rente geleistet wird. Die anteilige Prämie wird ab dem Zeitpunkt des Unfalles dem Versicherungsnehmer zurückerstattet.

9. Wird die Rente jährlich erhöht?

Die **Unfallrente erhöht sich jährlich jeweils zum 1.1. des Jahres**, erstmals zum 1.1. des zweiten auf den Unfalltag folgenden Jahres, um den vereinbarten Prozentsatz (Dynamisierung). Diesen entnehmen Sie der Polizze. Die jährliche Erhöhung wird letztmalig zum 1.1. des Jahres, in dem die Unfallrente zum dreißigsten Mal erhöht wird, vorgenommen.

Artikel 10 - Taggeld

1. Für wen kann Taggeld versichert werden?

Taggeld kann nur für Personen versichert werden, die eine Erwerbstätigkeit im Beruf oder in der Beschäftigung ausüben.

2. Wann und für welche Dauer wird Taggeld gezahlt?

Taggeld wird bei dauernder oder vorübergehender Invalidität, abgestuft nach dem Grad der Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit der versicherten Person in seiner ausgeübten Erwerbstätigkeit, für die Dauer der ärztlichen Heilbehandlung gezahlt.

2.1. Variante A

Taggeld wird für **längstens 365 Tage pro Versicherungsfall (Unfall) innerhalb von vier Jahren ab dem Unfalltag** gezahlt.

2.2. Variante B

Taggeld wird für **längstens 28 Tage pro Versicherungsfall (Unfall) innerhalb von vier Jahren ab dem Unfalltag** gezahlt.

2.3. Die Dauer der Arbeitsunfähigkeit ist **ärztlich nachzuweisen**. Der Versicherer ist berechtigt, die Dauer der Arbeitsunfähigkeit durch einen Arbeitsmediziner auf seine Kosten prüfen zu lassen.

3. Wann ist Versicherungsschutz für Taggeld nicht gegeben?

Übt die versicherte Person zum Unfallzeitpunkt **keine Erwerbstätigkeit** aus, tritt anstelle des Taggeldes das Pfl egetaggeld gemäß Punkt 5 in Kraft. Insbesondere werden als nicht erwerbstätig angesehen: **Kinder, Schüler, Studenten, Hausfrauen oder Hausmänner, im Mutterschutz befindliche Frauen, karentzierte Arbeitnehmer, Arbeitslose und Pensionisten sowie geringfügig Beschäftigte**.

4. Für den Fall, dass die versicherte Person nach Abschluss des Versicherungsvertrages arbeitslos wird bzw. infolge Altersruhestand keiner sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung mehr nachgeht, hat sie das Recht unter Nachweis der Arbeitslosigkeit bzw. der Pensionierung das Taggeld aus dem Vertrag auszuschließen. **Wird der Ausschluss nicht verlangt, tritt anstelle des Taggeldes das Pfl egetaggeld gemäß Punkt 5 in Kraft.**

5. Pfl egetaggeld

Pfl egetaggeld wird, wenn die versicherte Person infolge eines Unfalles pflegebedürftig wird, gleichgültig ob bei häuslicher, teil- oder vollstationärer Pflege, für **längstens 365 Tage innerhalb von vier Jahren** (Variante A), längstens für **28 Tage pro Versicherungsfall innerhalb von vier Jahren** (Variante B), nach dem Unfalltag, gezahlt.

5.1. Als pflegebedürftig gilt jeder, der wegen eines Unfalles Betreuung und Hilfe im Ausmaß von mehr als 2 Stunden pro Tag benötigt.

5.2. Mit Betreuung sind alle notwendigen Dienstleistungen durch andere Personen gemeint, die den persönlichen Lebensbereich (Unterstützung beim An- und Auskleiden, Kochen, Einnahme von Mahlzeiten und/oder Medikamenten, Körperpflege und dgl.) betreffen.

5.2.1. Als Hilfe werden alle Arbeiten anderer Personen bezeichnet, die den sachlichen Lebensbereich (Einkauf von Lebensmitteln und/oder Medikamenten, Besorgung von Heizmaterial, Wohnungsputz, Wäsche waschen und dgl.) betreffen und zur Sicherung der Existenz erforderlich sind.

5.2.2. Das Ausmaß und die Dauer der Pflegebedürftigkeit sind **ärztlich festzustellen und dem Versicherer nachzuweisen**. Der Versicherer ist berechtigt, die Dauer und das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit durch einen medizinischen Sachverständigen auf seine Kosten überprüfen zu lassen.

Artikel 11 - Spitalgeld

1. Wann und für welche Dauer wird Spitalgeld gezahlt?

Spitalgeld wird für jeden Kalendertag, an dem sich die versicherte Person wegen eines Unfalles in medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in einem Krankenhaus befindet, **längstens für 365 Tage innerhalb von vier Jahren** ab dem Unfalltag, gezahlt.

2. Was gilt als Krankenhaus?

Als Krankenhäuser gelten Krankenanstalten und Sanatorien, die sanitätsbehördlich genehmigt sind, unter ständiger ärztlicher Leitung und Betreuung stehen und sich nicht auf die Anwendung bestimmter Behandlungsmethoden beschränken, Rehabilitationszentren der Sozialversicherungsträger und Heereskrankenanstalten.

Nicht als Krankenhäuser gelten Heil- und Pflegeanstalten für Lungenkranke sowie chronisch Erkrankte, Krankenanstalten die vornehmlich für Maßnahmen der Rehabilitation eingerichtet sind, Sanitätseinrichtungen des Bundesheeres, Anstalten für Alkohol- und Drogenabhängige, Erholungs- und Genesungsheime, Altersheime und deren Krankenabteilungen sowie Kuranstalten, ferner Heil- und Pflegeanstalten für Nerven- und Geisteskranke.

3. Was gilt als stationärer Krankenhausaufenthalt?

Als stationär gilt ein Aufenthalt nur, wenn die Art der Heilbehandlung einen **Aufenthalt von mindestens 24 Stunden** erfordert.

4. Welche Zusatzleistung ist für Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr mitversichert, wenn für diese die Leistungsart Spitalgeld abgeschlossen wurde?

Bei einem stationären Krankenhausaufenthalt des versicherten Kindes/ Jugendlichen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr infolge Unfall und Krankheit werden die täglichen Kosten für eine Begleitperson in der allgemeinen Gebührenklasse eines Krankenhauses übernommen.

Artikel 12 - Unfallkosten

1. In welcher Höhe und in welchem Zeitraum werden Unfallkosten ersetzt?

Bis zur Höhe der hierfür vereinbarten Versicherungssumme werden Unfallkosten ersetzt, sofern sie **innerhalb von vier Jahren**, vom Unfalltag an gerechnet, entstehen. Hat die versicherte Person z.B. bei anderen Versicherungsträgern, Vereinigungen, Institutionen oder Ähnlichem **einen vertraglichen oder gesetzlichen Anspruch auf Kostenersatz**, besteht Versicherungsschutz im Rahmen dieser Versicherungsbedingungen nur insoweit, als die Kosten durch diese Dritten nicht übernommen werden. Es besteht **kein Anspruch auf Direktverrechnung mit Rechnungserstellern**.

2. Was sind Unfallkosten?

2.1. Heilkosten

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

Ersetzt werden:

2.1.1. Kosten für stationäre Heilbehandlung

Stationäre Heilbehandlung im Sinne dieser Versicherungsbedingungen ist eine Heilbehandlung im Rahmen eines medizinisch notwendigen stationären Aufenthaltes in sanitätsbehördlich genehmigten Krankenanstalten oder Abteilungen von Krankenanstalten, sofern diese ständige ärztliche Anwesenheit vorsehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen, ausschließlich nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft arbeiten, nicht auf die Anwendung bestimmter Behandlungsmethoden ausgerichtet sind sowie Krankengeschichten führen. Als stationär gilt ein Aufenthalt nur, wenn die Art der Heilbehandlung einen **Aufenthalt von mindestens 24 Stunden** erfordert. Als medizinisch notwendig gilt ein stationärer Aufenthalt nicht, wenn er lediglich zu Zwecken der Pflege dient. Sonderklassekosten werden sowohl in Privatkrankenanstalten als auch in allgemein öffentlichen Krankenhäusern ersetzt. Die Leistung hierfür ist mit der **Versicherungssumme für Unfallkosten begrenzt**. Es besteht **kein Anspruch auf Direktverrechnung** der Kosten mit den Krankenhäusern bzw. Rechnungserstellern.

2.1.2. Kosten für Heilbehandlung durch Arzt, Facharzt oder Zahnarzt

Für Arztberatung in der Sprechstunde (Ordination oder Krankenhaus) und Hausbesuche, diagnostische Strahlentherapie, Röntgen, Laboruntersuchungen, Injektionen, Infusionen, Infiltrationen, Punktionen, EKG, Computer- und Kernspintomographie und operative, ambulante Heilbehandlungen.

2.1.3. Kosten für ganzheitsmedizinische Heilbehandlungen

Akupunkturbehandlung, Chirotherapie, Bioresonanztherapie, Neuraltherapie. Für nicht versicherte ganzheitsmedizinische Heilbehandlungen steht **einmalig pro Unfall ein Betrag von bis zu maximal EUR 200,-** ohne Selbstbehalt zur Verfügung.

2.1.4. Kosten für physiotherapeutische Behandlungen außerhalb eines Kuraufenthaltes

2.1.5. Kosten für die erstmalige Anschaffung künstlicher Gliedmaßen und eines Zahnersatzes sowie anderer nach ärztlichem Ermessen erforderlicher, erstmaliger Anschaffungen, sofern sowohl das Unfallgeschehen als auch die ärztliche Behandlung hinreichend **ärztlich dokumentiert** sind.

Wenn die Beschaffung eines Zahnersatzes bei Kindern innerhalb von 4 Jahren ab dem Unfalltag an gerechnet, aus medizinischen Gründen nicht vorgenommen werden kann, wird nach Ablauf von 4 Jahren eine Leistung in Höhe von 50 % eines von einem Facharzt für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde bzw. Kieferchirurgie erstellten Kostenvoranschlages erbracht, maximal bis zu der für Unfallkosten versicherten Summe. **Diese Leistung kann bis zu einem Jahr nach Ablauf der 4 Jahresfrist geltend gemacht werden.**

Die Kosten der Reparatur oder der Wiederbeschaffung für vor dem Unfall vorhandene künstliche Gliedmaßen, Zahnersätze oder sonstige künstliche Behelfe sind nur unter folgenden Voraussetzungen mitversichert:

- die Beschädigung muss in **unmittelbarem Zusammenhang** mit einem gleichzeitig eintretenden versicherten Ereignis stehen, bei dem eine Körperverletzung eintritt, die eine ärztliche Behandlung bzw. Versorgung erfordert.
- Die versicherte Person muss dem Versicherer eine **Bestätigung des Arztes (Spitals)** überbringen, von welchem die Unfallfolgen behandelt bzw. medizinisch versorgt wurden.

- Der Kostenersatz wird **bis zum ursprünglichen Wertausmaß** im Rahmen der vereinbarten Summe für Unfallkosten geleistet, d.h. gleiche Qualität und Ausstattungskategorie wie vor dem Unfall.

2.1.6. Für die unter Artikel 12 Punkt 2.1.3 und 2.1.4 angeführten Behandlungen **werden Kosten nur dann ersetzt, wenn die Behandlungen von einem Arzt oder Personen, die eine entsprechende Ausbildung für die unter Artikel 12 Punkt 2.1.3 und 2.1.4 angeführten Behandlungen nachweisen können**, durchgeführt werden.

2.1.7. Psychologische Betreuung (Behandlung)

Abweichend von Artikel 25 Punkt 3.3 gilt:

Ersetzt werden die nachgewiesenen Kosten für eine medizinisch notwendige und ärztlich verordnete psychologische Betreuung und Behandlungen, sofern

- diese aufgrund eines deckungspflichtigen Unfalles **ärztlich verordnet** werden oder
- eine mitversicherte Person aufgrund eines Unfalles **tödlich verletzt** wird oder
- die versicherte Person **Opfer eines polizeilich dokumentierten Verbrechens** geworden ist, und danach eine psychologische Akutbehandlung ärztlich angeordnet wird.

Der Kostenersatz für psychologische Betreuung und Behandlungen ist (pro gemeldeten und vom Versicherer anerkannten Versicherungsfall) auf **insgesamt EUR 500,--** begrenzt.

2.1.8. Selbstbehalt pro Versicherungsfall

Die Leistungen nach Artikel 12.2.1 werden **abzüglich eines Selbstbehaltes** pro Versicherungsfall erbracht. Für Ticketgebühren wird kein Selbstbehalt verrechnet. Die Höhe des Selbstbehalts berechnet sich je nach Leistungshöhe:

bis EUR 1.000,--	EUR 150,--
über EUR 1.000,--	20 % der EUR 1.000,-- übersteigenden Gesamtleistung (das heißt die Summe der eingereichten und bedingungsgemäß gedeckten Rechnungen)
maximale Höhe des Selbstbehaltes	EUR 1.500,-- pro Versicherungsfall.

Nicht ersetzt werden:

Kosten für Nahrungs- und Genussmittel, Nahrungsergänzungsmittel, Stärkungs- bzw. Aufbaumittel, Bade-, Erholungsreisen und -aufenthalte sowie für häusliche Krankenpflege, soweit nicht die Zuziehung von beruflichem Pflegepersonal ärztlich angeordnet wird.

2.2. Bergungskosten (inklusive Hubschrauberbergung)

2.2.1. Wann werden Bergungskosten ersetzt?

Bergungskosten werden ersetzt, wenn die versicherte Person

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

Dies gilt auch für die Bergung mit einem Rettungshubschrauber.

Hat die versicherte Person z.B. bei anderen Versicherungsträgern, Vereinigungen, Institutionen oder Ähnlichem einen **vertraglichen oder gesetzlichen Anspruch auf Kostenersatz**, besteht Versicherungsschutz im Rahmen dieser Versicherungsbedingungen **nur insoweit, als die Kosten durch diese Dritten nicht übernommen werden**. In jedem Falle werden nur die zusätzlich entstehenden Kosten getragen.

2.2.2. Was sind Bergungskosten?

Bergungskosten sind die nachgewiesenen Kosten des Suchens nach der versicherten Person und ihres Transportes bis zur nächsten befahrbaren Straße oder bis zum dem Unfallort nächstgelegenen Krankenhaus.

2.3. Transportkosten

Transportkosten sind die unfallbedingten Kosten des ärztlich empfohlenen Verletzentransportes der verunfallten versicherten Person von der Unfallstelle bzw. dem Krankenhaus, in welches die versicherte Person nach dem Unfall gebracht wurde, an seinen Wohnort bzw. zum seinem Wohnort nächstgelegenen Krankenhaus. Bei einem tödlichen Unfall werden auch die Kosten der Überführung des Toten zu dessen letztem Wohnort in der autonomen Provinz Bozen - Südtirol bezahlt.

2.4. Kostenersatz für kosmetische Operationen

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 unterzieht sich die versicherte Person zum Zwecke der Beseitigung dieses Mangels einer kosmetischen Operation, dann übernimmt der Versicherer die durch eine Operation und der ärztlichen Behandlung im Zusammenhang stehenden Kosten, sofern sie **innerhalb von vier Jahren ab dem Unfalltag** anfallen.

2.5. Weltweite Kostendeckung für stationäre Heilbehandlung

Wenn nach einem Unfall die Notwendigkeit einer stationären Heilbehandlung in einem ausländischen Krankenhaus (siehe Artikel 11 Punkt 2 - 3, Spitalgeld) besteht, die aufgrund des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Wissenschaft in der autonomen Provinz Bozen - Südtirol nicht möglich ist, werden weltweit die vollen Kosten dafür übernommen. Es werden auch die Aufwendungen für die Hin- und Rückreise ersetzt. Diese Leistungen werden nur erbracht, wenn sie **vom Versicherer bzw. von einem vom Versicherer beauftragten Unternehmen organisiert** werden.

2.6. Schmerzengeld

Der Versicherer leistet ein Schmerzengeld von 2 % der für den Fall der dauernden Invalidität vereinbarten Versicherungssumme, wenn die versicherte Person infolge eines Unfalles **innerhalb von 2 Jahren** nach dem Unfallereignis einen ununterbrochenen stationären Krankenhausaufenthalt von **mindestens 14 Tagen** absolviert. Diese prämienfreie Leistung ist pro Versicherungsfall insgesamt - unter Berücksichtigung allfälliger Entschädigungsleistungen aus anderen Merkur-Versicherungsdeckungen, mit **maximal EUR 2.000.--** begrenzt.

Artikel 13 - Soforthilfe

1. Welche Leistung wird aus der Soforthilfe erbracht?

1.1. Für einen unfallbedingten stationären Krankenhausaufenthalt gelangt der dafür vereinbarte Betrag pro Versicherungsfall (Unfall) einmalig zur Auszahlung.

1.2. Für einen oder mehrere durch einen Unfall erlittene Knochenbrüche, die keinen stationären Krankenhausaufenthalt notwendig machen, gelangt der dafür vereinbarte Betrag zur Auszahlung. Wird aufgrund dieses Unfalles innerhalb eines Jahres ein stationärer Krankenhausaufenthalt notwendig, wird **nur mehr die Differenz** auf die Leistung nach Artikel 13 Punkt 1.1 erbracht.

2. Was gilt als Krankenhaus und was gilt als stationärer Krankenhausaufenthalt?

Siehe Artikel 11 Punkt 2 und 3 - Spitalgeld

3. Welche Belege müssen vorgelegt werden bzw. innerhalb welchen Zeitraumes muss die Leistung beansprucht werden?

Für Leistungen aus der Soforthilfe ist die Aufenthaltsbestätigung mit Angabe der Diagnose **spätestens 3 Monate nach Beendigung** des notwendigen stationären Aufenthaltes bzw. die ärztliche Diagnosebestätigung bei nicht stationär behandelten Knochenbrüchen **3 Monate nach dem Unfalltag** einzureichen.

Artikel 14 - Reise-Aktiv Plus

1. Was gilt bei Auslandsreisen als Versicherungsfall, wann besteht kein Versicherungsschutz und wann werden Kosten bei Bestehen anderer Versicherungen getragen?

1.1. Was gilt als Versicherungsfall?

- Der Rücktransport von erkrankten oder verunfallten versicherten Personen
 - die medizinisch notwendige ambulante ärztliche sowie stationäre Heilbehandlung im Ausland
 - die Überführung Verstorbener in die autonome Provinz Bozen – Südtirol
 - die Bergung eines Verunfallten durch einen Rettungshubschrauber
- innerhalb der ersten 8 Wochen jeder Auslandsreise.**

1.2. Wann besteht kein Versicherungsschutz?

Kein Versicherungsschutz und keine Leistungspflicht des Versicherers sind gegeben, wenn der Auslandsaufenthalt **nur zum Zwecke einer Heilbehandlung** angetreten wurde. Weiters besteht bei Auslandsreisen mit dem Ziel von **Expeditionen, extremen Bergfahrten, Montagearbeiten** und dergleichen, für **Schwangerschaftskomplikationen** und für **Krankheiten und Unfälle, die ihre Ursache in gerichtlich strafbaren Handlungen unter Vorsatz oder grobfahrlässigem Handeln** haben (z.B. Alkohol- oder Drogenmissbrauch, Nichteinhaltung offiziell empfohlener Schutzimpfungen) kein Versicherungsschutz.

Der Versicherer bzw. das von ihm beauftragte Unternehmen haften nicht für einen **verspäteten oder überhaupt verhinderten Rücktransport infolge höherer Gewalt, Krieg, innerer Unruhen und Eingriffe von Behörden und Ämtern.**

1.3. Wann werden die Kosten bei Bestehen anderer Versicherungen getragen?

Hat die versicherte Person z.B. bei anderen Versicherungsträgern, Vereinigungen, Institutionen oder Ähnlichem einen **vertraglichen oder gesetzlichen Anspruch auf Kostenersatz**, besteht Versicherungsschutz im Rahmen dieser Versicherungsbedingungen **nur insoweit, als die Kosten durch diese Dritten nicht übernommen werden.** In jedem Fall werden nur die zusätzlich entstehenden Kosten getragen.

2. Rücktransport von Verunfallten und Erkrankten aus dem Ausland

2.1. Welche Leistungen werden erbracht und wann besteht ein Leistungsanspruch?

Ersetzt werden die Kosten eines Rücktransportes der versicherten Person aus dem Ausland, wenn dieser **medizinisch begründet und ärztlich angeordnet** ist oder wenn ein **stationärer Krankenhausaufenthalt von mehr als 5 Tagen** zu erwarten ist, sowie einer der versicherten Person nahestehenden Begleitperson (Ehegatte, Elternteil, Kind).

Diese Leistungen sind mit einer **Höchstsumme von EUR 300.000,--** je Versicherungsfall begrenzt.

Ein Leistungsanspruch ist nur dann gegeben, wenn die Organisation oder Durchführung des Rücktransportes aus dem Ausland **durch den Versicherer bzw. durch ein vom Versicherer beauftragtes Unternehmen** erfolgt, ansonsten bei Nichtinanspruchnahme der Vertragsorganisation **nur Kosten bis EUR 2.000,--** versichert sind.

2.2. Wie hat die Antragstellung auf Rücktransport zu erfolgen?

Der Antrag auf Durchführung eines Rücktransportes im Sinne dieser Versicherungsbedingungen hat **durch den behandelnden Arzt** der im Ausland verunfallten oder erkrankten versicherten Person, **durch die verunfallte oder erkrankte versicherte Person selbst oder durch einen seiner Angehörigen** zu erfolgen. Dieser Antrag ist an **den Versicherer bzw. an das vom Versicherer beauftragte Unternehmen** zu richten (siehe Beiblatt zur Polizze). Der Antrag auf Durchführung des Rücktransportes aus dem Ausland kann nur bei einem bestehenden gültigen Versicherungsvertrag erfolgen und muss folgende Angaben enthalten:

2.2.1. **Versicherungsnummer der versicherten Person** bei der Merkur Versicherung Aktiengesellschaft

2.2.2. **Name, Geburtsdatum und ordentlicher Wohnsitz** der versicherten Person

2.2.3. **Name, Ort und Telefonnummer des Krankenhauses**, in dem sich die versicherte Person befindet, sowie **Name, Erreichbarkeit und Verständigungssprache des behandelnden Arztes**

2.2.4. **Art der Erkrankung oder des Unfalles** und **gegenwärtiger Krankheitszustand** der versicherten Person

2.2.5. Angaben über die **Kontaktperson im Ausland** (Name, Anschrift, Telefonnummer, Faxnummer, E-Mail Adresse, Name des Hotels).

2.3. Wer entscheidet über den Rücktransport und wie erfolgt dieser?

Nach den Angaben unter Artikel 14 Punkt 2.2 hat der Versicherer bzw. das vom Versicherer beauftragte Unternehmen im Einvernehmen mit dem behandelnden Arzt über die Notwendigkeit des Rücktransportes der versicherten Person aus dem Ausland zu entscheiden. Der Versicherer hat den Rücktransport **abzulehnen, wenn aufgrund der Angaben nicht glaubhaft gemacht wurde, dass der Versicherungsschutz nach diesen Versicherungsbedingungen besteht** und die Voraussetzung für den Rücktransport aus dem Ausland gemäß Artikel 14 Punkt 2.1 nicht vorliegen.

Besteht Versicherungsschutz für den Rücktransport aus dem Ausland, erfolgt dieser Rücktransport mit einem nach medizinischen Kriterien angemessenen Transportmittel (Krankenfahrzeug, Linienflugzeug oder Notarztflugzeug).

2.4. Welche Zusatzleistungen zahlt der Versicherer für die Inanspruchnahme einer Besuchsreise zur verunfallten oder erkrankten versicherten Person ins Ausland?

2.4.1. Ist ein Krankenhausaufenthalt aufgrund akuter Erkrankung oder Verletzung als Folge eines Unfalles im Ausland von mehr als 14 Tagen zu erwarten und erfolgt kein Rücktransport der versicherten Person, ersetzt der Versicherer die Kosten einer Besuchsreise einer dem Verunfallten (Erkrankten) nahe stehenden und von diesem gewünschten volljährigen Person (Ehegatte, Elternteil, Kind) zum Ort des Krankenhausaufenthaltes und von dort zurück zum Wohnort mittels eines angemessenen Transportmittels. Diese Leistungen sind mit einer **Höchstsumme von EUR 30.000,-- je Versicherungsfall** begrenzt. **Die Kosten werden nur dann ersetzt, wenn die Besuchsreise vom Versicherer bzw. von einem vom Versicherer beauftragten Unternehmen organisiert wird. Für den Aufenthalt im Ausland werden jedoch keine Kosten ersetzt.**

2.4.2. Erkrankt die versicherte Person im Ausland, oder erleidet sie aufgrund eines Unfalles im Ausland Verletzungen, und wird dadurch ein Rücktransport im Sinne des Artikel 14 Punkt 2.1 oder ein Krankenhausaufenthalt erforderlich, ersetzt der Versicherer die Kosten für die Herstellung des Kontaktes mit der jeweiligen italienischen Vertretungsbehörde (Botschaft oder Konsulat), sofern deren Hilfestellung zur Gewährleistung der notwendigen medizinischen Versorgung des Verunfallten (Erkrankten) oder der Organisation des Rücktransportes erforderlich ist. Bei Vorliegen dieser Voraussetzungen ersetzt der Versicherer weiters die Kosten für die Beistellung einer ortsansässigen Person zum Zweck der Hilfestellung bei der Organisation der notwendigen medizinischen stationären Versorgung oder des Krankenrücktransportes.

2.4.3. Versicherungsschutz für diese Zusatzleistung ist nur dann gegeben, wenn die Organisation der Besuchsreise gemäß Artikel 14 Punkt 2.4.1, die Kontaktherstellung mit den italienischen Vertretungsbehörden im Ausland sowie die Beistellung einer ortsansässigen Person gemäß Artikel 14 Punkt 2.4.2 **durch den Versicherer bzw. von einem vom Versicherer beauftragten Unternehmen erfolgt.**

3. Ambulante ärztliche Heilbehandlung im Ausland bei Krankheit und Unfall

3.1. Welche Kosten werden für eine medizinisch notwendige ambulante ärztliche Heilbehandlung bei einer Auslandsreise oder einem vorübergehenden Aufenthalt im Ausland ersetzt?

3.1.1. Für medizinisch notwendige ambulante ärztliche Behandlungen und Medikamente werden 100 % dieser Kosten pro Versicherungsfall bis zu dem in der **Polizze angeführten Höchstbetrag** vergütet.

3.1.2. Für Zahnbehandlungen, Zahnröntgen, Zahnersatz und Kieferregulierungen wird jedoch nicht geleistet.

4. Stationäre Heilbehandlung im Ausland

4.1. Wann und für welche Dauer werden Kosten für die stationäre Heilbehandlung im Ausland übernommen?

4.1.1. Wenn sich die versicherte Person infolge Unfalls oder Krankheit in medizinisch notwendiger Heilbehandlung in einem Krankenhaus befindet, werden die Kosten bis zu der **in der Polizze angeführten Höchstsumme** übernommen. **Als medizinisch notwendig gilt ein stationärer Aufenthalt nicht, wenn er lediglich zu Zwecken der Pflege dient.** Hat die versicherte Person z.B. bei anderen Versicherungsträgern, Vereinigungen, Institutionen oder Ähnlichem einen vertraglichen oder gesetzlichen Anspruch auf Kostenersatz, besteht Versicherungsschutz im Rahmen dieser Versicherungsbedingungen **nur insoweit, als die Kosten durch diese Dritten nicht übernommen werden.** In jedem Falle werden nur die zusätzlich entstehenden Kosten getragen.

4.1.2. Stationäre Heilbehandlung im Sinne dieser Versicherungsbedingungen ist eine Heilbehandlung im Rahmen eines medizinisch notwendigen stationären Aufenthaltes in sanitätsbehördlich genehmigten Krankenanstalten oder Abteilungen von Krankenanstalten, sofern diese ständige ärztliche Anwesenheit vorsehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen, ausschließlich nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft arbeiten, nicht auf die Anwendung bestimmter Behandlungsmethoden ausgerichtet sind sowie Krankengeschichten führen. Als stationär gilt ein Aufenthalt nur, wenn die Art der Heilbehandlung einen **Aufenthalt von mindestens 24 Stunden** erfordert.

4.2. Was gilt als Krankenhaus?

4.2.1. Als Krankenhäuser gelten Krankenanstalten und Sanatorien, die sanitätsbehördlich genehmigt sind, unter ständiger ärztlicher Leitung und Betreuung stehen und sich nicht auf die Anwendung bestimmter Behandlungsmethoden beschränken.

Nicht als Krankenhäuser gelten Heil- und Pflegeanstalten für Lungenkranke sowie chronisch Erkrankte, Krankenanstalten die vornehmlich für Maßnahmen der Rehabilitation eingerichtet sind, Anstalten für Alkohol- und Drogenabhängige, Erholungs- und Genesungsheime, Altersheime und deren Krankenabteilungen sowie Kuranstalten, ferner Heil- und Pflegeanstalten für Nerven- und Geisteskranke.

4.3. Wann besteht kein Versicherungsschutz?

4.3.1. Kein Versicherungsschutz und keine Leistungspflicht des Versicherers ist gegeben, wenn der **Auslandsaufenthalt nur zum Zwecke einer Heilbehandlung angetreten wurde**, sowie für stationäre Aufenthalte die infolge von **bereits vor der Auslandsreise bestehenden chronischen Erkrankungen** notwendig werden.

Weiters gelten die **Ausnahmen vom Versicherungsschutz gem. Artikel 14 Punkt 1.2.**

5. Überführung einer im Ausland verstorbenen versicherten Person

5.1. Welche Kosten werden für die Überführung einer im Ausland verstorbenen versicherten Person in seinen Heimatort ersetzt und unter welchen Voraussetzungen werden diese Kosten ersetzt?

5.1.1. Ersetzt werden die Kosten der Überführung einer im Ausland verstorbenen versicherten Person aus dem Ausland in seinen Heimatort, sofern die Überführung auf Auftrag des Versicherers durch die von ihm bestimmte Vertragsorganisation vorgenommen wird. Diese Leistungen sind mit einer **Höchstsumme von EUR 300.000,--** je Versicherungsfall begrenzt. Bei **Nichtinanspruchnahme** der vom Versicherer bestimmten Vertragsorganisation sind nur **Kosten bis EUR 1.000,--** versichert.

6. Bergung eines Verunfallten (auch durch einen Rettungshubschrauber)

6.1. Welche Kosten werden bei Bergung einer verunglückten versicherten Person ersetzt?

6.1.1. Ersetzt werden die Kosten, die bei der Bergung eines Verunfallten oder in Berg bzw. Wassernot geratenen versicherten Person entstehen. Die Höchstleistung für die **Bergung eines Verunfallten oder infolge Berg- bzw. Wassernot beträgt EUR 1.000,--**, sowie **EUR 7.500,-- für eine Hubschrauberbergung.**

6.1.2. Ein Leistungsanspruch besteht nur dann, wenn ein Einsatz aus **medizinischen Gründen die einzig mögliche Rettungsvariante** darstellt.

6.1.3. Die Kosten sind mittels der **saldierten Rechnung** und des **Bergungsberichtes nachzuweisen**. Weiters wird der **Leistungsnachweis** des Sozialversicherungs- oder eines eventuell bestehenden anderen Leistungsträgers benötigt.

Artikel 15 - Mobilitäts-Plus

Zieht sich der Versicherte bei einem bedingungsgemäßen Unfall eine Verletzung gemäß der Punkte 15.1 bis 15.2 zu und/oder wird aufgrund eines bedingungsgemäßen Unfalles ein stationärer Krankenhausaufenthalt gemäß Punkt 15.3 notwendig, wird die jeweilige in der Polize dafür vorgesehene Entschädigungssumme ausbezahlt:

1. Knochenbruch, Meniskusriss und -teileriss, Teileriss Bänder und Sehnen
Knochenabsplitterungen gelten als mitversichert, Fissuren gelten nicht als Knochenbruch.
Die in der Polize dafür vorgesehene **Entschädigungssumme gilt je deckungspflichtigem Versicherungsfall insgesamt.**

2. Kompletter Bänder-, Sehnenriss
Die in der Polize dafür vorgesehene **Entschädigungssumme gilt je deckungspflichtigem Versicherungsfall insgesamt.**

3. Trostpflaster

bei einem deckungspflichtigen Unfall und einem dadurch notwendigen stationären Krankenhausaufenthalt von mind. 7 Tage durchgehend.

Die in der Polizze dafür vorgesehene **Entschädigungssumme** gilt **je deckungspflichtigem Versicherungsfall insgesamt**

Artikel 16 Verkehrsbaustein-Plus

Im Falle eines Todesfalles oder einer mindestens 50 %igen dauernden Invalidität infolge eines Verkehrsunfalles auf Verkehrsflächen mit Beteiligung eines Fahrzeuges, zahlt der Versicherer zusätzlich einen einmaligen Pauschalbetrag in der **Höhe von EUR 50.000,--**.

Bei einem mindestens 14-tägigem stationären Spitalsaufenthalt nach einem Verkehrsunfall zahlt der Versicherer ein **Trostpflaster in der Höhe von EUR 1.400,--**.

Diese Leistungsart gilt **einmal pro Versicherungsfall**.

Unter Verkehrsfläche versteht man Flächen, die dem Straßen- oder Schienenverkehr dienen, also den für den fließenden und ruhenden Verkehr vorbehaltenen Anteil am Verkehrsnetz. Fahrzeuge sind alle Fortbewegungsmittel, die zur Beförderung von Personen oder Sachen dienen und am Verkehr auf Verkehrsflächen teilnehmen mit **Ausnahme von:**

Rodelschlitten, Tretroller (Scooter), Inline-Skates, Skateboards, Rollschuhe und ähnliche Sportgeräte als Fortbewegungsmittel.

Artikel 17 – Knochenbruch

Bei einem Knochenbruch (unabhängig von der Anzahl der gebrochenen Knochen), wird eine einmalige Pauschalleistung laut Polizze pro Unfallereignis bezahlt.

Knochenabsplitterungen gelten als mitversichert, **Fissuren gelten nicht als Knochenbruch**.

Artikel 18 - Amateursport

Deckungsumfang:

Es besteht Versicherungsschutz für bedingungsgemäße Unfälle, die die versicherte Person bei Ausübung der nachfolgenden Sportarten oder den dazugehörigen Trainings im Rahmen der Sportausübung erleidet:

- Fußball: ab fünftöchster italienischer Spielklasse
- Eishockey, Football, Handball, Volleyball, Basketball, Rugby: ab dritthöchster italienischer Spielklasse
- Springreiten bis max. Klasse M** und Ausschreibungen für Springen bis max. Höhe 1,40m
- Rennradfahren mit der Teilnahme an Bahn- oder Straßenrennen oder ähnliche Veranstaltungen, Wettkämpfe für den Bereich Bicycle Moto Cross (BMX), Mountainbike Cross Country

Artikel 19 – Sondersportgefahr

1. **Nur wenn gesondert vereinbart und auf der Polizze angeführt („Besondere Sportgefahren Gruppen 1 - 3")** gilt die hobbymäßige Ausübung folgender gefährlicher Freizeitaktivitäten im Rahmen der jeweiligen Besonderen Bedingung mit den **im folgenden Punkt 2** dargestellten **eingeschränkten Leistungsarten** als mitversichert.

Besondere Sportgefahren

Gruppe 1:

Bergsteigen/Klettern mit Schwierigkeitsgrad III bis VI

Klettersteige C bis G

Indoorklettern

Bouldern

Rafting

Gruppe 2:

Kitesurfen

Tauchen tiefer als 30 bis maximal 60 Meter Tiefe

Canyoning

Wildwasserkanu und –kajak

Downhillmountainbiken, Freeridemountainbiken inkl. Bikeparks und Flowtrails

Kampfsportarten mit ausgeprägtem Körperkontakt (umfasst sind Vollkontakt Kampfsportarten, z.B. Vollkontakt-Karate, Boxen, Kickboxen)

Gruppe 3:

Sondersportgefahr Flugrisiko: Benützung von nicht motorisch angetriebenen Luftfahrzeugen gemäß Artikel 6 Punkt 5, (z.B. Hängegleiter, Gleitsegler, Drachenflieger, Paragleiter, Freiballon, Segelflieger, Fallschirme), **ausgeschlossen und vom Versicherungsschutz nicht umfasst ist die Benützung von Wingsuits, Speedflying- wie auch Speedridingschirmen und Base-Jumping)**

Voraussetzung für die gesonderte Vereinbarung ist die **hobbymäßige Ausübung** der oben angeführten gefährlichen Freizeitaktivität. Unter hobbymäßiger Ausübung ist zu verstehen, dass die Ausübung nicht beruflich erfolgt bzw. keine Teilnahme an Landes-, Bundes- oder internationalen Wettbewerben, regelmäßigen Leistungsvergleichen, Turnieren oder Wettkämpfen der gefährlichen Freizeitaktivität erfolgt.

Es gelten **nur die untenstehenden eingeschränkten Leistungsarten** gemäß Artikel 19 als versichert, **nicht jedoch Zusatzleistungen gemäß Artikel 20.**

2. Eingeschränkte Leistungsarten:

2.1. Heilkosten:

Sofern die Leistungsart Unfallkosten mitversichert ist, ist die Entschädigungssumme für Heilkosten gemäß Artikel 12 Punkt 2.1 bei einem bedingungsgemäßen Unfall infolge Ausübung einer der oben angeführten gefährlichen Freizeitaktivitäten mit der vereinbarten und in der Polizze angeführten Versicherungssumme für Unfallkosten, maximal jedoch mit **insgesamt EUR 5.000,--** begrenzt.

2.2. Bergung inklusive Hubschrauberbergung:

Sofern die Leistungsart Unfallkosten mitversichert ist, steht bei einem bedingungsgemäßen Unfall infolge Ausübung einer der oben angeführten gefährlichen Freizeitaktivitäten zusätzlich zu der vereinbarten und in der Polizze angeführten Versicherungssumme für Unfallkosten bei Sondersportgefahr ein Betrag von **bis zu EUR 10.000,--** für Bergungs- und Hubschrauberbergungskosten gemäß Artikel 12 Punkt 2.2 zur Verfügung.

2.3. Kosmetische Operationen:

Sofern die Leistungsart Unfallkosten mitversichert ist, steht bei einem bedingungsgemäßen Unfall infolge Ausübung einer der oben angeführten gefährlichen Freizeitaktivitäten zusätzlich zu der vereinbarten und in der Polizze angeführten Versicherungssumme für Unfallkosten bei Sondersportgefahr ein Betrag von **bis zu EUR 10.000,--** für kosmetische Operationen gemäß Artikel 12 Punkt 2.4 zur Verfügung.

2.4. Unfalltod:

Sofern die Leistungsart Unfalltod gemäß Artikel 8 mitversichert ist, ist die Versicherungssumme für Unfalltod gemäß Artikel 8 infolge Ausübung einer der oben angeführten gefährlichen Freizeitaktivitäten mit der vereinbarten und in der Polizze angeführten Versicherungssumme für Unfalltod, maximal jedoch mit **insgesamt EUR 150.000,--** begrenzt. **Dies gilt selbst dann, wenn mehrere Versicherungen bei der Merkur Versicherung AG eine derartige Deckung je versicherter Person beinhalten sollten.**

2.5. Dauernde Invalidität:

Die Versicherungssumme für Dauernde Invalidität gemäß Artikel 7 aufgrund eines bedingungsgemäßen Unfalls infolge Ausübung einer der oben angeführten gefährlichen Freizeitaktivitäten ist mit der vereinbarten und in der Polizze angeführten Versicherungssumme für Dauernde Invalidität, maximal jedoch mit **insgesamt EUR 100.000,--** begrenzt. **Die vorgenannten Grenzen gelten auch dann, wenn mehrere Versicherungen bei der Merkur Versicherung AG eine derartige Deckung je versicherter Person beinhalten sollten.**

Die in den vorstehenden Punkten 2.1 – 2.5 genannten Beträge bzw. Versicherungssummen erhöhen sich nicht durch eine andere Versicherungsdeckung der Merkur Versicherung AG (auch nicht durch die Risiken zur Urlaubsdeckung gemäß Artikel 24 Punkt 11 oder einer Zweitversicherung bei der Merkur Versicherung AG, welche die Sondersportgefahr/Besondere Sportgefahren Gruppe 1-3 beinhaltet). Somit stellen die oben angeführten Summen die maximalen Versicherungssummen bzw. Beträge dar.

2.6. Mobilitäts-Plus

Sofern der Baustein Mobilitäts-Plus gemäß Artikel 15 mitversichert ist und sofern die in Artikel 15 vorgesehenen Voraussetzungen erfüllt sind, umfasst der Versicherungsschutz bei einem bedingungsgemäßen Unfall infolge Ausübung einer der oben angeführten gefährlichen Freizeitaktivitäten auch die Leistungen des Artikels 15 (Mobilitäts-Plus).

Artikel 20 - Was zahlt der Versicherer zusätzlich?

Zusatzleistungen

1. Welche Zusatzleistung beinhaltet eine Kinder-, Jugend- und Erwachsenenunfallversicherung?

Ein als Kinder- oder Jugend- und Erwachsenenunfallversicherung mit der Leistungsart „Dauernde Invalidität“ abgeschlossener Vertrag beinhaltet folgende Zusatzleistung:

1.1. Unfall-Nachsorge

Eine Unfallversicherung beinhaltet ein Unfall-Nachsorge Paket. Aus diesem Paket werden die in den folgenden Punkten 1.1.1 - 1.1.4 dargestellten Leistungen erbracht.

Die Durchführung dieser Tätigkeiten muss durch öffentlich anerkannte Stellen erfolgen und die Kosten werden für max. 6 Wochen, beginnend ab dem Unfalltag, insgesamt bis zu dem in der Polizza angeführten Höchstbetrag übernommen. Grundvoraussetzung für einen Leistungsanspruch aus den Punkten 1.1.1 bis 1.1.3 ist, dass sich die versicherte Person unmittelbar nach dem Unfall mindestens 24 Stunden in ununterbrochener stationärer Krankenhausbehandlung befunden hat.

1.1.1. Hauspflege nach einem Unfall

Es werden die Kosten für eine Hauspflege nach einem Unfall ersetzt, wenn diese durch diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, PflegehelferInnen oder HeimhelferInnen durchgeführt wird. Die Hauspflege umfasst die Grundpflege, das ist der Ausgleich der Defizite bei jenen Bedürfnissen, die der Patient alleine nicht imstande ist durchzuführen (Körperpflege, Sorge um die richtige Ernährung und Flüssigkeitszufuhr usw.). Weiters Hilfe bei der Organisation der Aktivitäten des täglichen Lebensablaufes und Beschaffung des täglichen Lebensbedarfes (z.B. Einkaufen).

1.1.2. Kinderbetreuung nach Unfall

Erleidet die versicherte Person einen Unfall und ist nachweislich kein anderes im gemeinsamen Haushalt lebendes Familienmitglied zur Versorgung von Kindern in der Lage, werden die Kosten für die Betreuung der Kinder ersetzt. Voraussetzung für den Ersatz der Kosten ist zudem, dass die minderjährigen Kinder im gemeinsamen Haushalt mit dem Versicherungsnehmer leben und im gegenständlichen Vertrag mitversichert sind.

1.1.3. Haustierversorgung nach Unfall

Erleidet die versicherte Person einen Unfall und ist nachweislich kein anderes im gemeinsamen Haushalt lebendes Familienmitglied in der Lage, die ebenfalls im gemeinsamen Haushalt in zulässiger Weise gehaltenen Haustiere (Kleintiere wie Hunde, Katzen, Vögel, etc.) zu betreuen, werden die Kosten für die tiergerechte Unterbringung und Versorgung der Haustiere ersetzt. **Die Kosten eines etwaigen Tiertransportes zur und von einer Betreuungsstätte selbst werden nicht ersetzt.**

1.1.4. Kosten für psychotherapeutische und psychologische Beratung nach Unfällen und für Verbrechenopfer

Abweichend vom Artikel 25 Punkt 3.3 werden Kosten für die einmalige psychotherapeutische und psychologische Beratung zur Beseitigung seelischer Probleme, sowie zum Zwecke der Lebensplanung nach einem Unfall bzw. nach einem Verbrechen bis zu dem in der Polizza angeführten Höchstbetrag ersetzt.

Voraussetzung für einen Leistungsanspruch ist, dass bei der versicherten Person **aufgrund eines Unfalles eine dauernde Invalidität** zurückbleibt oder die versicherte Person einem **Verbrechen zum Opfer gefallen** ist (Verbrechen muss polizeibehördlich dokumentiert sein).

2. Welche Zusatzleistungen werden zu den vertraglich vereinbarten Leistungen noch erbracht?

2.1. Kinderlähmung, Wundstarrkrampf, Tollwut sowie Frühsommer-Meningoencephalitis und Lyme-Borreliose

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf die Folgen der Kinderlähmung und der durch Zeckenbiss übertragenen Frühsommer-Meningoencephalitis und Lyme-Borreliose, wenn die Erkrankung serologisch festgestellt und **frühestens 15 Tage nach Beginn**, jedoch **spätestens 15 Tage nach Erlöschen der Versicherung** zum Ausbruch kommt.

Als Krankheitsbeginn (Zeitpunkt des Versicherungsfalles) gilt der Tag, an dem erstmals ein Arzt wegen der als Kinderlähmung oder Frühsommer-Meningoencephalitis oder Lyme-Borreliose diagnostizierten Krankheit zu Rate gezogen wurde.

Eine Leistung wird **nur für die Versicherungsleistung dauernde Invalidität** gemäß Artikel 7 oder **Todesfall** gemäß Artikel 8 erbracht. Die Versicherungssumme ist ident mit der in der Police ausgewiesenen Versicherungssumme gemäß Grundleistung. Die **maximale Leistung ist jedoch mit EUR 100.000,--** begrenzt.

2.2. Impfschäden

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf dauerhafte Gesundheitsschädigungen, die die versicherte Person auf Lebenszeit infolge einer in Italien zugelassenen Schutzimpfung gegen Infektionskrankheiten erleidet.

Voraussetzung ist, dass die **Schutzimpfung nach Versicherungsbeginn und vor Beendigung des Versicherungsvertrages** erfolgt und dass die erstmalige Feststellung der Gesundheitsschädigung durch einen Arzt **spätestens 1 Monat nach Durchführung der Schutzimpfungen** eintritt.

Eine Leistung wird nur für die Versicherungsleistung **dauernde Invalidität** gemäß Artikel 7 oder **Todesfall** gemäß Artikel 8 erbracht und bleibt im Rahmen der vereinbarten Versicherungssummen **mit EUR 25.000,-- begrenzt**. Eine Anspruchstellung für dauernde Invalidität hat gemäß Artikel 7 zu erfolgen. **Auf andere vereinbarte Leistungen findet diese Erweiterung keine Anwendung.**

2.3. Bewusstseinsstörung

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auch auf Unfälle, die die versicherte Person infolge einer Bewusstseinsstörung (**ausgenommen infolge Alkohol, Suchtgiften oder Medikamenten** gemäß Artikel 24 Punkt 16) erleidet.

2.4. Rettung von Menschenleben, Tieren oder Sachen

Unfälle aus der Bemühung zur Rettung von Menschenleben, Tieren oder Sachen sind mitversichert.

2.5. Verschlucken bei Kindern

Das Verschlucken von festen und flüssigen Stoffen und Kleinteilen gilt bei **Kindern bis zum 12. Lebensjahr** als Unfall.

2.6. Röntgenstrahlen

In den Versicherungsschutz eingeschlossen sind Gesundheitsschädigungen durch Röntgenstrahlen und künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen, die sich als Unfälle im Sinne des Artikels 6 dieser Bedingungen darstellen. Vom Versicherungsschutz **ausgeschlossen sind Röntgenshäden**, die sich als Folge regelmäßigen Hantierens mit Röntgenapparaten darstellen und **Berufskrankheiten** sind.

2.7. Insektenstiche und Schlangenbisse

Die Folgen von Insektenstichen und -bissen sowie von Schlangenbissen gelten als Unfälle im Sinne des Artikels 6 dieser Bedingungen. **Folgen einer Allergie oder ein anaphylaktischer Schock gelten keinesfalls als Unfallfolge.**

2.8. Lebensmittelvergiftung

Die Folgen von Lebensmittelvergiftungen gelten als Unfälle im Sinne dieser Bedingungen.

3. Prämienfreie Zusatzleistungen, sofern die Leistungsart Unfallkosten mitversichert ist

3.1. Bergungskosten (inkl. Hubschrauberbergung) im Sinne des Artikel 12 Punkt 2.2 **bis EUR 20.000,--**

3.2. Air Ambulance Nottransportkosten

Für die Air Ambulance Nottransportkosten gelangt Artikel 14 Punkt 2.1 bis 2.3 zur Anwendung. Diese Kosten werden aber **nur** übernommen, wenn es sich um einen Unfall und **nicht eine Erkrankung** handelt. Hat die versicherte Person z.B. bei anderen Versicherungsträgern, Vereinigungen, Institutionen oder Ähnlichem einen vertraglichen oder gesetzlichen Anspruch auf Kostenersatz, besteht Versicherungsschutz im Rahmen dieser Versicherungsbedingungen nur insoweit, als die **Kosten durch diese Dritten nicht übernommen** werden. In jedem Fall werden nur die zusätzlich entstehenden Kosten getragen. Diese Kosten sind mit einer **Höchstsumme von EUR 300.000,--** je Versicherungsfall begrenzt.

Versicherungsschutz besteht **jeweils für die ersten 8 Wochen einer Auslandsreise**.

Kein Versicherungsschutz und keine Leistungspflicht des Versicherers ist gegeben bei **Auslandsreisen mit dem Ziel von Expeditionen, extremen Bergfahrten, Unfällen, die ihre Ursache in gerichtlich strafbaren Handlungen unter Vorsatz oder grob fahrlässigen Handlungen** haben (z.B. Alkohol- oder Drogenmissbrauch), bei **Montagearbeiten und dergleichen**, wenn die versicherte Person einer **dauernden Beschäftigung im Ausland nachgeht oder im Ausland ihren dauernden Aufenthalt** hat.

Ein Leistungsanspruch ist nur dann gegeben, wenn die Organisation oder Durchführung des Rücktransportes aus dem Ausland durch den Versicherer bzw. **durch ein vom Versicherer beauftragtes Unternehmen** erfolgt. Bei Nichtinanspruchnahme der Vertragsorganisation sind nur **Kosten bis EUR 2.000,--** versichert.

3.3. Kosmetische Operationen im Sinne des Artikel 12 Punkt 2.4 bis EUR 20.000,--

4. Prämiegutschrift

Bei ununterbrochener Arbeitsunfähigkeit einer in einem aufrechten Beschäftigungsverhältnis stehenden oder selbständig tätigen versicherten Person von mindestens 60 Werktagen infolge eines Unfalls wird die zum Unfallzeitpunkt gültige Jahrestarifprämie refundiert.

5. Trostpflaster nach stationärem Aufenthalt

Bei einem deckungspflichtigen Unfall und einem dadurch notwendigen durchgehenden stationären Krankenhaus-, Kur- oder Rehabilitationsaufenthalt von **mindestens 7 Tagen**, wird ein Trostpflaster in der in der Polizze angeführten Höhe fällig.

Diese Leistung wird **nur einmalig pro Versicherungsfall** ausbezahlt.

6. Welche Kosten werden für Obliegenheiten übernommen?

Der Versicherer übernimmt die erforderlichen Kosten, die durch Erfüllung der im Artikel 28 Punkt 2 bestimmten Obliegenheiten - **ausgenommen Artikel 28 Punkt 2.4** - entstehen.

7. Tauchrisiko

7.1. Unfälle beim Tauchen bis zu einer Tauchtiefe von 30 Metern gelten als Unfall.

Der Versicherungsschutz bestimmt sich wie folgt:

Als Unfälle gelten auch der Ertrinkungstod bzw. Erstickungstod unter Wasser sowie tauchtypische Gesundheitsschäden (wie z.B. Caisson-Krankheit und Trommelfellverletzung), ohne dass ein Unfallereignis, d.h. ein plötzlich von außen auf den Körper wirkendes Ereignis, festgestellt werden kann.

Der **Versicherungsschutz entfällt**, wenn:

- die Bestimmungen über die Tauchrüstung der Unfallverhütungsvorschriften „**Taucherarbeiten**“ der Berufsgenossenschaften bzw. die Richtlinien für das sportliche Tauchen der FIPSAS (Federazione Italiana Pesca Sportiva e attività subacquee) nicht beachtet werden
- ein Sauerstoffgerät benutzt wird (das gilt nicht für die Verwendung von Presslufttauchgeräten mit einem Gasgemisch entsprechend der atmosphärischen Luft)
- nach explosiven Stoffen getaucht wird
- für ein gewerbliches Unternehmen getaucht wird
- der Tauchgang allein oder vorschriftswidrig ohne sachkundigen Begleiter ausgeführt wird.

7.2. Bei einer Tauchtiefe **tiefer als 30 Meter bis maximal 60 Meter** besteht nur dann Versicherungsschutz im Rahmen der Regelungen des Punkt 7.1, wenn mit dem Versicherer eine gesonderte Vereinbarung geschlossen wurde.

7.3. Ausgeschlossen sind jedenfalls Apnoetauchen, Tauchrisiken tiefer als 60 Meter Tiefe, Höhlentauchen sowie Berufstauchen mit und ohne Sprengungen.

8. Rooming In

Befindet sich ein versichertes Kind nach einem deckungspflichtigen Unfall, der sich vor Vollendung des 18. Lebensjahres des versicherten Kindes ereignet hat, in medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung, übernimmt der Versicherer die notwendigen Kosten für die Übernachtung eines Erziehungsberechtigten im Spital (*Rooming-In*) bis zur Höhe von **EUR 250,--**.

9. Umschulungsmaßnahmen

Der Versicherer ersetzt die notwendigen und nachgewiesenen Kosten einer staatlich anerkannten Umschulungsmaßnahme, sofern

- die notwendigen Umschulungsmaßnahmen ausschließlich auf die Folgen eines Unfalls der versicherten Person - ohne Mitwirkung von Krankheiten und/oder Gebrechen gemäß Artikel 25 - zurückzuführen sind, und
- die versicherte Person voraussichtlich außerstande ist, ihren zum Unfallzeitpunkt ausgeübten Beruf auszuüben oder eine ähnliche Tätigkeit, die ihrer Ausbildung entspricht und gleichwertige Kenntnisse und Fähigkeiten voraussetzt, und
- die Umschulungsmaßnahmen **innerhalb von 3 Jahren**, vom Unfalltag an gerechnet, durchgeführt werden.

Der Kostenersatz für Umschulungsmaßnahmen ist auf **insgesamt EUR 5.000,--** begrenzt.

Artikel 21 - Wie sind die Versicherungssummen vom Alter der versicherten Person abhängig?

Reduzierung der Versicherungssummen, Altersgrenzen

1. Wann reduzieren sich die Versicherungssummen für Kinder?

Für einen als Kinderunfallversicherung abgeschlossenen Vertrag gelten die Versicherungssummen in der vereinbarten Höhe **bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres**. **Ab diesem Zeitpunkt reduzieren sich die Versicherungssummen für den betreffenden Vertrag um 50 %**. **Hat die versicherte Person das 21. Lebensjahr vollendet, reduzieren sich die zu Vertragsbeginn vereinbarten Versicherungssummen um 70 %**.

Der Versicherungsnehmer kann die Umstellung in eine Unfallversicherung für Jugendliche bzw. Erwachsene beantragen.

2. Wann reduzieren sich die Versicherungssummen für Jugendliche?

Für einen als Jugendunfallversicherung abgeschlossenen Vertrag gelten die Versicherungssummen in der vereinbarten Höhe **bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres**. **Ab diesem Zeitpunkt reduzieren sich die Versicherungssummen für den betreffenden Vertrag um 40 %**. Der Versicherungsnehmer kann die Umstellung in eine Unfallversicherung für Erwachsene beantragen.

Artikel 22 - Wann sind die Leistungen des Versicherers fällig, wann verjähren sie?

Fälligkeit der Leistung des Versicherers und Verjährung

1. Wann ist die Leistung des Versicherers fällig? Welche Unterlagen hat der Anspruchshebende beizubringen?

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 Einlangen der Unterlagen, die der Anspruchsberechtigte zur Feststellung des Unfallherganges und der Unfallfolgen und über den Abschluss des Heilverfahrens vorzulegen hat.

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 der Versicherer diesem Verlangen nicht binnen eines Monats entspricht.

Steht die Leistungspflicht nur dem Grunde nach fest, kann der Anspruchsberechtigte vom Versicherer Vorschüsse bis zur Höhe des Betrages verlangen, den der Versicherer nach Lage der Sache mindestens zu zahlen hat.

Für Leistungen aus dem Titel einer „Dauernden Invalidität“ ist überdies Artikel 7 zu beachten.

2. Wann verjähren die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag?

Für die Verjährung gilt **§ 12 VersVG** (siehe beiliegenden Auszug aus Gesetzestexten).

Abschnitt C: Begrenzungen des Versicherungsschutzes

Artikel 23 - Wer kann nicht versichert werden?

Personen, die als Berufs-/Profisportler aus ihrer Sportausübung ein Einkommen oder eine Aufwandsentschädigung von mehr als EUR 10.000,-- netto pro Jahr erzielen oder von der Südtiroler Sporthilfe, vom italienischen Bundesheer oder vergleichbaren Institutionen gefördert werden, können nicht versichert werden.

Ferner können nachfolgende Sportler nicht versichert werden:

- **Wintersportler, das sind Sportler des nordischen und alpinen Skisports, Freestyle-Skiing, Bob-, Skibob-, Skeleton Fahren (hiervon ausgenommen sind Kinder bis zur Vollendung des 12. Lebensjahres) mit Kaderzugehörigkeit in der F.I.S.I. (italienischer Wintersportverband) oder vergleichbaren Länderorganisationen;**
- **Sportler, die in den höchsten beiden Spielklassen bzw. Ligen der nachfolgenden Sportarten tätig sind: Eishockey, Handball, American Football, Rugby oder Basketball;**
- **Fußballspieler, die in den vier höchsten Spielklassen tätig sind;**
- **Springreiter, die an Wettbewerben ab Klasse S* bzw. an Ausschreibungen für Springen über 1,40m Höhe teilnehmen;**
- **Sportler in den höchsten beiden Spielklassen bzw. Ligen einer sonstigen gefährlichen Sportart.**

Artikel 24 - In welchen Fällen zahlt der Versicherer nicht?

Ausschlüsse

Ausgeschlossen von der Versicherung sind Unfälle

1. die die versicherte Person

- **als Luftfahrzeugführer eines motorischen Luftfahrzeuges gemäß Artikel 6 Punkt 5** erleidet; oder
- bei der **Benützung von nicht-motorischen Luftfahrzeugen gemäß Artikel 6 Punkt 5** erleidet, sofern keine besondere Vereinbarung gemäß Artikel 19 zur Ausübung der Sondersportgefahr Flugrisiko abgeschlossen wurde; oder
- als **sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeuges gemäß Artikel 6 Punkt 5**, oder
- bei einer **ausschließlich mit Hilfe eines Luftfahrzeuges gemäß Artikel 6 Punkt 5 auszuübenden beruflichen Tätigkeit**, oder
- bei der **Benützung von Raumfahrzeugen**;

2. die die versicherte Person als **Berufs-/Profisportler bei einer entgeltlich ausgeübten sportlichen Betätigung und dem dazugehörigen Training** erleidet.

Entgeltlichkeit liegt vor, wenn die versicherte Person direkt oder indirekt aus ihrer Sportausübung ein Einkommen oder eine Aufwandsentschädigung von mehr als EUR 10.000,-- netto pro Jahr erzielt. Es besteht auch kein Versicherungsschutz für Unfälle, die die versicherte Person als **von der Südtiroler Sporthilfe, vom italienischen Bundesheer oder vergleichbaren Institutionen geförderter Sportler bei der Ausübung der geförderten Sportart und dem dazugehörigen Training** erleidet.

3. die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie sich als **Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Fahrzeuges an motorsportlichen Wettbewerben (auch Wertungsfahrten und Rallyes) und den dazugehörigen Trainingsfahrten** beteiligt; jedenfalls nicht versichert sind sämtliche **Fahrten auf Motocross Strecken**;

4. die die versicherte Person bei der Ausübung der Sportarten **Freeclimbing, Bergsteigen / Klettern über Schwierigkeitsgrad VI nach UIAA (Union Internationale des Associations d'Alpinisme, Internationale Union der Alpinismusvereinigungen), und/oder über 7000 Höhenmeter, Eisklettern, Houserunning bzw. der Teilnahme an Expeditionen** erleidet;

5. die die versicherte Person beim **Tauchen tiefer als 60 Meter Tiefe, Apnoetauchen, Höhlentauchen oder Berufstauchen mit Sprengungen** erleidet;

6. die die versicherte Person bei der **Teilnahme an Landes-, Bundes- oder internationalen Wettbewerben auf dem Gebiet des nordischen und alpinen Schisports, des Snowboardens, Freestyle-Skiings, Bob-, Skibob-, Skeletonfahrens sowie am dazugehörigen Training für diese Veranstaltungen** erleidet, sofern die versicherte Person dem Kader der F.I.S.I. oder vergleichbarer Länderorganisationen angehört. Hiervon ausgenommen sind Kinder bis zur Vollendung des 12. Lebensjahres, für welche Versicherungsschutz bis zur Vollendung des 12. Lebensjahres besteht;

7. die die versicherte Person bei der Ausübung nachfolgender Sportarten in den **höchsten beiden Spielklassen bzw. Ligen oder dem dazugehörigen Training erleidet: Eishockey, Handball, American Football, Rugby, Basketball;**

8. die die versicherte Person bei der Ausübung des **Fußballsports in den vier höchsten Spielklassen** (Liga A, B, C, D) erleidet.

9. die die versicherte Person bei der Ausübung des **Springreitens ab Klasse S* oder bei der Teilnahme an Ausschreibungen für Springen über 1,40m Höhe** erleidet;

10. die die versicherte Person bei der Ausübung einer **anderen als unter Artikel 24 Punkt 1 sowie Punkt 3 bis 9 angeführten sonstigen gefährlichen Sportarten in den höchsten beiden Spielklassen bzw. Ligen dieser Sportart oder dem dazugehörigen Training** erleidet;

11. die die versicherte Person **bei der Ausübung der nachstehenden Sportarten** erleidet, es sei denn, es wurde mit dem Versicherer eine besondere Vereinbarung nach Artikel 19 geschlossen. Bei einer besonderen Vereinbarung gelten die eingeschränkten Leistungsarten nach Artikel 19.

Besondere Sportgefahren

Gruppe 1:

Bergsteigen/Klettern mit Schwierigkeitsgrad III bis VI

Klettersteige C bis G

Indoorklettern

Bouldern

Rafting

Gruppe 2:

Kitesurfen

Tauchen tiefer als 30 bis maximal 60 Meter Tiefe

Canyoning

Wildwasserkanu und –kajak

Downhillmountainbiken, Freeridemountainbiken inkl. Bikeparks und Flowtrails

Kampfsportarten mit ausgeprägtem Körperkontakt (umfasst sind Vollkontakt Kampfsportarten, z.B. Vollkontakt-Karate, Boxen, Kickboxen)

Gruppe 3:

Sondersportgefahr Flugrisiko: Benützung von nicht motorisch angetriebenen Luftfahrzeugen gemäß Artikel 6 Punkt 5, (z.B. Hängegleiter, Gleitsegler, Drachenflieger, Paragleiter, Freiballon, Segelflieger, Fallschirme); ausgeschlossen und auch bei Sondervereinbarung nicht vom Versicherungsschutz umfasst ist die Benützung von Wingsuits, Speedflying- wie auch Speedridingschirmen und Base-Jumping.

Darüber hinaus gelten auch ohne besondere Vereinbarung folgende Sondersportarten ausschließlich für die Leistungsarten gemäß Artikel 19 versichert, wenn es sich nachweislich um die einmalige Ausübung der nachstehenden Sportarten handelt ("Urlaubsdeckung"):

- Tandemspringen

- Ballonfahren als Begleitperson/ Mitfahrer, nicht jedoch als Ballonführer

- Bungeejumping/Rocketjumping

12. die **beim Versuch oder der Begehung gerichtlich strafbarer Handlungen durch die versicherte Person** eintreten, für die **Vorsatz** Tatbestandsmerkmal ist;

13. die in **ursächlichem Zusammenhang** stehen mit:

- **Kriegsereignissen** jeder Art, mit oder ohne Kriegserklärung,
- **bewaffneten Konflikten und Gewalthandlungen** zwischen Staaten,
- **Gewalthandlungen politischer oder terroristischer Organisationen,**
- **Bürgerkrieg,**
- **Revolution, Rebellion, Aufruhr, Aufstand,** wenn die versicherte Person auf Seiten dieser Revolutionäre, Rebellen, Aufrührer, Aufständischen **darin teilgenommen** hat

14. **durch innere Unruhen,** wenn die versicherte Person daran auf Seiten der **Unruhestifter teilgenommen** hat;

15. **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 verursacht werden, außer jene, die durch Heilbehandlungen aufgrund eines Versicherungsfalles veranlasst waren;**

16. die die versicherte Person infolge einer **wesentlichen Beeinträchtigung seiner psychischen Leistungsfähigkeit durch Alkohol, Suchtgifte oder Medikamente** erleidet;

17. 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 deckungspflichtigen Unfall veranlasst waren;

Artikel 25 - Welche sachlichen Begrenzungen gibt es?

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 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 Artikel 7 Punkt 2 bemessen.

3. Leistungskürzung bei Vorerkrankungen oder Gebrechen

3.1. Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch ein Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, ist

- im Falle von dauernder Invalidität (gemäß Artikel 7 Punkt 1) der Invaliditätsgrad,
- bei Taggeld und Spitalgeld die Anzahl der anspruchsberechtigten Tage,
- bei den sonstigen Versicherungsleistungen lt. Abschnitt B (ausgenommen bei Leistungen für die Unfall-Invaliditäts-Rente (Artikel 9 Punkt 1) die **Leistung entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens zu kürzen, sofern dieser Anteil mindestens 25 % beträgt.** Dies gilt insbesondere auch, wenn die Gesundheitsschädigung durch einen abnutzungsbedingten Einfluss mit Krankheitswert, wie beispielsweise Arthrose, mit verursacht worden ist.

3.2. Für die Unfall-Invaliditäts-Rente gemäß Artikel 9 Punkt 1 gelten folgende Bestimmungen:

Haben Krankheiten oder Gebrechen, die schon vor dem Unfall bestanden haben, die Unfallfolgen beeinflusst, ist der **Invaliditätsgrad entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens zu kürzen.**

Eine Leistung für die Unfall-Invaliditäts-Rente erfolgt somit nur unter der Voraussetzung, dass die **unfallkausalen Folgen zu einem Invaliditätsgrad von 50 % oder mehr geführt haben.**

3.3. 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, Psychoneurosen) gelten nicht als Unfallfolgen (ausgenommen sind Behandlungen gemäß Artikel 12 Punkt 2.1.7 und Beratungen gemäß Artikel 20 Punkt 1.1.4).

3.4. Bei **Bandscheibenhernien** wird eine Leistung nur erbracht, wenn sie durch direkt mechanische Einwirkung auf die Wirbelsäule entstanden sind und es sich **nicht um eine Verschlimmerung von vor dem Unfall bestandenen Krankheitserscheinungen handelt**.

Störungen der Beweglichkeit der Wirbelsäule infolge von **üblich verrichteten Bewegungen oder der Anhebung einer Last** werden nicht als Unfall angesehen.

3.5. 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.

3.6. Für Gesundheitsschädigungen, die aufgrund **akuter Mangel durchblutung des Herzmuskels** entstanden sind (z.B. Herzinfarkt), wird eine Leistung nur dann erbracht, wenn ein **überwiegender Kausalzusammenhang** mit einer unmittelbaren Verletzung der betreffenden Koronararterie besteht, und diese Verletzung durch eine mechanische Einwirkung von außen auf den Brustkorb verursacht worden ist. Unfälle infolge von Herzinfarkt und Schlaganfall gelten auch als mitversichert.

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

Abschnitt D: Pflichten des Versicherungsnehmers

Artikel 26 - Wann ist die Prämie zu bezahlen?

1. Prämie

Die Prämien sind Jahresbeiträge, die kostenfrei ohne Zuschläge bezahlt werden.

Die erste oder die einmalige Prämie ist vom Versicherungsnehmer **innerhalb von 14 Tagen** nach Abschluss des Versicherungsvertrages (Zugang der Polizze oder einer gesonderten Antragsannahmeerklärung) und Aufforderung zur Prämienzahlung zu bezahlen.

Die Folgeprämien sind zu den vereinbarten Fälligkeitsterminen zu bezahlen.

Die nicht rechtzeitige Prämienzahlung kann gem. §§ 38, 39, 39a VersVG (siehe beiliegenden Auszug aus Gesetzestexten) zu Leistungsfreiheit und/oder Vertragsrücktritt des Versicherers führen.

2. Wertanpassung

Sowohl die Versicherungssumme als auch die Prämie dieses Versicherungsvertrages unterliegen einer jährlichen Wertanpassung **in der Höhe von maximal 4 %** des Jahresbeitrages, gemäß der in der Polizze definierten Anpassungsklausel. Die Wertanpassung kann bei Abschluss des Versicherungsvertrages sowie bis zu ein Monat nach Erhalt der jährlichen Wertanpassungspolizze auf Antrag des Versicherungsnehmers ausgeschlossen werden.

Artikel 27 - Was ist bei Änderung des Wohnsitzes, bei Änderung, Aufnahme bzw. Beendigung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung sowie Freizeitaktivitäten bzw. Sportaktivitäten zu beachten?

Anzeige der Änderung des Wohnsitzes, Änderung, Aufnahme bzw. Beendigung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung sowie Freizeitaktivitäten bzw. Sportaktivitäten der versicherten Person.

1. Veränderungen der im Antrag anzugebenden Berufstätigkeit, Beschäftigung, Nebenbeschäftigung, Freizeitaktivitäten oder Sportaktivitäten der versicherten Person sind **unverzüglich anzuzeigen**, wenn mit der Veränderung eine **erhebliche Gefahrerhöhung** im Sinne der **§§ 23 bis 27 VersVG** (siehe beiliegenden Auszug aus Gesetzestexten) verbunden ist. Eine solche erhebliche Gefahrerhöhung liegt vor, wenn die Wahrscheinlichkeit für den Eintritt des Versicherungsfalls oder das Ausmaß der drohenden Unfallfolgen nicht bloß geringfügig erhöht wird. Einberufungen zum ordentlichen Präsenzdienst, zum Zivildienst sowie zu kurzfristigen militärischen Reserveübungen gelten nicht als Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung.

Wenn mit der Veränderung eine erhebliche Gefahrerhöhung verbunden ist, kann dies die Rechtsfolgen der **§§ 23 bis 27 VersVG** auslösen.

Ergibt sich für die neue Berufstätigkeit, Beschäftigung, Nebenbeschäftigung, Freizeitaktivitäten oder Sportaktivitäten der versicherten Person nach dem dem Vertrag zugrundeliegenden Tarif:

- dass die Übernahme der höheren Gefahr auch gegen eine höhere Prämie **nicht möglich** ist, kann der Versicherer den **Vertrag innerhalb eines Monats ab Kenntnis der höheren Gefahr kündigen**. Diese Kündigung muss in geschriebener Form und unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von einem Monat erfolgen.

- eine niedrigere Prämie, so ist ab Zugang der Anzeige an den Versicherer nur diese Prämie zu bezahlen. Im Übrigen kommen in diesem Fall die Bestimmungen des **§ 41a VersVG** zur Anwendung.

- eine höhere Prämie, so besteht für die Dauer von drei Monaten ab dem Zeitpunkt, ab dem uns die Anzeige hätte zugehen müssen, auch für die neue Berufstätigkeit, Beschäftigung, Nebenbeschäftigung, Freizeitaktivität oder Sportaktivität der volle Versicherungsschutz. **Danach besteht der volle Versicherungsschutz nur bei Zahlung einer - dem höheren Risiko - angepassten Prämie.**

Der Versicherer hat unverzüglich nach Zugang der Anzeige oder sonst erfolgter Kenntniserlangung dem Versicherungsnehmer ein Änderungsangebot und für den Fall der Ablehnung desselben die Kündigung des Versicherungsvertrages in geschriebener Form zu übermitteln. Ein solches Angebot mit Prämienerrhöhung ist unter Zugrundelegung des im Abschlusszeitpunkt des ursprünglichen Vertrags geltenden Tarifs zu erstellen.

Der Versicherungsnehmer kann dieses Angebot **innerhalb eines Monats** nach dessen Zugang annehmen. **Wird das Angebot zur Änderung des Versicherungsvertrages nicht innerhalb dieser Frist angenommen, gilt es als abgelehnt. Bei Ablehnung des Änderungsangebots gilt der Versicherungsvertrag als vom Versicherer gekündigt** und endet einen Monat nach Ablauf der Monatsfrist zur Annahme des Änderungsangebots. Im Änderungsanbot hat der Versicherer auf diese Rechtsfolgen ausdrücklich hinzuweisen.

2. Die Beendigung des im Antrag angegebenen Berufes oder der im Antrag angegebenen Beschäftigung der versicherten Person, insbesondere Karenzierung, Arbeitslosigkeit und Pension, sind dem Versicherer **unverzüglich** anzuzeigen.

3. Die **Änderung des Wohnsitzes ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen** (siehe Artikel 1).

Artikel 28 - Was ist vor Eintritt, was ist nach Eintritt eines Versicherungsfalles zu beachten?

Obliegenheiten

1. Obliegenheiten vor Eintritt des Versicherungsfalles:

Als Obliegenheiten, deren Verletzung die **Leistungsfreiheit des Versicherers** gemäß den **Voraussetzungen und Begrenzungen des § 6, Abs. 1(a) und 2 VersVG** bewirkt, werden bestimmt:

1.1. Die versicherte Person hat als Lenker eines Kraftfahrzeuges in jedem Fall die **kraftfahrrechtliche Berechtigung** zu besitzen, die für das Lenken dieses Fahrzeuges oder eines typengleichen Fahrzeuges vorgeschrieben ist; dies gilt auch dann, wenn das Fahrzeug nicht auf Straßen mit öffentlichem Verkehr gelenkt wird.

1.2. Die **Anzeigepflicht gemäß Artikel 27**.

2. Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalles:

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

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

2.2. Ein **Todesfall** ist dem Versicherer **innerhalb von 3 Tagen** anzuzeigen, und zwar auch dann, wenn der Unfall bereits gemeldet ist.

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. Darüber hinaus hat die versicherte Person nach Möglichkeit zur Feststellung des Sachverhalts beizutragen.

2.4. Die **Unfallanzeige** ist dem Versicherer **unverzüglich zuzusenden**; außerdem sind dem Versicherer **alle verlangten sachdienlichen Auskünfte** zu erteilen, sowie eventuell bestehende **andere Versicherer bekanntzugeben**.

2.5. Der Versicherer kann verlangen, dass sich die versicherte Person **durch die vom Versicherer bezeichneten Ärzte untersuchen** lässt.

2.6. Ist auch Spitalgeld versichert, so ist dem Versicherer, wenn die versicherte Person in ein Krankenhaus (Artikel 11 Punkt 2) eingewiesen wurde, nach der Entlassung aus dem Krankenhaus eine **Bescheinigung der Krankenhausverwaltung** einzusenden, in welcher der volle Vor- und Zuname der versicherten Person, dessen Geburtsdaten, der Tag der Aufnahme in das Krankenhaus und der Tag der Entlassung sowie die Diagnose angegeben sein müssen.

2.7. Ist auch Taggeld versichert, so ist dem Versicherer bei Bestehen einer gesetzlichen Pflichtversicherung die **Krankenstandsbestätigung** bzw. in allen anderen Fällen eine **ärztliche Bescheinigung über die Dauer und den Grund der Arbeitsunfähigkeit**, sowie über den Grad der Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit der versicherten Person einzusenden.

2.8. Im Falle der Mitversicherung der Unfall-Invaliditäts-Rente ist dem Versicherer die im Artikel 9 Punkt 6 genannte **Lebensbescheinigung** vorzulegen.

2.9. Im Falle der Mitversicherung von Unfallkosten sind dem Versicherer die **Originalbelege** zu überlassen.

2.10. Ist die Leistungsart Soforthilfe versichert, so ist dem Versicherer die **Aufenthaltsbestätigung** mit Angabe der Diagnose bzw. eine **ärztliche Diagnosebestätigung mit Vor- und Zunamen und Geburtsdatum der versicherten Person** einzusenden.

Abschnitt E: Sonstige Vertragsbestimmungen

Artikel 29 - Was gilt als Versicherungsperiode?

Versicherungsperiode

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

Jede Versicherungsperiode endet zum Monatsletzten vor dem Hauptfälligkeitstermin, jeweils um 24:00. Der **Hauptfälligkeitstermin ist jeweils der Erste des Folgemonats**, in dem die in der Polizze ausgewiesene Vertragsdauer endet.

Artikel 30 - Wann endet der Vertrag (Ablaufkündigung, Verlängerung, Erlöschen des Vertrages)?

1. Beträgt die vereinbarte Vertragsdauer weniger als ein (1) Jahr, **endet der Vertrag ohne Kündigung** zum vereinbarten Zeitpunkt.

2. Beträgt die vereinbarte Vertragsdauer mindestens ein (1) Jahr, gilt der Versicherungsvertrag zunächst für die vertraglich vereinbarte Dauer.

2.1. Die **Vertragsdauer verlängert sich aber jeweils automatisch um ein (1) weiteres Jahr**, wenn der Vertrag nicht spätestens **einen (1) Monat vor Ablauf gekündigt** wird (Ablaufkündigung).

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

2.2. Für Versicherungsverträge, deren Abschluss nicht zum Betrieb eines Unternehmens des Versicherungsnehmers gehört (Verbraucherverträge) muss der Versicherer den Versicherungsnehmer frühestens vier (4) Monate, spätestens aber drei (3) Monate vor Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer darüber informieren und besonders hinweisen,

2.2.1. dass sich der Vertrag automatisch um ein (1) Jahr verlängert, wenn der Versicherungsnehmer ihn nicht kündigt,

2.2.2. dass es zur Verhinderung dieser Vertragsverlängerung notwendig ist, dass der Versicherungsnehmer den Versicherungsvertrag zum Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer kündigt, und zwar durch eine Erklärung an den Versicherer, dass er den Vertrag kündigt,

2.2.3. dass die Frist zur Kündigung für diese Kündigung offen ist und spätestens ein (1) Monat vor Ablauf endet, und

2.2.4. welche Rechtsfolgen die Vertragsverlängerung bei unterbliebener Kündigung sowie die Vertragsbeendigung bei Vornahme der Kündigung haben.

3. Wenn die versicherte Person verstirbt, erlischt der Vertrag in Bezug auf diese verstorbene versicherte Person. Dem Versicherer steht die bis zur Vertragsauflösung anteilige Prämie zu.

Artikel 31 - Wem steht die Ausübung der Rechte aus dem Versicherungsvertrag zu, wer hat Pflichten aus dem Versicherungsvertrag zu erfüllen?

Rechtsstellung der am Vertrag beteiligten Personen

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

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

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

Artikel 32 - Wo können Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag gerichtlich geltend gemacht werden?

Gerichtsstand

Das zuständige Gericht für alle Ansprüche und Klagen aus diesem Versicherungsvertrag ist ausschließlich das Gericht des Wohnsitzes oder des gewöhnlichen Aufenthaltes des Versicherungsnehmers oder der versicherten Personen.

Artikel 33 - In welcher Form sind Erklärungen abzugeben?

Form der Erklärungen

1. Für alle Ihre Mitteilungen und Erklärungen ist die **geschriebene Form** erforderlich, sofern und **soweit nicht die Schriftform ausdrücklich und mit gesonderter Erklärung vereinbart** wurde. Schriftform bedeutet das Original der Erklärung mit eigenhändiger Unterschrift des Erklärenden oder eine qualifizierte elektronische Signatur gemäß **§ 4 SVG**.

Für geschriebene Form ist keine Unterschrift oder qualifizierte elektronische Signatur erforderlich, wenn aus der Erklärung die Person des Erklärenden hervorgeht.

Haben wir mit Ihnen ausdrücklich und gesondert eine elektronische Kommunikation gemäß **§ 5a VersVG** vereinbart, so regelt diese die Form und die Übermittlung von Erklärungen. Sie können Ihre Zustimmung zur elektronischen Kommunikation jederzeit widerrufen.

Wenn wir uns auf die Unwirksamkeit einer nicht in der vereinbarten Schriftform abgegebenen Erklärung berufen wollen, so haben wir dies dem Erklärenden unverzüglich nach dem Zugang der Erklärung mitzuteilen. Dem Erklärungsempfänger steht es dann frei, das Formgebrecen binnen 14 Tagen durch Absendung einer schriftlichen Erklärung fristwährend zu beseitigen.

2. Sie können jederzeit Abschriften der Erklärungen fordern, die Sie mit Bezug auf den Vertrag abgegeben haben. **Die Kosten dieser Abschriften haben Sie zu tragen und auf Verlangen vorzuschließen.**

Artikel 34 - Welches Recht wird angewandt?

Anwendbares Recht

Das Vertragsverhältnis zwischen Versicherer und Versicherungsnehmer **unterliegt österreichischem Recht**. Für den Fall, dass **zwingende Regelungen des italienischen Rechts für den Versicherungsnehmer oder den Versicherten günstiger sind, gehen diese dem österreichischen Recht vor**. Neben anderen Gesetzen enthält insbesondere das **Versicherungsvertragsgesetz 1958 (VersVG)** zahlreiche Regelungen, die für den Versicherungsvertrag maßgeblich sind. Diese Bestimmungen gelten unmittelbar kraft Gesetzes.

Artikel 35 - Sanktionsklausel

Es besteht - unbeschadet der übrigen Vertragsbestimmungen - **Versicherungsschutz nur**, soweit und solange dem keine auf die Vertragsparteien **direkt anwendbaren Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Europäischen Union oder der Republik Österreich entgegenstehen**.

Dies gilt auch für Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos, die durch die Vereinigten Staaten von Amerika oder andere Länder erlassen werden, soweit dem nicht europäische oder österreichische Rechtsvorschriften entgegenstehen.

Abschnitt F: Familienunfallversicherung

Für den Fall, dass eine Familienunfallversicherung vereinbart wurde, gelten zusätzlich die folgenden Bestimmungen:

1. Im Rahmen der Familienunfallversicherung sind neben dem Erwachsenen bzw. den zwei Partnern alle mit diesen **im gemeinsamen Haushalt lebenden Kinder** und Jugendlichen **bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres** versichert. Mit der Erreichung der Altersgrenze für die Mitversicherung oder bei Wegfall der Voraussetzungen für die Mitversicherung **erlischt der Versicherungsschutz** für die Kinder und Jugendlichen **automatisch, ohne dass es einer Kündigung bedarf**. Mitversichert sind die Kinder und Jugendlichen nur, wenn sie dem Versicherer mit **Namen, Geburtsdatum und Art der Beschäftigung bekannt gegeben** werden bzw. für die Dauer von 6 Monaten nach der Geburt.

2. Falls im Vertrag keine **Vereinbarung über die Bezugsberechtigung** im Falle des Unfalltodes getroffen wurde, ist zum Empfang der Unfalltodesleistung berechtigt:

2.1. der Partner - die gesetzlichen Erben.

2.2. der Kinder und Jugendlichen - die gesetzlichen Erben, jedoch bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres der Überbringer der Begräbniskostenrechnung.

Abschnitt G: Kollektivunfallversicherung

Für den Fall, dass eine Kollektivunfallversicherung vereinbart wurde, gelten zusätzlich die folgenden Bestimmungen:

1. Versicherungsformen

Der Versicherungsvertrag gilt je nach der vereinbarten Versicherungsform abgeschlossen als Kollektiv-Unfallversicherung

- ohne Namensangabe
- mit Namensangabe der versicherten Personen.

2. Gemeinsame Bestimmungen

2.1. Versicherungssummen

Vereinbart sind fixe Versicherungssummen.

2.2. Kumulrisiko

Sind durch ein Unfallereignis mehrere versicherte Personen betroffen, so gilt ein **Betrag von EUR 2.000.000,-- als Höchstgrenze** der Versicherungsleistungen.

Überschreitet die Summe der Ansprüche dieser versicherten Personen den Betrag von EUR 2.000.000,-- so wird die Leistung für jede einzelne versicherte Person im **Verhältnis der Summe der vertraglichen Einzelansprüche zu diesem Betrag gekürzt**.

2.3. Erlöschen des Versicherungsschutzes

Ohne dass sich am Weiterbestand des Versicherungsvertrages etwas ändert, **erlischt die Versicherung für die einzelne versicherte Person mit Beendigung des Dienstverhältnisses oder dem Ausscheiden aus dem Kreis der versicherten Personen**.

3. Kollektiv-Unfallversicherung ohne Namensangabe

3.1. Versicherte Personen

Versichert, soweit gemäß Artikel 23 AUVB versicherbar, sind alle zu einer eindeutig beschriebenen Gruppe gehörenden Personen zum gleichen Versicherungsumfang.

Die Zuordnung der versicherten Personen hat so zu erfolgen, dass bei einem Unfall kein Zweifel über die Zugehörigkeit des Betroffenen zum versicherten Personenkreis entsteht.

3.2. Prämienregulierung

3.2.1. Der Prämienberechnung wird zunächst eine den zu erwartenden Verhältnissen entsprechende Größe zugrunde gelegt. Nach Ablauf einer jeden Versicherungsperiode hat der Versicherungsnehmer die den tatsächlichen Verhältnissen entsprechenden Größen anzugeben und auf Verlangen nachzuweisen; dieser Verpflichtung hat der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach Erhalt der Anfrage des Versicherers nachzukommen.

Der Versicherer hat nach Empfang der Angaben des Versicherungsnehmers die endgültige Abrechnung vorzunehmen; der Mehr- oder Minderbetrag an Prämie ist einen Monat nach Empfang der Abrechnung fällig.

3.2.2. Hat der Versicherungsnehmer die Angaben nicht rechtzeitig gemacht, so hat der Versicherer die Wahl, **auf Nachholung der Angaben zu klagen** oder eine **Zusatzprämie** einzuheben. Diese Zusatzprämie beträgt, wenn die ausständigen Angaben die erste Jahresprämie oder die Prämie für eine Versicherungsdauer von weniger als einem Jahr betreffen, soviel wie jene Prämie, die erstmals zur Vorschreibung gelangt ist, anderenfalls soviel wie die Prämie für jenes Versicherungsjahr, das dem abzurechnenden Versicherungsjahr unmittelbar vorangeht. Werden die Angaben nachträglich, aber noch innerhalb zweier Monate nach Empfang der Aufforderung zur Bezahlung der Zusatzprämie, gemacht, so hat der Versicherer den etwa zuviel gezahlten Betrag rückzuerstatten.

3.2.3. Einblicksrecht des Versicherers

Der Versicherer hat das Recht, die Angaben des Versicherungsnehmers nachzuprüfen. Der Versicherungsnehmer hat zu diesem Zweck **Einblick in sämtliche maßgebenden Unterlagen zu gewähren**.

4. Kollektiv-Unfallversicherung mit Namensangabe

4.1. Versicherte Personen

Versichert, soweit gemäß Artikel 23 AUVB versicherbar, sind alle Personen, die dem Versicherer mit Angabe von Namen, Geburtsdatum, Beruf und Anschrift sowie den gewünschten Versicherungssummen bekannt gegeben werden.

4.2. An- und Abmeldung

Für Personen, die in den Versicherungsvertrag eingeschlossen werden sollen, tritt die Versicherung für diese Personen **nach Zusage des Versicherungsschutzes durch den Versicherer** in Kraft. Personen, die nicht mehr versichert sein sollen, sind beim Versicherer abzumelden.

Abschnitt H: Gesundheitsberufe - Unfallversicherung mit verbesserter Gliedertaxe

Für den Fall, dass eine Unfallversicherung mit verbesserter Gliedertaxe (für Gesundheitsberufe) vereinbart wurde, gelten zusätzlich die folgenden Bestimmungen:

Als Gesundheitsberufe gelten **nur Ärzte, Tierärzte, Dentisten, Zahntechniker, Krankenpfleger, Krankenschwestern, Hebammen, Heilgymnastiker, Logopäden, Heilmasseur, Psychologen, Sportwissenschaftler und Therapeuten jeder Art**, außer es wurde in der Polizza eine andere Vereinbarung getroffen.

Die Allgemeinen Bedingungen für die Unfallversicherung (AUVB 2025) finden insoweit Anwendung, als in diesen Besonderen Bedingungen keine Sonderregelungen getroffen sind.

1. Für die einen Gesundheitsberuf ausübende versicherte Person bemisst sich die Leistung für dauernde Invalidität analog zu Artikel 7 der AUVB, jedoch gilt anstelle der unter Artikel 7, Punkt 2.1 entsprechend angeführten Invaliditätsgrade folgende verbesserte Gliedertaxe bei völligem Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit

der Sehkraft eines Auges	70 %
eines Armes oder einer Hand	100 %
für Finger der Gebrauchshand:	
eines Daumens	70 %
eines Zeigefingers	70 %
eines Mittelfingers	70 %
eines Ringfingers	30 %
eines kleinen Fingers	20 %
für Finger der Gegenhand:	
eines Daumens	60 %
eines Zeigefingers	60 %
eines Mittelfingers	40 %
eines Ringfingers	10 %
eines kleinen Fingers	5 %

Für die Bemessung der Invaliditätsleistung gelten folgende Bestimmungen

Variante "Best Südtirol"

Sofern mit dem Versicherungsnehmer die Variante „Best Südtirol“ vereinbart wurde, gilt Folgendes:

Die entsprechende Versicherungsleistung wird aus Invaliditätsgrad und Versicherungssumme entsprechend der folgenden Darstellung errechnet:

Invaliditätsgrad	Bemessungsgrundlage
von 0,1 % bis 5,0 %	keine Leistung
über 5,0 % bis 10,0 %	aufgrund der halben für Invalidität versicherten Summe
über 10,0 % bis 50,0 %	aufgrund der einfachen für Invalidität versicherten Summe
über 50,0 % bis 100 %	aufgrund der einfachen für Invalidität versicherten Summe, wobei jene Grade des Invaliditätsgrades, die über 50 % liegen, für die Berechnung vervierfacht werden

Wie ändert sich die Invaliditätsberechnungsgrundlage aufgrund der Progression?

IG	L	IG	L	IG	L	IG	L
1%	0%	26%	26%	51%	54%	76%	154%
2%	0%	27%	27%	52%	58%	77%	158%
3%	0%	28%	28%	53%	62%	78%	162%
4%	0%	29%	29%	54%	66%	79%	166%
5%	0%	30%	30%	55%	70%	80%	170%
6%	3,0%	31%	31%	56%	74%	81%	174%
7%	3,5%	32%	32%	57%	78%	82%	178%
8%	4,0%	33%	33%	58%	82%	83%	182%
9%	4,5%	34%	34%	59%	86%	84%	186%
10%	5,0%	35%	35%	60%	90%	85%	190%
11%	11%	36%	36%	61%	94%	86%	194%
12%	12%	37%	37%	62%	98%	87%	198%
13%	13%	38%	38%	63%	102%	88%	202%
14%	14%	39%	39%	64%	106%	89%	206%
15%	15%	40%	40%	65%	110%	90%	210%
16%	16%	41%	41%	66%	114%	91%	214%
17%	17%	42%	42%	67%	118%	92%	218%
18%	18%	43%	43%	68%	122%	93%	222%
19%	19%	44%	44%	69%	126%	94%	226%
20%	20%	45%	45%	70%	130%	95%	230%
21%	21%	46%	46%	71%	134%	96%	234%
22%	22%	47%	47%	72%	138%	97%	238%
23%	23%	48%	48%	73%	142%	98%	242%
24%	24%	49%	49%	74%	146%	99%	246%
25%	25%	50%	50%	75%	150%	100%	250%

Legende: IG - ärztlich festgestellter Invaliditätsgrad
L - Leistung entsprechend der Versicherungssumme

Rechenbeispiel: Bei einer Invalidität von bspw. 6 % erhalten Sie 3 % der Versicherungssumme. Das entspricht bei einer Versicherungssumme von EUR 100.000,-- einer Versicherungsleistung von EUR 3.000,--.

Variante "Best Plus Südtirol"

Sofern mit dem Versicherungsnehmer die Variante „Best Plus Südtirol“ vereinbart wurde, gilt Folgendes:

Die entsprechende Versicherungsleistung wird aus Invaliditätsgrad und Versicherungssumme entsprechend der folgenden Darstellung errechnet:

Invaliditätsgrad	Bemessungsgrundlage
von 0,1 % bis 50,0 %	aufgrund der einfachen für Invalidität versicherten Summe
über 50,0 % bis 100,0 %	aufgrund der einfachen für Invalidität versicherten Summe, wobei jene Grade des Invaliditätsgrades, die über 50 % liegen, für die Berechnung vervierfacht werden

Wie ändert sich die Invaliditätsberechnungsgrundlage aufgrund der Progression?

IG	L	IG	L	IG	L	IG	L
1%	1%	26%	26%	51%	54%	76%	154%
2%	2%	27%	27%	52%	58%	77%	158%
3%	3%	28%	28%	53%	62%	78%	162%
4%	4%	29%	29%	54%	66%	79%	166%
5%	5%	30%	30%	55%	70%	80%	170%
6%	6%	31%	31%	56%	74%	81%	174%
7%	7%	32%	32%	57%	78%	82%	178%
8%	8%	33%	33%	58%	82%	83%	182%
9%	9%	34%	34%	59%	86%	84%	186%
10%	10%	35%	35%	60%	90%	85%	190%
11%	11%	36%	36%	61%	94%	86%	194%
12%	12%	37%	37%	62%	98%	87%	198%
13%	13%	38%	38%	63%	102%	88%	202%
14%	14%	39%	39%	64%	106%	89%	206%
15%	15%	40%	40%	65%	110%	90%	210%
16%	16%	41%	41%	66%	114%	91%	214%
17%	17%	42%	42%	67%	118%	92%	218%
18%	18%	43%	43%	68%	122%	93%	222%
19%	19%	44%	44%	69%	126%	94%	226%
20%	20%	45%	45%	70%	130%	95%	230%
21%	21%	46%	46%	71%	134%	96%	234%
22%	22%	47%	47%	72%	138%	97%	238%
23%	23%	48%	48%	73%	142%	98%	242%
24%	24%	49%	49%	74%	146%	99%	246%
25%	25%	50%	50%	75%	150%	100%	250%

Legende: IG - ärztlich festgestellter Invaliditätsgrad
L - Leistung entsprechend der Versicherungssumme

Rechenbeispiel: Bei einer Invalidität von bspw. 78 % erhalten Sie 162 % der Versicherungssumme. Das entspricht bei einer Versicherungssumme von EUR 100.000,-- einer Versicherungsleistung von EUR 162.000,--.

1.1. Sollte sich ohne Berücksichtigung der verbesserten Gliedertaxe (Berechnung laut Artikel 7 Punkt 2.1 AUVB) eine höhere Entschädigungsleistung ergeben, so gelangt diese zur Anwendung.

1.2. Die Leistungserweiterungen aufgrund der verbesserten Gliedertaxe haben **nur Gültigkeit, solange die versicherte Person den Gesundheitsberuf tatsächlich ausübt.**

1.3. Die verbesserte Gliedertaxe gilt für die Bemessung der Unfall-Invaliditäts-Rente (Artikel 9 der AUVB) in keinem Fall. Falls im Vertrag Sondersportgefahren wie z.B. aus dem Bereich Sportrisiken versichert sind, findet die verbesserte Gliedertaxe für Leistungen aus der dauernden Invalidität keine Anwendung, wenn durch das Unfallereignis eben diese versicherte Sondergefahren ersatzpflichtig werden.

2. Für die einen Gesundheitsberuf ausübende Person ist das Infektionsrisiko mitversichert. Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper einwirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet. Als Unfälle im Sinne dieser Bestimmung gelten auch solche in Ausübung der versicherten Berufstätigkeit entstandene Infektionen, bei denen aus der Krankengeschichte, dem Befund oder der Natur der Erkrankung hervorgeht, dass es sich um die Folge eines Unfallereignisses (Stich, Schnitt, Spritzen auf Konjunktiven und Schleimhäute) handelt. **Anhauchen, Anniesen oder Anhusten erfüllen den Tatbestand des plötzlichen Eindringens nicht. Das Aidsrisiko, Hepatitis C und Unfallfolgen im unmittelbaren oder mittelbaren Zusammenhang mit Ereignissen, die genetische Schäden zur Folge haben, sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.**

Voraussetzung für den Versicherungsschutz ist **die Einhaltung der für den Beruf geltenden Schutzvorschriften** (z.B. ArbeitnehmerInnenschutzgesetz u.ä.).

3. Die Bestimmungen des Abschnittes F finden auf die Gesundheitsberufe Unfallversicherung Anwendung.

Die Leistungsverbesserungen aus der verbesserten Gliedertaxe und die Deckungserweiterung für das Infektionsrisiko gelten in der Familienversicherung für den Erwachsenen bzw. die zwei erwachsenen Partner, die einen Gesundheitsberuf ausüben, sofern sie diese Tätigkeit zum Unfallszeitpunkt ausgeübt haben.

Die Leistungsverbesserungen aus der verbesserten Gliedertaxe gelten nicht für die weiteren mitversicherten Personen, die keinen Gesundheitsberuf ausüben.

Auszug aus dem österreichischen Versicherungsvertragsgesetz 1958 (VersVG, BGBl. Nr. 2/1959 in der jeweils geltenden Fassung) und dem österreichischen Signatur- und Vertrauensdienstegesetz (SVG):

VersVG:

- § 5a. (1) Die Vereinbarung der elektronischen Kommunikation bedarf der ausdrücklichen Zustimmung des Versicherungsnehmers, die gesondert erklärt werden muss. Sie kann von jeder der Vertragsparteien jederzeit widerrufen werden. Auf dieses Recht ist der Versicherungsnehmer vor Einholung seiner Zustimmung hinzuweisen.
- (2) Bei Vereinbarung der elektronischen Kommunikation können sich die Vertragsparteien die Schriftform nur für Erklärungen, die Bestand oder Inhalt des Versicherungsverhältnisses betreffen, ausbedingen, sofern dies aus Gründen der Rechtssicherheit sachlich gerechtfertigt und für den Versicherungsnehmer nicht gröblich benachteiligend ist. Eine solche Vereinbarung der Schriftform bedarf der ausdrücklichen Zustimmung des Versicherungsnehmers, die gesondert erklärt werden muss. Die Vereinbarung der Schriftform für Rücktrittserklärungen nach § 5c ist unzulässig.
- (3) Bei Vereinbarung der elektronischen Kommunikation kann der Versicherer Versicherungsbedingungen, Versicherungsscheine nach Maßgabe des § 3 Abs. 1, Erklärungen und andere Informationen, der Versicherungsnehmer Erklärungen und andere Informationen elektronisch übermitteln. Die elektronische Übermittlung durch den Versicherer kann auf einem anderen dauerhaften Datenträger als Papier oder über eine Website (Abs. 9) erfolgen, wenn die übrigen Voraussetzungen des § 128a Abs. 2 Z 1 und Z 2 VAG 2016 erfüllt sind.
- (4) Auch bei Vereinbarung der elektronischen Kommunikation haben die Vertragsparteien das Recht, ihre Erklärungen und Informationen auf Papier zu übermitteln. Macht der Versicherer davon oder vom Recht des Widerrufs dieser Vereinbarung Gebrauch, so muss er den Versicherungsnehmer rechtzeitig elektronisch davon verständigen und ihn dabei auf die Rechtsfolgen des § 10 hinweisen.
- (5) Hat der Versicherungsnehmer Versicherungsbedingungen, Versicherungsscheine, Erklärungen oder andere Informationen nur elektronisch erhalten, so ist ihm auf Verlangen unentgeltlich eine Papierfassung zu überlassen. Auf dieses Recht ist der Versicherungsnehmer vor Einholung seiner Zustimmung zur elektronischen Kommunikation hinzuweisen.
- (7) Bei elektronischer Übermittlung von vertragsrelevanten Inhalten ist der Versicherungsnehmer klar und deutlich darauf hinzuweisen, dass die Sendung einen Versicherungsschein oder eine bestimmte andere vertragsrelevante Information betrifft.
- (9) Bei Übermittlung von vertragsrelevanten Inhalten über eine Website muss der Versicherer Versicherungsbedingungen während der gesamten Vertragslaufzeit, Erklärungen und andere Informationen während der Zeit, in der sie bedeutend sind, unverändert auf der bekanntgegebenen Stelle dieser Website dauerhaft zur Abfrage bereitstellen und es dem Versicherungsnehmer auch ermöglichen, die Versicherungsbedingungen dauerhaft zu speichern und laufend wiederzugeben.
- (10) Sind die Erfordernisse der Abs. 3 und 9 erfüllt und bei der Übermittlung auch beachtet worden, so wird vermutet, dass die Sendung dem Empfänger elektronisch zugegangen ist.
- (11) Die Abs. 1 bis 10 gelten auch für die elektronische Kommunikation zwischen dem Versicherer und einem Versicherten oder einem sonstigen Dritten.

- § 6. (1) Ist im Vertrag bestimmt, daß bei Verletzung einer Obliegenheit, die vor dem Eintritt des Versicherungsfalles dem Versicherer gegenüber zu erfüllen ist, der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei sein soll, so tritt die vereinbarte Rechtsfolge nicht ein, wenn die Verletzung als eine unverschuldete anzusehen ist. Der Versicherer kann den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen, es sei denn, daß die Verletzung als eine unverschuldete anzusehen ist. Kündigt der Versicherer innerhalb eines Monats nicht, so kann er sich auf die vereinbarte Leistungsfreiheit nicht berufen.
- (1a) Bei der Verletzung einer Obliegenheit, die die dem Versicherungsvertrag zugrundeliegende Äquivalenz zwischen Risiko und Prämie aufrechterhalten soll, tritt die vereinbarte Leistungsfreiheit außerdem nur in dem Verhältnis ein, in dem die vereinbarte hinter der für das höhere Risiko tarifmäßig vorgesehenen Prämie zurückbleibt. Bei der Verletzung von Obliegenheiten zu sonstigen bloßen Meldungen und Anzeigen, die keinen Einfluß auf die Beurteilung des Risikos durch den Versicherer haben, tritt Leistungsfreiheit nur ein, wenn die Obliegenheit vorsätzlich verletzt worden ist.
- (2) Ist eine Obliegenheit verletzt, die vom Versicherungsnehmer zum Zweck der Verminderung der Gefahr oder der Verhütung einer Erhöhung der Gefahr dem Versicherer gegenüber unabhängig von der Anwendbarkeit des Abs. 1a zu erfüllen ist, so kann sich der Versicherer auf die vereinbarte Leistungsfreiheit nicht berufen, wenn die Verletzung keinen Einfluß auf den Eintritt des Versicherungsfalles oder soweit sie keinen Einfluß auf den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung gehabt hat.

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

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

(5) Der Versicherer kann aus der fahrlässigen Verletzung einer vereinbarten Obliegenheit Rechte nur ableiten, wenn dem Versicherungsnehmer vorher die Versicherungsbedingungen oder eine andere Urkunde zugegangen sind, in der die Obliegenheit mitgeteilt wird.

§ 12. (1) Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag **verjähren in drei Jahren**. Steht der Anspruch einem **Dritten** zu, so beginnt die Verjährung zu laufen, sobald diesem sein Recht auf die Leistung des Versicherers **bekanntgeworden ist**; ist dem Dritten dieses Recht nicht bekanntgeworden, so verjähren seine Ansprüche erst nach **zehn Jahren**.

(2) Ist ein Anspruch des Versicherungsnehmers beim Versicherer angemeldet worden, so ist die Verjährung bis zum Einlangen einer in geschriebener Form übermittelten Entscheidung des Versicherers gehemmt, die zumindest mit der Anführung einer der Ablehnung derzeit zugrunde gelegten Tatsache und gesetzlichen oder vertraglichen Bestimmung begründet ist. Nach zehn Jahren tritt jedoch die Verjährung jedenfalls ein.

(3) **Der Versicherer ist von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Anspruch auf die Leistung nicht innerhalb eines Jahres gerichtlich geltend gemacht wird.** Die Frist beginnt erst, nachdem der Versicherer dem Versicherungsnehmer gegenüber den erhobenen Anspruch in einer dem Abs. 2 entsprechenden Weise sowie unter Angabe der mit dem Ablauf der Frist verbundenen Rechtsfolge abgelehnt hat; sie ist für die Dauer von Vergleichsverhandlungen über den erhobenen Anspruch und für die Zeit, in der der Versicherungsnehmer ohne sein Verschulden an der rechtzeitigen gerichtlichen Geltendmachung des Anspruchs gehindert ist, gehemmt.

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

(2) Erlangt der Versicherungsnehmer davon Kenntnis, daß durch eine von ihm ohne Einwilligung des Versicherers vorgenommene oder gestattete Änderung die Gefahr erhöht ist, so hat er dem Versicherer unverzüglich Anzeige zu machen.

§ 24. (1) Verletzt der Versicherungsnehmer die Vorschrift des § 23 Abs. 1, so kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen. Beruht die Verletzung nicht auf einem Verschulden des Versicherungsnehmers, so muß dieser die Kündigung erst mit dem Ablauf eines Monats gegen sich gelten lassen.

(2) Das Kündigungsrecht erlischt, wenn es nicht innerhalb eines Monats von dem Zeitpunkt an ausgeübt wird, in welchem der Versicherer von der Erhöhung der Gefahr Kenntnis erlangt, oder wenn der Zustand wiederhergestellt ist, der vor der Erhöhung bestanden hat.

§ 25. (1) Der Versicherer ist im Fall einer Verletzung der Vorschrift des § 23 Abs. 1 von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Versicherungsfall nach der Erhöhung der Gefahr eintritt.

(2) Die Verpflichtung des Versicherers bleibt bestehen, wenn die Verletzung nicht auf einem Verschulden des Versicherungsnehmers beruht. Der Versicherer ist jedoch auch in diesem Fall von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn die im § 23 Abs. 2 vorgesehene Anzeige nicht unverzüglich gemacht wird und der Versicherungsfall später als einen Monat nach dem Zeitpunkt eintritt, in welchem die Anzeige dem Versicherer hätte zugehen müssen, es sei denn, daß ihm in diesem Zeitpunkt die Erhöhung der Gefahr bekannt war.

(3) Die Verpflichtung des Versicherers zur Leistung bleibt auch dann bestehen, wenn zur Zeit des Eintritts des Versicherungsfalles die Frist für die Kündigung des Versicherers abgelaufen und eine Kündigung nicht erfolgt ist oder wenn die Erhöhung der Gefahr keinen Einfluß auf den Eintritt des Versicherungsfalles oder soweit sie keinen Einfluß auf den Umfang der Leistung des Versicherers gehabt hat.

§ 26. Die Vorschriften der §§ 23 bis 25 sind nicht anzuwenden, wenn der Versicherungsnehmer zu der Erhöhung der Gefahr durch das Interesse des Versicherers oder durch ein Ereignis, für das der Versicherer haftet, oder durch ein Gebot der Menschlichkeit veranlaßt wird.

§ 27. (1) Tritt nach dem Abschluß des Vertrages unabhängig vom Willen des Versicherungsnehmers eine Erhöhung der Gefahr ein, so ist der Versicherer berechtigt, das Versicherungsverhältnis unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von einem Monat zu kündigen. Das Kündigungsrecht erlischt, wenn es nicht innerhalb eines Monats von dem Zeitpunkt an ausgeübt wird, in dem der Versicherer von der Erhöhung der Gefahr Kenntnis erlangt hat, oder wenn der Zustand wiederhergestellt ist, der vor der Erhöhung bestanden hat.

(2) Der Versicherungsnehmer hat, sobald er von der Erhöhung der Gefahr Kenntnis erlangt, dem Versicherer unverzüglich Anzeige zu machen.

(3) Ist die Erhöhung der Gefahr durch allgemein bekannte Umstände verursacht, die nicht nur auf die Risiken bestimmter Versicherungsnehmer einwirken, etwa durch eine Änderung von Rechtsvorschriften, so erlischt das Kündigungsrecht des Versicherers nach Abs. 1 erst nach einem Jahr und ist Abs. 2 nicht anzuwenden.

§ 28. (1) Wird die im § 27 Abs. 2 vorgesehene Anzeige nicht unverzüglich gemacht, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Versicherungsfall später als einen Monat nach dem Zeitpunkt eintritt, in welchem die Anzeige dem Versicherer hätte zugehen müssen.

(2) Die Verpflichtung des Versicherers bleibt bestehen, wenn ihm die Erhöhung der Gefahr in dem Zeitpunkt bekannt war, in welchem ihm die Anzeige hätte zugehen müssen. Das gleiche gilt, wenn zur Zeit des Eintritts des Versicherungsfalles die Frist für die Kündigung des Versicherers abgelaufen und eine Kündigung nicht erfolgt ist oder wenn die Erhöhung der Gefahr keinen Einfluß auf den Eintritt des Versicherungsfalles oder soweit sie keinen Einfluß auf den Umfang der Leistung des Versicherers gehabt hat.

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

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

§ 38. (1) Ist die erste oder einmalige Prämie innerhalb von 14 Tagen nach dem Abschluß des 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 schriftlich eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen bestimmen; zur Unterzeichnung genügt eine Nachbildung der eigenhändigen Unterschrift. Dabei sind die Rechtsfolgen anzugeben, die nach Abs. 2 und 3 mit dem Ablauf der Frist verbunden sind. Eine Fristbestimmung, ohne Beachtung dieser Vorschriften, ist unwirksam.

(2) Tritt der Versicherungsfall nach dem Ablauf der Frist ein und ist der Versicherungsnehmer zur Zeit des Eintrittes mit der Zahlung der Folgeprämie im Verzug, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, es sei denn, daß der Versicherungsnehmer an der rechtzeitigen Zahlung ohne sein Verschulden verhindert war.

(3) Der Versicherer kann nach dem Ablauf der Frist das Versicherungsverhältnis ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen, wenn der Versicherungsnehmer mit der Zahlung im Verzug ist. Die Kündigung kann bereits mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, daß sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer in diesem Zeitpunkt mit der Zahlung im Verzug ist; darauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich aufmerksam zu machen. Die Wirkungen der Kündigung fallen fort, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, falls die Kündigung mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach dem Ablauf der Zahlungsfrist die Zahlung nachholt, sofern nicht der Versicherungsfall bereits eingetreten ist.

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

§ 39a. Ist der Versicherungsnehmer bloß mit nicht mehr als 10 vH der Jahresprämie, höchstens aber mit 60 Euro im Verzug, so tritt eine im § 38 oder § 39 vorgesehene Leistungsfreiheit des Versicherers nicht ein.

§ 41a. (1) Ist wegen bestimmter, die Gefahr erhöhender Umstände eine höhere Prämie vereinbart, so kann der Versicherungsnehmer, wenn diese Umstände in der Zeit zwischen Stellung und Annahme des Antrages oder nach Abschluß des Vertrages wegfallen oder ihre Bedeutung verlieren, verlangen, daß die Prämie für die künftigen Versicherungsperioden angemessen herabgesetzt wird.

(2) Das gleiche gilt, wenn die Bemessung der höheren Prämie durch irrtümliche Angaben des Versicherungsnehmers über einen solchen Umstand veranlaßt worden ist.

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

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

§ 75. (1) Bei der Versicherung für fremde Rechnung stehen die Rechte aus dem Versicherungsvertrag dem Versicherten zu. Die Übermittlung eines Versicherungsscheines kann jedoch nur der Versicherungsnehmer verlangen.

(2) Der Versicherte kann ohne Zustimmung des Versicherungsnehmers über seine Rechte nur dann verfügen und diese Rechte nur dann gerichtlich geltend machen, wenn er im Besitz eines Versicherungsscheines ist.

§ 76. (1) Der Versicherungsnehmer kann über die dem Versicherten aus dem Versicherungsvertrag zustehenden Rechte im eigenen Namen verfügen.

(2) Ist ein Versicherungsschein ausgestellt, so ist der Versicherungsnehmer ohne Zustimmung des Versicherten nur dann zur Annahme der Zahlung und zur Übertragung der Rechte des Versicherten befugt, wenn er im Besitz des Scheines ist.

(3) Der Versicherer ist zur Zahlung an den Versicherungsnehmer nur verpflichtet, wenn dieser ihm gegenüber nachweist, daß der Versicherte seine Zustimmung zur Versicherung erteilt hat.

§ 77. Der Versicherungsnehmer ist nicht verpflichtet, dem Versicherten oder, falls über das Vermögen des Versicherten ein Insolvenzverfahren eröffnet ist, dem Insolvenzverwalter beziehungsweise dem Treuhänder der Gläubiger den Versicherungsschein auszuliefern, bevor er wegen der ihm gegen den Versicherten in Bezug auf die versicherte Sache zustehenden Ansprüche befriedigt ist. Er kann sich für diese Ansprüche aus der Entschädigungsforderung gegen den Versicherer und nach der Einziehung der Forderung aus der Entschädigungssumme vor dem Versicherten und dessen Gläubigern befriedigen.

§ 78. Soweit nach den Vorschriften dieses Bundesgesetzes die Kenntnis und das Verhalten des Versicherungsnehmers von rechtlicher Bedeutung ist, kommt bei der Versicherung für fremde Rechnung auch die Kenntnis und das Verhalten des Versicherten in Betracht.

§ 79. (1) Auf die Kenntnis des Versicherten kommt es nicht an, wenn der Vertrag ohne sein Wissen abgeschlossen worden ist oder eine rechtzeitige Benachrichtigung des Versicherungsnehmers nicht tunlich war.

(2) Hat der Versicherungsnehmer den Vertrag ohne Auftrag des Versicherten abgeschlossen und beim Abschluß das Fehlen des Auftrages dem Versicherer nicht angezeigt, so braucht dieser die Einwendung, daß der Vertrag ohne Wissen des Versicherten abgeschlossen worden ist, nicht gegen sich gelten zu lassen.

§ 80. (1) Ergibt sich aus den Umständen nicht, daß die Versicherung für einen anderen genommen werden soll, so gilt sie als für eigene Rechnung genommen.

(2) Ist die Versicherung für Rechnung „wen es angeht“ genommen oder ist sonst aus dem Vertrag zu entnehmen, daß unbestimmt gelassen werden soll, ob eigenes oder fremdes Interesse versichert ist, so sind die Vorschriften der §§ 75 bis 79 anzuwenden, wenn sich ergibt, daß fremdes Interesse versichert ist.

§ 184. (1) Sollen nach dem Vertrag einzelne Voraussetzungen des Anspruches aus der Versicherung oder das Maß der durch den Unfall herbeigeführten Einbuße an Erwerbsfähigkeit durch Sachverständige festgestellt werden, so ist die getroffene Feststellung nicht verbindlich, wenn sie offenbar von der wirklichen Sachlage erheblich abweicht. Die Feststellung erfolgt in diesem Falle durch Urteil. Das gleiche gilt, wenn die Sachverständigen die Feststellung nicht treffen können oder wollen oder sie verzögern.

(2) Sind nach dem Vertrag die Sachverständigen vom Gericht zu bestellen, so sind auf die Bestellung die Vorschriften des § 64 Abs. 2 entsprechend anzuwenden.

(3) Eine Vereinbarung, die von der Vorschrift des Abs. 1 Satz 1 abweicht, ist nichtig.

Signatur- und Vertrauensdienstegesetz (SVG):

§ 4. (1) Eine qualifizierte elektronische Signatur erfüllt das rechtliche Erfordernis der Schriftlichkeit im Sinne des § 886 ABGB. Andere gesetzliche Formerfordernisse, insbesondere solche, die die Beziehung eines Notars oder eines Rechtsanwalts vorsehen, sowie vertragliche Vereinbarungen über die Form bleiben unberührt.

(2) Letztwillige Verfügungen können in elektronischer Form nicht wirksam errichtet werden. Folgende Willenserklärungen können nur dann in elektronischer Form wirksam abgefasst werden, wenn das Dokument über die Erklärung die Bestätigung eines Notars oder eines Rechtsanwalts enthält, dass er den Signator über die Rechtsfolgen seiner Signatur aufgeklärt hat:

1. Willenserklärungen des Familien- und Erbrechts, die an die Schriftform oder ein strengeres Formerfordernis gebunden sind;

2. eine Bürgschaftserklärung (§ 1346 Abs. 2 ABGB), die von Personen außerhalb ihrer gewerblichen, geschäftlichen oder beruflichen Tätigkeit abgegeben wird.

(3) Bei Rechtsgeschäften zwischen Unternehmern und Verbrauchern sind Vertragsbestimmungen, nach denen eine qualifizierte elektronische Signatur nicht das rechtliche Erfordernis der Schriftlichkeit erfüllt, für Anzeigen oder Erklärungen, die vom Verbraucher dem Unternehmer oder einem Dritten abgegeben werden, nicht verbindlich, es sei denn, der Unternehmer beweist, dass die Vertragsbestimmungen im Einzelnen ausgehandelt worden sind oder mit dem Verbraucher eine andere vergleichbar einfach verwendbare Art der elektronischen Authentifizierung vereinbart wurde.