

Allgemeine Bedingungen für AktivER GO! Die Unfallversicherung - Plus (AUVBP 2021)

Inhaltsverzeichnis

Präambel	2
Abschnitt A: Versicherungsschutz	3
1. Was ist versichert?	3
2. Was ist der Versicherungsfall?	3
3. Wo gilt die Versicherung?	3
4. Wann gilt die Versicherung?	3
5. Wann beginnt die Versicherung?	3
6. Was ist ein Unfall?	3
Abschnitt B: Versicherte Leistungen	6
7. Dauerinvalidität - Was gilt bei vereinbarter Leistung dauernde Invalidität?	6
8. Unfallrente - Was gilt bei vereinbarter Leistung Unfallrente?	11
9. Unfalltod - Was gilt bei vereinbarter Leistung Todesfall?	12
10. Spitalgeld inklusive Genesungsgeld - Was gilt bei vereinbarter Leistung Spitalgeld inklusive Genesungsgeld?	13
11. Heilkosten inklusive Kosmetische Operationen - Was gilt bei vereinbarter Leistung Heilkosten inklusive Kosmetische Operationen?	13
12. Taggeld - Was gilt bei vereinbarter Leistung Taggeld?	15
13. Knochenbruch - Was gilt bei vereinbarter Leistung Knochenbruch?	15
14. Fixkosten - Was gilt bei vereinbarter Leistung Fixkosten?	15
15. SOS Service - Was gilt bei vereinbarter Leistung SOS Service?	16
16. REHA-Management - Was gilt bei vereinbarter Leistung REHA-Management?	21
17. Prämienbefreiung bei Arbeitsunfähigkeit - Was gilt bei Leistung Prämienbefreiung?	23
18. Welche Sonderleistungen gelten versichert? - Was zahlen wir zusätzlich?	24
19. Was gilt für die Kinderunfallversicherung?	24
20. Was gilt für die Einzelunfallversicherung?	24
21. Was gilt für die Freizeitunfallversicherung?	24
22. Was gilt für die Partnerunfallversicherung?	25

Firmenname: ERGO Versicherung Aktiengesellschaft, Handelsgericht Wien, FN 101528 g, UID-Nr.: ATU 15366306

Firmensitz: ERGO Center, Businesspark Marximum/Objekt 3, Modecenterstraße 17, 1110 Wien

AN_ANLAGEN

Allgemeine Bedingungen für AktivER GO! Die Unfallversicherung - Plus

23. Was gilt für die Familienunfallversicherung?	25
24. Was gilt für die Alleinerzieherunfallversicherung?	26
Abschnitt C: Begrenzung des Versicherungsschutzes	27
25. Wann ist die Leistung fällig? Wann tritt Verjährung ein?	27
26. Welche Unfälle sind ausgeschlossen?	27
27. Welche Sport-/Freizeitaktivitäten mit erhöhtem Risiko können gegen besondere Vereinbarung mitversichert werden?	29
28. Kann das Motorradrisiko gegen besondere Vereinbarung eingeschlossen werden?	29
29. Welche sachlichen Begrenzungen des Versicherungsschutzes gibt es?	30
Abschnitt D: Pflichten des Versicherungsnehmers	31
30. Wann ist die Prämie zu bezahlen?	31
31. Was ist bei der Änderung des Berufes, der Beschäftigung, des Motorradrisikos, des Wohnortes sowie Sport-/Freizeitaktivitäten mit erhöhtem Risiko zu beachten?	31
32. Was ist vor und nach Eintritt eines Versicherungsfalles zu beachten bzw. zu tun? Obliegenheiten	31
Abschnitt E: Sonstige Vertragsbestimmungen	33
33. Was ist die Versicherungsperiode und wann kommt es zu einer stillschweigenden Verlängerung?	33
34. Wann und unter welchen Voraussetzungen kann gekündigt werden? Wann erlischt der Vertrag ohne Kündigung?	33
35. Wem steht die Ausübung der Rechte aus dem Vertrag zu? Wer hat die Pflichten aus dem Vertrag zu erfüllen?	35
36. Wer kann versichert werden?	35
37. Wo können Ansprüche aus dem Vertrag gerichtlich geltend gemacht werden?	35
38. Welches Recht gilt?	35
39. Auf welcher Basis wird der Vertrag indiziert?	35
Anhang	36

Präambel

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

Versicherungsnehmer(in)	ist die Person, die den Versicherungsvertrag mit dem Versicherer abschließt.
Versicherte Person	ist die Person, deren Gesundheitsschädigung infolge eines Unfalles versichert ist.
Verweise auf gesetzliche Bestimmungen	Gesetzesstellen des Versicherungsvertragsgesetzes, die in den Versicherungsbedingungen angeführt werden, sind im Anhang zu den Versicherungsbedingungen im vollen Wortlaut wiedergegeben.
Form von Erklärungen	Die Rücktrittserklärung unterliegt ausschließlich den in der Rücktrittsrechtsbelehrung genannten Formvorschriften. Für sämtliche sonstigen Anzeigen, Erklärungen und Informationen, die Sie als Versicherungsnehmer an uns, als Versicherer richten, ist die geschriebene Form erforderlich, sofern die Schriftform nicht ausdrücklich und mit gesonderter Erklärung vereinbart wurde. Der geschriebenen Form wird durch Zugang eines Textes in Schriftzeichen entsprochen, aus der die Person des Erklärenden hervorgeht. Eine eigenhändige Unterschrift des Erklärenden ist in der geschriebenen Form nicht erforderlich. Anzeigen, Erklärungen und Informationen in geschriebener Form können zum Beispiel per Telefax, E-Mail oder auf dem Postweg übermittelt werden. Schriftform bedeutet, dass dem Erklärungsempfänger das Original der Erklärung mit eigenhändiger Originalunterschrift des Erklärenden zugehen muss. Auch eine qualifizierte elektronische Signatur gemäß § 4 Signatur- und Vertrauensdienstegesetz erfüllt das Schriftformerfordernis.

Abschnitt A: Versicherungsschutz

1. Was ist versichert?

Wir bieten Versicherungsschutz, wenn der versicherten Person ein Unfall zustößt.

Die Leistungen, die versichert werden können, ergeben sich aus Abschnitt B dieser Bedingungen. Aus der Police ist ersichtlich, welche Leistungen und Versicherungssummen zum Zeitpunkt des Schadenfalles vereinbart sind.

2. Was ist der Versicherungsfall?

Versicherungsfall ist der Eintritt eines Unfalles (gemäß Punkt 6 - Was ist ein Unfall).

3. Wo gilt die Versicherung?

Der Versicherungsschutz gilt auf der ganzen Erde.

4. Wann gilt die Versicherung?

Versichert sind Unfälle, die während der Wirksamkeit des Versicherungsschutzes eingetreten sind.

5. Wann beginnt die Versicherung?

5.1 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt bei fristgerechter Bezahlung der ersten oder einmaligen Prämie samt Versicherungssteuer (im Folgenden kurz: Prämie) mit dem vereinbarten Versicherungsbeginn. Die Zahlungsfrist ist in Punkt 30 - Wann ist die Prämie zu bezahlen - 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.

Für den Zahlungsverzug mit einem Teil der ersten oder einmaligen Prämie gilt § 38 Versicherungsvertragsgesetz, VersVG (siehe Anhang).

5.2 Vorläufige Deckung

Soll der Versicherungsschutz schon vor Einlösung der Police beginnen (vorläufige Deckung), ist die ausdrückliche Zusage der vorläufigen Deckung durch uns erforderlich. Sie endet mit der Aushändigung der Police.

Wir sind berechtigt, die vorläufige Deckung mit einer Frist von einer Woche schriftlich zu kündigen. Uns gebührt in diesem Fall die auf die Zeit des Versicherungsschutzes entfallende Prämie.

6. Was ist ein Unfall?

6.1 Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

6.1.1 Gesundheitsschädigungen, die die versicherte Person bei Bemühungen zur Rettung von Menschen- und Tierleben sowie Sachen oder im Zuge rechtmäßiger Verteidigung erleidet, gelten als unfreiwillig erlitten.

6.1.2 Bei Vergiftungen durch plötzlich ausströmende Gase und Dämpfe wird der Begriff der Plötzlichkeit auch dann angenommen, wenn die versicherte Person durch besondere Umstände den Einwirkungen von Gasen oder Dämpfen mehrere Stunden lang unfreiwillig ausgesetzt war. Ausgeschlossen bleiben jedoch Berufskrankheiten.

Gesundheitsschädigungen durch Ertrinken oder Ersticken sowie tauchtypische Gesundheitsschädigungen sind versichert, auch wenn kein Unfallereignis festgestellt werden kann. (Beachten Sie dazu Punkt 26.11 - Welche Unfälle sind ausgeschlossen)

6.1.3 Gesundheitsschädigungen, die aufgrund akuter Mangel durchblutung des Herzmuskels entstanden sind (insbesondere Herzinfarkt), sind versichert, wenn ein überwiegender Kausalzusammenhang mit einer unmittelbaren Verletzung der betreffenden Koronararterie besteht und diese Verletzung durch eine direkte mechanische Einwirkung von außen auf den Brustkorb verursacht worden ist.

Allgemeine Bedingungen für AktivER GO! Die Unfallversicherung - Plus

Gesundheitsschädigungen, die aufgrund akuter Mangel durchblutung des Gehirns entstanden sind (insbesondere Schlaganfall), sind versichert, wenn ein überwiegender Kausalzusammenhang mit einer unmittelbaren Verletzung oder einem Verschluss des betreffenden Blutgefäßes besteht und diese durch eine direkte mechanische Einwirkung von außen verursacht worden sind.

Herzinfarkt oder Schlaganfall ohne direkte mechanische Einwirkungen gilt in keinem Fall als Unfallfolge.

Selbstverstümmelungen, Selbsttötung und Selbstmordversuche gelten nicht als Unfall, auch wenn die Tat in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistesfähigkeit begangen wurde.

- 6.1.4 Bandscheibenhernien jeder Art sind versichert, wenn sie durch eine erhebliche direkte Gewalteinwirkung auf das jeweilige Segment der Wirbelsäule verursacht werden und
- diese durch Kraft und Richtung in der Lage war, eine gesunde Bandscheibe zu zerreißen, die bildgebende Untersuchung nach dem Unfall (wie MRT, Röntgen) keine degenerativen Veränderungen zeigt und es sich nicht um eine Verschlimmerung von vor dem Unfall bestandenen Krankheitserscheinungen handelt; oder
 - Frakturen ober- oder unterhalb der geschädigten Bandscheibe vorliegen; oder
 - es zu Bänderrissen im Bereich der Wirbelsäule mit Wirbelverrenkungen gekommen ist.

- 6.1.5 Bauch- und Unterleibsbrüche jeder Art sind versichert, wenn sie durch eine von außen kommende mechanische Einwirkung direkt herbeigeführt worden sind und nicht anlagebedingt bestehen.

6.2. Als Unfall gelten auch folgende Ereignisse:

- 6.2.1 Verrenkungen von Gliedern sowie Zerrungen und Zerreißen von an Gliedmaßen und an der Wirbelsäule befindlichen Muskeln, Sehnen, Bändern und Kapseln sowie Meniskusverletzungen

Hinsichtlich krankhaft abnutzungsbedingter Einflüsse findet insbesondere Punkt 29.3 - Welche sachlichen Begrenzungen des Versicherungsschutzes gibt es - Anwendung.

- 6.2.2 Erfrieren

- 6.2.3 Verhungern, Verdursten

- 6.2.4 Einwirkung von Blitzschlag oder elektrischem Strom; Verbrennungen und Verbrühungen

- 6.2.5 Gesundheitsschädigungen infolge unabsichtlicher Einnahme von für den Verzehr nicht vorgesehener Stoffe oder verdorbener Lebensmittel (Lebensmittelvergiftung)

- 6.2.6 Gesundheitsschädigungen infolge Verschluckens von festen Stoffen und Kleinteilen bei Kindern bis zum vollendeten 10. Lebensjahr

- 6.2.7 Unfälle, die durch einen Herzinfarkt oder Schlaganfall der versicherten Person herbeigeführt wurden

6.3 Krankheiten gelten nicht als Unfälle, übertragbare Krankheiten auch nicht als Unfallfolgen. Der Versicherungsschutz erstreckt sich jedoch auf:

- 6.3.1 Folgen der Kinderlähmung und der durch Zeckenbiss übertragenen Frühsommer-Meningoencephalitis und Borreliose, wenn die Erkrankung eingetreten ist und serologisch festgestellt wurde und frühestens 15 Tage nach Beginn bzw. spätestens 15 Tage nach Erlöschen der Versicherung zum Ausbruch kommt.

Als Krankheitsbeginn (Zeitpunkt des Versicherungsfalles) gilt der Tag, an dem erstmals ein Arzt wegen Beschwerden aufgrund der schließlich als Kinderlähmung, Frühsommer-Meningoencephalitis oder Borreliose diagnostizierten Krankheit konsultiert wurde.

Wir bieten Versicherungsschutz für die versicherten Leistungen Dauerinvalidität, Unfalltod und SOS Service.

Allgemeine Bedingungen für AktivER GO! Die Unfallversicherung - Plus

6.3.2 Folgen des Wundstarrkrampfes, Wundinfektionen und der Tollwut, wenn diese durch einen Unfall gemäß Punkt 6.1 - Was ist ein Unfall - verursacht wurden.

6.3.3 Folge von Schlangenbissen, Stichen von Skorpionen und Bissen von Spinnen oder durch Insektenstiche ausgelöste Malaria. Voraussetzung für den Versicherungsschutz ist, dass der Ausbruch der Erkrankung frühestens ein Monat nach Beginn, jedoch spätestens ein Monat nach Erlöschen der Versicherung stattfindet.

Wir bieten Versicherungsschutz für die versicherten Leistungen Dauerinvalidität, Unfalltod und SOS Service.

6.3.4 Allergische Reaktionen, ausgelöst durch Bienen-, Wespen- oder Hornissenstiche. Voraussetzung für den Versicherungsschutz ist, dass der Ausbruch der Erkrankung frühestens ein Monat nach Beginn, jedoch spätestens ein Monat nach Erlöschen der Versicherung stattfindet.

Wir bieten Versicherungsschutz für die versicherten Leistungen Dauerinvalidität, Unfalltod und SOS Service.

6.3.5 Infektionskrankheiten, die durch Insektenstiche oder sonstige durch von Tieren verursachte Hautverletzungen übertragen wurden. Das bloße Einatmen oder Eindringen ohne derartiges Ereignis gilt nicht versichert.

6.3.6 Dauerhafte Gesundheitsschädigungen durch Schutzimpfungen:

Wir bieten Versicherungsschutz bei dauerhaften Gesundheitsschädigungen durch Schutzimpfungen gegen die in 6.3.1 bis 6.3.5 angeführten versicherten Infektionskrankheiten für die versicherten Leistungen Dauerinvalidität, Unfalltod und SOS Service.

Für alle anderen Schutzimpfungen leisten wir im Rahmen der vereinbarten Versicherungssummen für Dauerinvalidität, Unfalltod und SOS Service zusammen bis maximal 30.000 Euro.

6.3.7 Unsachgemäße Verabreichung von Medikamenten bzw. Medikamentenentzug, beides verursacht im Zuge einer Entführung oder Geiselnahme der versicherten Person.

Wir bieten Versicherungsschutz für die versicherten Leistungen Dauerinvalidität, Unfalltod und SOS Service.

Allgemeine Bedingungen für AktivER GO! Die Unfallversicherung - Plus

Abschnitt B: Versicherte Leistungen

(Die Punkte 7 bis 24 gelten nur, wenn die jeweilige vereinbarte Leistung in der Police angeführt ist.)

7. Dauerinvalidität - Was gilt bei vereinbarter Leistung dauernde Invalidität?

7.1 Voraussetzung für die Leistung

Die versicherte Person ist durch den Unfall auf Dauer (Lebenszeit) in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt.

Die Invalidität muss

- innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten und in diesem Zeitraum durch medizinische Unterlagen dokumentiert sein sowie
- innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall durch einen ärztlichen Befundbericht festgestellt und bei uns geltend gemacht werden. Aus dem ärztlichen Befundbericht müssen Art und Umfang der Gesundheitsschädigung und die Möglichkeit einer auf Lebenszeit dauernden Invalidität hervorgehen.

Maßgeblich für die Ermittlung der dauernden Invalidität ist der Zustand der Beeinträchtigung der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit zum Zeitpunkt der ärztlichen Untersuchung im Zuge der Erstellung des von uns beauftragten Gutachtens.

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

- aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach dem Unfall; oder
- gleichgültig - aus welcher Ursache - später als ein Jahr nach dem Unfall

und war ein Anspruch auf Invaliditätsleistung entstanden, leisten wir nach dem Invaliditätsgrad, mit dem aufgrund der vorhandenen ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

7.2 Art und Höhe der Leistung

Die Invaliditätsleistung zahlen wir als Kapitalbetrag.

Bei völligem Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane gelten zur Bemessung des Invaliditätsgrades ausschließlich die folgenden Bewertungsgrundlagen (Gliedertaxe):

Gliedertaxe	Bewertungsgrundlage
eines Armes	80 %
eines Daumens	20 %
eines Zeigefingers	10 %
eines anderen Fingers	5 %
eines Beines	80%
einer großen Zehe	5 %
einer anderen Zehe	2 %
der Sehkraft beider Augen sofern jedoch die Sehkraft des anderen Auges vor Eintritt des Versicherungsfalles bereits vollständig funktionslos war	100 % 65 %
der Sehkraft eines Auges	50 %
der Stimme	50 %
des Gehörs beider Ohren sofern jedoch das Gehör des anderen Ohres vor Eintritt des Versicherungsfalles bereits vollständig funktionslos war	80 % 50 %
des Gehörs eines Ohres	50 %
des Geruchsinnes	10 %
des Geschmacksinnes	10 %
der Milz	10 %

Allgemeine Bedingungen für AktivER GO! Die Unfallversicherung - Plus

Gliedertaxe	Bewertungsgrundlage
einer Niere Wenn bereits die zweite Niere vor dem Unfall oder als Unfallfolge beeinträchtigt ist, ist Punkt 7.3 und 7.4 Dauerinvalidität anzuwenden.	20 %
Geschlechtsteil des Mannes	30 %
Brust der Frau je	15 %

Bei Teilverlust oder Funktionsbeeinträchtigung gilt der entsprechende Teil des jeweiligen Prozentsatzes.

7.3 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 vom Invaliditätsgrad der Grad der Vorinvalidität abgezogen.

7.4 Ist die Funktion mehrerer Körperteile oder Sinnesorgane durch den Unfall beeinträchtigt, werden die ermittelten Invaliditätsgrade zusammengerechnet. Mehr als 100 % werden jedoch nicht berücksichtigt.

7.5 Im ersten Jahr nach dem Unfall wird eine Invaliditätsleistung von uns nur erbracht, wenn Art und Umfang der Unfallfolgen aus ärztlicher Sicht eindeutig feststehen.

Steht der Grad der dauernden Invalidität nicht eindeutig fest, sind sowohl die versicherte Person als auch wir berechtigt, den Invaliditätsgrad jährlich bis vier Jahre ab dem Unfalltag ärztlich neu bemessen zu lassen.

7.6 Kapitaleistung bei Dauerinvalidität - Progression 500 %

7.6.1 Die versicherte Leistung wird bei Vorliegen einer dauernden Invalidität gemäß Punkt 7.2 bis 7.5 - Dauerinvalidität/Art und Höhe der Leistung - und nach Anwendung der Bestimmung über die sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes gemäß Punkt 29 nach folgender Progressionsstaffel erbracht:

Invaliditätsgrad in %	Leistung in %
bis 1	bis 1
2	2
3	3
4	4
5	5
6	6
7	7
8	8
9	9
10	10
11	11
12	12
13	13
14	14
15	15
16	16
17	17
18	18
19	19
20	50
21	50
22	50

Invaliditätsgrad in %	Leistung in %
35	75
36	75
37	75
38	75
39	75
40	100
41	100
42	100
43	100
44	100
45	100
46	100
47	100
48	100
49	100
50	150
51	150
52	150
53	150
54	150
55	150
56	150

Invaliditätsgrad in %	Leistung in %
68	200
69	200
70	300
71	300
72	300
73	300
74	300
75	300
76	300
77	300
78	300
79	300
80	400
81	400
82	400
83	400
84	400
85	400
86	400
87	400
88	400
89	400

Allgemeine Bedingungen für AktivER GO! Die Unfallversicherung - Plus

Invaliditätsgrad in %	Leistung in %	Invaliditätsgrad in %	Leistung in %	Invaliditätsgrad in %	Leistung in %
23	50	57	150	90	500
24	50	58	150	91	500
25	50	59	150	92	500
26	50	60	200	93	500
27	50	61	200	94	500
28	50	62	200	95	500
29	50	63	200	96	500
30	75	64	200	97	500
31	75	65	200	98	500
32	75	66	200	99	500
33	75	67	200	100	500
34	75				

7.6.2 Sofortleistung

Für die im folgenden "Verletzungskatalog" genannten Unfallfolgen garantieren wir abweichend von Punkt 7.5 eine Sofortleistung in Prozent der vereinbarten Versicherungssumme für Dauerinvalidität.

Verletzungskatalog	Leistung in Prozent der vereinbarten Versicherungssumme für Dauerinvalidität
Bei einem Bruch im Schultergelenk (Schulterblatt, Rollhocker)	4 %
Bei Bruch eines Oberarmknochens, eines Ellbogen- oder Handgelenks	5 %
Bei Amputation oder Teilamputation eines Armes mindestens ab Handgelenk	20 %
Bei vollständigem Verlust eines Daumens	20 %
Bei vollständigem Verlust eines Zeige- oder Mittelfingers	10%
Bei vollständigem Verlust jedes anderen Fingers	5 %
Bei Bruch eines Hüftgelenks und/oder Bruch des Beckens	7 %
Bei Bruch eines Kniegelenks	5 %
Bei vollständigem Riss oder Durchtrennung eines Kreuz- und/oder Seitenbandes im Knie	5 %
Bei Knöchelbruch und/oder vollständigem Riss oder Durchtrennung eines Bandes im Sprunggelenk	4 %
Bei Amputation oder Teilamputation eines Beines mindestens ab Sprunggelenk	20 %
Bei vollständigem Riss oder Durchtrennung einer Achillessehne	3 %
Bei Riss oder Durchtrennung eines Meniskus	2 %
Bei vollständigem Verlust einer großen Zehe	5 %
Bei vollständigem Verlust jeder anderen Zehe	2 %
Bei einer Querschnittlähmung nach Schädigung des Rückenmarks	20 %
Bei einer Schädelverletzung mit nachgewiesener Hirnprellung mindestens 2. Grades mit nachfolgender Hirnblutung	10 %
Bei Bruch eines Wirbelkörpers der Halswirbelsäule mit anschließend operativer Fixierung	5 %
Bei Bruch eines Wirbelkörpers der Brust- oder Lendenwirbelsäule mit anschließend operativer Fixierung	3 %
Bei Verbrennungen mindestens 2. Grades, wenn mindestens 30 % der Hautfläche davon betroffen	10 %
Bei Erblindung oder massiver Sehbehinderung (maximal 5 % Restsehschärfe beider Augen)	10 %
Bei vollständigem Verlust einer Niere	20 %
Bei vollständigem Verlust der Milz	10 %

Nach unfallkausalem Eintritt einer der genannten Verletzungen zahlen wir die Pauschalleistung nach Vorlage eines ärztlichen Befundberichtes sofort.

Mehrere Verletzungen an verschiedenen Körperteilen oder Gliedmaßen führen zu einer Summierung der einzelnen Pauschalleistungen. Wir leisten in diesem Fall bis maximal 100 % der gewählten Versicherungssumme. Die Progressionsstaffel gemäß Punkt 7.6.1 wenden wir nicht an. Sind mehrere

Allgemeine Bedingungen für AktivER GO! Die Unfallversicherung - Plus

Verletzungen an einem Körperteil oder einer Gliedmaße gegeben, bezahlen wir den Pauschalbetrag für die am höchsten bewertete Verletzung. Für die Verletzung einer Wachstumsfuge sowie im Falle einer reinen Knochenabsplitterung oder Fissur (Haarriss) bezahlen wir keine Sofortleistung.

Die versicherte Person kann frühestens ein Jahr nach dem Unfalltag die Beurteilung der Unfallfolgen durch einen von uns zu beauftragenden medizinischen Sachverständigen verlangen. Daraus können folgende Ergebnisse entstehen:

- Durch das Gutachten errechnen wir gemäß Punkt 7.6.1 eine höhere versicherte Leistung als die bereits ausbezahlte Sofortleistung. In diesem Fall zahlen wir den durch die bereits getätigte Sofortleistung übersteigenden Betrag.
- Durch das Gutachten errechnen wir gemäß Punkt 7.6.1 die gleiche versicherte Leistung als die bereits ausbezahlte Sofortleistung. In diesem Fall kommt kein weiterer Betrag zur Auszahlung.
- Durch das Gutachten errechnen wir gemäß Punkt 7.6.1 eine niedrigere oder gar keine versicherte Leistung als die bereits ausbezahlte Sofortleistung. In diesem Fall sind wir berechtigt die erbrachte Mehrleistung zurückzufordern.

Die Sofortleistung entfällt, wenn die versicherte Person unfallkausal innerhalb 48 Stunden stirbt. Für nicht im Katalog angeführte Verletzungen erfolgt die Ermittlung einer Invaliditätsleistung ausschließlich gemäß Punkt 7.6.1.

7.6.3 Behinderten Mehraufwand

Beträgt der Invaliditätsgrad gemäß Punkt 7.6.1 mindestens 80 %, bieten wir zusätzlich - über die gewählte Versicherungssumme hinausgehend - folgende Leistungen an:

- Übernahme der Kosten für einen behindertengerechten Umbau des vom Verunfallten selbst bewohnten Hauses oder der selbst bewohnten Wohnung.
- Übernahme der Kosten für einen Umzug in ein anderes behindertengerechtes Haus oder in eine entsprechende Wohnung in Österreich.
- Übernahme der Kosten für eine unfallbedingte Umrüstung eines Kraftfahrzeuges.

Alle genannten Leistungen zusammen sind mit 25 % der vereinbarten Versicherungssumme für Invalidität begrenzt. Diese Leistung erbringen wir innerhalb von drei Jahren.

7.7 Kapitaleistung bei Dauerinvalidität ab 20 % - Progression 500 %

7.7.1 Die versicherte Leistung wird bei Vorliegen einer dauernden Invalidität gemäß Punkt 7.2 bis 7.5 - Dauerinvalidität/Art und Höhe der Leistung - und nach Anwendung der Bestimmung über die sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes gemäß Punkt 29 nach folgender Progressionsstaffel erbracht:

Invaliditätsgrad in %	Leistung in %	Invaliditätsgrad in %	Leistung in %	Invaliditätsgrad in %	Leistung in %
bis 1	0	35	75	68	200
2	0	36	75	69	200
3	0	37	75	70	300
4	0	38	75	71	300
5	0	39	75	72	300
6	0	40	100	73	300
7	0	41	100	74	300
8	0	42	100	75	300
9	0	43	100	76	300
10	0	44	100	77	300
11	0	45	100	78	300
12	0	46	100	79	300
13	0	47	100	80	400

Allgemeine Bedingungen für AktivER GO! Die Unfallversicherung - Plus

Invaliditätsgrad in %	Leistung in %	Invaliditätsgrad in %	Leistung in %	Invaliditätsgrad in %	Leistung in %
14	0	48	100	81	400
15	0	49	100	82	400
16	0	50	150	83	400
17	0	51	150	84	400
18	0	52	150	85	400
19	0	53	150	86	400
20	50	54	150	87	400
21	50	55	150	88	400
22	50	56	150	89	400
23	50	57	150	90	500
24	50	58	150	91	500
25	50	59	150	92	500
26	50	60	200	93	500
27	50	61	200	94	500
28	50	62	200	95	500
29	50	63	200	96	500
30	75	64	200	97	500
31	75	65	200	98	500
32	75	66	200	99	500
33	75	67	200	100	500
34	75				

7.7.2 Behinderten Mehraufwand

Beträgt der Invaliditätsgrad mindestens 80 %, bieten wir zusätzlich - über die gewählte Versicherungssumme hinausgehend - folgende Leistungen an:

- Übernahme der Kosten für einen behindertengerechten Umbau des vom Verunfallten selbst bewohnten Hauses oder der selbst bewohnten Wohnung.
- Übernahme der Kosten für einen Umzug in ein anderes behindertengerechtes Haus oder in eine entsprechende Wohnung in Österreich.
- Übernahme der Kosten für eine unfallbedingte Umrüstung eines Kraftfahrzeuges.

Alle genannten Leistungen zusammen sind mit 25 % der vereinbarten Versicherungssumme für Invalidität begrenzt. Diese Leistung erbringen wir innerhalb von drei Jahren.

7.8 Kapitaleistung bei Dauerinvalidität - ohne Progression

Die versicherte Leistung wird bei Vorliegen einer dauernden Invalidität gemäß Punkt 7.2 bis 7.5 - Dauerinvalidität/Art und Höhe der Leistung - und nach Anwendung der Bestimmung über die sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes gemäß Punkt 29 erbracht.

7.9 Kapitaleistung bei Dauerinvalidität ab 20 % - ohne Progression

Abweichend von Punkt 7 - Dauerinvalidität/Art und Höhe der Leistung - entfällt die Leistung für eine Invalidität, wenn der festgestellte Invaliditätsgrad geringer als 20 % ist. Ab einem Invaliditätsgrad von 20 % wird die versicherte Leistung gemäß Punkt 7.2 bis 7.5 - Dauerinvalidität/Art und Höhe der Leistung - und nach Anwendung der Bestimmung über die sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes gemäß Punkt 29 erbracht.

7.10 Kapital-Fixeistung bei Dauerinvalidität ab 35 %

Die versicherte Leistung wird bei Vorliegen einer dauernden Invalidität gemäß Punkt 7.2 bis 7.5 - Dauerinvalidität/Art und Höhe der Leistung - und nach Anwendung der Bestimmung über die sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes gemäß Punkt 29 nach folgender Staffel erbracht:

- bei einem Invaliditätsgrad unter 35 % wird keine Leistung erbracht.
- bei einem Invaliditätsgrad von 35 % bis 49,99 % leisten wir 50 % der Versicherungssumme.
- bei einem Invaliditätsgrad ab 50 % bis 100 % leisten wir 100 % der Versicherungssumme.

Allgemeine Bedingungen für AktivER GO! Die Unfallversicherung - Plus

7.11 Kapital-Fixleistung bei Dauerinvalidität ab 50 %

Die versicherte Leistung wird bei Vorliegen einer dauernden Invalidität gemäß Punkt 7.2 bis 7.5 - Dauerinvalidität/Art und Höhe der Leistung - und nach Anwendung der Bestimmung über die sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes gemäß Punkt 29 nach folgender Staffel erbracht:

- bei einem Invaliditätsgrad unter 50 % wird keine Leistung erbracht.
- bei einem Invaliditätsgrad ab 50 % bis 100 % leisten wir 100 % der Versicherungssumme.

8. Unfallrente - Was gilt bei vereinbarter Leistung Unfallrente?

Führt der Unfall zu einer dauernden Invalidität gemäß Punkt 7 - Dauerinvalidität - von mindestens 35 % bzw. 50 %, leisten wir unabhängig vom Lebensalter der versicherten Person die vereinbarte Unfallrente. Für darunterliegende Invaliditätsgrade erbringen wir keine Leistung. Invaliditätsgrade aufgrund mehrerer Unfälle werden nicht zusammengerechnet. Punkte 7.6 und 7.7 - Dauerinvalidität/Art und Höhe der Leistung - finden keine Anwendung.

Steht unsere Leistungspflicht dem Grunde nach fest, besteht der Anspruch auf Zahlung der vereinbarten Unfallrente ab Beginn des dem Unfalltag folgenden Monatsersten.

Die versicherte Person und wir sind berechtigt den Grad der Invalidität bis zu vier Jahren nach dem Unfall erneut ärztlich bemessen zu lassen. Ergibt sich aus dieser neuerlichen ärztlichen Bemessung, dass der Grad der Invalidität unter den vertraglich vereinbarten Prozentsatz von 35 % bzw. 50 % gesunken ist, so erlischt in Abänderung die monatliche Rentenzahlung mit dem der ärztlichen Bemessung folgenden Monatsersten. Bis zu diesem Zeitpunkt bereits geleistete Rentenzahlungen werden wir nicht zurückverlangen.

Stirbt die versicherte Person innerhalb des ersten Jahres nach dem Unfall besteht kein Anspruch auf Unfallrente.

8.1 Unfallrente bei Dauerinvalidität ab 50 % - 300 Monate

Wir leisten die volle Versicherungssumme in Form einer Rente, wenn die durch den Unfall entstandene dauernde Invalidität gemäß Punkt 7.2 und 7.3 - Dauerinvalidität/Art und Höhe der Leistung - 50 % erreicht hat oder übersteigt.

Wir bezahlen die Unfallrente monatlich im Voraus solange der Leistungsempfänger lebt, jedoch mindestens für 180 Monate und längstens für 300 Monate.

8.2 Unfallrente bei Dauerinvalidität ab 50 % - lebenslang

Wir leisten die volle Versicherungssumme in Form einer Rente, wenn die durch den Unfall entstandene dauernde Invalidität gemäß Punkt 7.2 und 7.3 - Dauerinvalidität/Art und Höhe der Leistung - 50 % erreicht hat oder übersteigt.

Wir bezahlen die Unfallrente monatlich im Voraus solange der Leistungsempfänger lebt, jedoch mindestens für 240 Monate.

8.3 Unfallrente bei Dauerinvalidität ab 35 % - lebenslang

Wir leisten die halbe Versicherungssumme in Form einer Rente, wenn die durch den Unfall entstandene dauernde Invalidität gemäß Punkt 7.2 und 7.3 - Dauerinvalidität/Art und Höhe der Leistung - 35 % erreicht hat oder übersteigt. Alternativ leisten wir die volle Versicherungssumme in Form einer Rente, wenn die durch den Unfall entstandene dauernde Invalidität gemäß Punkt 7.2 und 7.3 - Dauerinvalidität/Art und Höhe der Leistung - 50 % erreicht hat oder übersteigt.

Wir bezahlen die Unfallrente monatlich im Voraus solange der Leistungsempfänger lebt, jedoch mindestens für 240 Monate.

Wenn im Polizzendokument eine "Unfallrente mit Wertsicherung" vereinbart ist, wird die monatliche Rente für die Dauer des Leistungsbezugs zum 1. Jänner jedes Jahres um 1,5 % erhöht. Diese Leistungsdynamik gilt bei lebenslangen Rentenleistungen für die ersten 25 Jahre der Rentenzahlung.

Wir sind berechtigt, die Voraussetzungen für die Rentenleistung einmal jährlich durch eine Anforderung einer Lebensbescheinigung zu überprüfen. Wird uns diese nicht innerhalb von sechs Wochen ab Anfrage übermittelt, ruht die Rentenleistung nach Fristversäumnis ab der nächsten Fälligkeit.

Für Varianten mit lebenslanger Rente kann die versicherte Person wahlweise die Auszahlung eines Ablösekapitals verlangen.

Allgemeine Bedingungen für AktivER GO! Die Unfallversicherung - Plus

Voraussetzungen dafür sind:

- Die versicherte Person muss zum Zeitpunkt der Beantragung des Ablösekapitals das 18. Lebensjahr vollendet haben.
- Wir zahlen ein Ablösekapital frühestens nach Ablauf von vier Jahren nach dem Unfall.
- Die versicherte Person muss die Ablöse innerhalb von fünf Jahren nach dem Unfall beantragen.

Die bis zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme des Ablösekapitals bereits überwiesenen Rentenleistungen werden wir dem ermittelten Ablösekapital anrechnen.

Tabelle zur Errechnung des Ablösekapitals bei lebenslangen Unfallrenten		
Anzahl der für die Berechnung heranzuziehenden Monatsrenten		
Alter der versicherten Person zum Zeitpunkt des Unfalls	Bei Rente ohne Wertsicherung	Bei Rente mit Wertsicherung
0 - 2	380	589
3 - 5	376	577
6 - 8	372	564
9 - 11	367	551
12 - 14	362	537
15 - 17	357	523
18 - 20	351	508
21 - 23	345	493
24 - 26	338	477
27 - 29	331	461
30 - 32	323	444
33 - 35	314	426
36 - 38	305	408
39 - 41	296	390
42 - 44	286	372
45 - 47	276	353
48 - 50	265	335
51 - 53	254	316
54 - 56	243	299
57 - 59	232	281
60 - 62	222	265
63 - 65	212	250
66 - 68	204	238
69 - 71	197	228
72 - 74	192	222
75 - 77	189	217
78 - 80	187	215
ab 81	186	213

Durch die Multiplikation der Anzahl der Monatsrenten (mit oder ohne Wertsicherung) und der vereinbarten Versicherungssumme für die Unfallrente zum Zeitpunkt des Unfalls errechnen wir das Ablösekapital.

9. Unfalltod - Was gilt bei vereinbarter Leistung Todesfall?

Tritt innerhalb eines Jahres vom Unfalltag an gerechnet der Tod als Folge des Unfalles ein, bezahlen wir die für den Todesfall vereinbarte Versicherungssumme. Bei Unfalltod außerhalb Österreichs erhöhen wir die vereinbarte Leistung um 50 %.

Auf die Todesfallleistung werden nur Zahlungen, die für dauernde Invalidität aus demselben Ereignis geleistet worden sind, angerechnet. Einen Mehrbetrag an Leistung für dauernde Invalidität werden wir nicht zurückverlangen.

Für Personen unter 15 Jahren leisten wir im Rahmen der Versicherungssumme nur die aufgewendeten Begräbniskosten. Zum Empfang der Begräbniskosten für Personen unter 15 Jahren ist ohne Rücksicht auf eine Bezugsberechtigung der Überbringer der

Allgemeine Bedingungen für AktivER GO! Die Unfallversicherung - Plus

Originalrechnung berechtigt.

10. Spitalgeld inklusive Genesungsgeld - Was gilt bei vereinbarter Leistung Spitalgeld inklusive Genesungsgeld?

Wir leisten Spitalgeld für jeden Kalendertag, an dem sich die versicherte Person unfallbedingt in medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung befindet. Die Leistung erbringen wir für längstens 365 Tage innerhalb von vier Jahren ab dem Unfalltag.

10.1 Als Spitäler gelten Krankenanstalten, die sanitätsbehördlich genehmigt sind, sofern diese eine ständige ärztliche Anwesenheit vorsehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen, nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft arbeiten, nicht auf die Anwendung bestimmter Behandlungsmethoden ausgerichtet sind sowie Krankengeschichten führen. Gleiches gilt für Rehabilitationszentren der Sozialversicherungsträger, Werksspitäler und Sanitätseinrichtungen des Bundesheeres.

Nicht als Spitäler gelten zum Beispiel Anstalten zur Pflege wegen Alters, Geriatrie oder mangels häuslicher Pflege und deren Krankenabteilungen, Kuranstalten, Erholungs- und Genesungsheime, ferner Krankenanstalten für psychische Erkrankungen.

10.2 Bei einem stationären Spitalsaufenthalt außerhalb Österreichs oder einem länger als 20 Tage andauernden Spitalsaufenthalt in Österreich erhöhen wir die vereinbarte Leistung um 50 %.

10.3 Bei ambulanten, unfallbedingten Operationen haben Sie Anspruch auf Spitalgeld für einen Tag.

10.4 Zusätzlich bezahlen wir Genesungsgeld im Anschluss an den Spitalsaufenthalt für die gleiche Anzahl von Tagen, die der Spitalsaufenthalt gedauert hat, längstens jedoch für 100 Tage je Unfall, in folgender Höhe der vereinbarten Versicherungssumme für Spitalgeld:

- für den 1. bis 10. Tag: 100 %
- für den 11. bis 20. Tag: 50 %
- für den 21. bis 100. Tag: 25 %

Mehrere stationäre Spitalsaufenthalte wegen desselben Unfalles werden wie ein ununterbrochener Spitalsaufenthalt gewertet.

11. Heilkosten inklusive Kosmetische Operationen - Was gilt bei vereinbarter Leistung Heilkosten inklusive Kosmetische Operationen?

Bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme Heilkosten inklusive Kosmetische Operationen werden von uns Kosten ersetzt, sofern sie innerhalb von vier Jahren vom Unfalltag an gerechnet entstehen und soweit nicht von einem Sozialversicherungsträger Ersatz zu leisten ist oder von einem sonstigen Leistungsträger Ersatz geleistet wurde. Die Versicherungssumme für Heilkosten inklusive den beschriebenen Erweiterungen gemäß den Punkten 11.1 bis 11.4 steht pro Unfallereignis gesamt einmal zur Verfügung.

11.1 Heilkosten

Heilkosten sind jene Kosten, die zur Behebung der Unfallfolgen aufgewendet wurden und nach ärztlicher Verordnung notwendig waren. Dazu zählen auch die notwendigen Kosten des Verletztentransportes zu medizinisch verordneten Heilbehandlungen bei unfallkausaler Gehunfähigkeit der versicherten Person. Wir sehen die Gehunfähigkeit dann gegeben, wenn die versicherte Person die Heilbehandlung aus eigener Kraft nicht aufsuchen kann.

Wir leisten diesen Kostenersatz

- bis zur Versicherungssumme für konzessionierte Transportunternehmen (auch Krankenwagen, Krankentaxi) und öffentliche Verkehrsmittel;
- bis 250 Euro je Versicherungsfall für amtliches Kilometergeld bei Fahrten mit dem Privat-PKW.

Wir versichern auch medizinisch notwendige Heilkosten in sanitätsbehördlich genehmigten Krankenhäusern und privaten Sanatorien. Das bedeutet, wir übernehmen für stationäre oder ambulante Behandlungen von Unfallfolgen:

- die privaten Ordinationskosten
- die privaten Operationskosten
- die Kosten für physiotherapeutische Behandlungen

Nicht versichert gelten Kosten für Kur-, Bade-, Erholungsreisen und -aufenthalte.

Allgemeine Bedingungen für AktivER GO! Die Unfallversicherung - Plus

Versichert gelten zur Behebung von Unfallfolgen nach ärztlichem Ermessen auch:

- erstmalige Anschaffung von künstlichen Gliedmaßen
- erstmalige Anschaffung eines Zahnersatzes
- andere erstmalige Anschaffungen
- Castverband (Kunststoffgips)

Für Kosten der Reparatur oder der Wiederbeschaffung für vor dem Unfall vorhandene künstliche Gliedmaßen, Zahnersätze oder sonstiger künstlicher Behelfe leisten wir unter folgenden Voraussetzungen:

- Die Beschädigung muss im unmittelbaren Zusammenhang mit einem gleichzeitig eintretenden versicherten Unfallereignis stehen, bei dem eine Körperverletzung eintritt und eine ärztliche Behandlung oder Versorgung erfordert.
- Der Versicherte muss dem Versicherer eine schriftliche Bestätigung über die medizinische Erstversorgung durch den behandelnden Arzt oder das behandelnde Spital, die aufgrund der erlittenen Gesundheitsschädigung erfolgt ist, überbringen.

Wir leisten Kostenersatz bis zum ursprünglichen Wertausmaß - gleiche Qualität und Ausstattungskategorie wie vor dem Unfall - im Rahmen der vereinbarten Summe für Heilkosten.

Nicht versichert gelten: Ausbeißen von Zähnen bzw. Teilen von Zähnen.

Versichert gelten auch Leihgebühren für Heilbehelfe - wie z. B. Krücken, Rollstühle.

Nicht versichert gelten: Anschaffung von Trainingsgeräten.

11.2 Alternative Heilmethoden

Die Kosten für Aufwendungen der traditionellen chinesischen Medizin (TCM), insbesondere:

- Akupunktur (Nadelung inklusive Schröpfen und Moxibustion)
- Massage (Tuina Anmo, Gua Sha oder Shiatsu)
- Bewegungslehre (Qigong und Taijiquan)
- Diätetik (Ernährungslehre)
- Heilkräutertherapie (beinhaltet pflanzliche, mineralische und tierische Stoffe)

Die Kosten werden bis maximal 20 % der vereinbarten Versicherungssumme für Heilkosten auch ohne ärztliche Verordnung ersetzt.

11.3 Begleitkosten

Das sind die stationären Kosten für Unterkunft und Verpflegung einer erwachsenen Person, wenn das versicherte Kind zumindest 24 Stunden stationär in einem Krankenhaus aufgenommen wird. Dieser Kostenersatz gilt für eine Begleitperson von Kindern bis zum vollendeten 15. Lebensjahr.

11.4 Selbstbehalt bei Krankenhausaufenthalt

Wird vom zuständigen Sozialversicherungsträger bei einem stationären Krankenhausaufenthalt in der allgemeinen Gebührenklasse ein Selbstbehalt verrechnet, werden wir diesen im Rahmen der Versicherungssumme für Heilkosten ersetzen.

Nicht versichert gelten verrechnete Selbstbehalte im Rahmen von Kur-, Bade-, Erholungsreisen und -aufenthalte.

11.5 Kosmetische Operationen

Zur Verfügung steht die vierfache Versicherungssumme für Heilkosten. Ersetzt werden die Kosten für **Kosmetische Operationen**, die notwendig werden, weil durch einen Unfall die Körperoberfläche der versicherten Person derart verunstaltet wird, dass nach Abschluss der Heilbehandlung ihr äußeres Erscheinungsbild nach objektiven medizinischen Gesichtspunkten dauernd beeinträchtigt ist. Unterzieht sich die versicherte Person zur Beseitigung dieser Folgen einer **kosmetischen Operation**, übernehmen wir die dafür aufgewandten Kosten für Arzthonorare, Medikamente und ärztlich verordnete Heilmittel sowie Kosten für die Unterbringung und Verpflegung im Spital.

Nicht versichert gelten: Kosten für zusätzliche Nahrungs- und Genussmittel, für Bade- und Erholungsreisen sowie für häusliche Krankenpflege.

12. Taggeld - Was gilt bei vereinbarter Leistung Taggeld?

Wir leisten Taggeld bei dauernder oder vorübergehender Invalidität für den Zeitraum der vollständigen Arbeitsunfähigkeit im Beruf oder in der entgeltlichen Beschäftigung der versicherten Person für längstens 365 Tage innerhalb von vier Jahren ab dem Unfalltag.

Übt die versicherte Person im Unfallzeitpunkt keinen Beruf aus, wird die Dauer der Arbeitsunfähigkeit nach allgemeiner medizinischer Erfahrung bzw. nach Maßgabe der unfallbedingten Beeinträchtigung körperlicher oder geistiger Funktionen ermittelt.

Im Falle des Unfallereignisses werden wir ab dem 43. Tag der vollständigen und ununterbrochenen Arbeitsunfähigkeit die Taggeldleistung ab diesem Tag um 20 % erhöhen. Wird eine Karenzfrist vereinbart und auf der Polizze vermerkt, so leisten wir das Taggeld erst nach Ablauf und unter Abzug dieser Karenzfrist.

Die Vereinbarung des Taggeldes endet mit Ablauf des Monats, in dem die versicherte Person die berufliche Tätigkeit oder entgeltliche Beschäftigung beendet und uns dies in geschriebener Form anzeigt. Jedenfalls endet die Mitversicherung des Taggeldes mit Ablauf des Monats, in dem die versicherte Person das 70. Lebensjahr vollendet, ohne dass es einer Kündigung bedarf. Mit Entfall der Vereinbarung des Taggeldes werden wir die dafür anfallenden Prämienanteile nicht mehr verrechnen.

Diese Vereinbarung unterliegt keiner Wertanpassung.

13. Knochenbruch - Was gilt bei vereinbarter Leistung Knochenbruch?

Wenn die versicherte Person durch einen Unfall einen Knochenbruch erleidet, zahlen wir eine Pauschalleistung - unabhängig von der Anzahl der gebrochenen Knochen - in folgender Höhe:

- 250 Euro für einen Zehen-, Finger- oder Nasenbeinbruch
- 500 Euro für alle anderen Knochenbrüche

Der Knochenbruch - versichert ist auch ein knöcherner Abriss einer Sehne, eine Knochenabsplitterung oder eine Fissur (Haarriss) - muss unmittelbar nach dem Unfallereignis radiologisch dokumentiert sein. Bei Kindern bis zum 18. Lebensjahr leisten wir auch bei einer durch einen Unfall verletzten und folgend therapierten Wachstumsfuge.

Diese Vereinbarung unterliegt keiner Wertanpassung.

14. Fixkosten - Was gilt bei vereinbarter Leistung Fixkosten?

Im Falle eines Unfallereignisses (gemäß Punkt 6 - Was ist ein Unfall) mit 100 %iger unfallkausaler Arbeitsunfähigkeit leisten wir ab dem 43. Tag der ununterbrochenen Arbeitsunfähigkeit die monatlichen Verbindlichkeiten der verunfallten versicherten Person für:

- Wohnungsmiete und/oder Betriebskosten des Hauptwohnsitzes
- Kosten für Strom, Gas und Heizung für den Hauptwohnsitz
- Kreditzahlungen für Wohnraumschaffung bzw. Wohnraumsanierung für den Hauptwohnsitz
- Kreditzahlungen für Kraftfahrzeuge inklusive Leasingraten
- Kindergarten- und Schulgeld inklusive Internatskosten
- Versicherungsprämien für private Versicherungsverträge
- Alimente (das sind von einem Gericht oder aufgrund privater Vereinbarung festgesetzte Geldbeträge zur ausschließlichen Bedürfnisdeckung eines Kindes oder geschiedenen Ehepartners)

Versichert ist der in der Polizze angeführte und berufstätige Versicherungsnehmer, wobei dieser gleichzeitig versicherte Person sein muss, bzw. der berufstätige mitversicherte Lebenspartner im Zeitpunkt des Versicherungsfalles.

Die Deckung für Fixkosten besteht ab dem 15. Lebensjahr. Sie endet mit dem Pensionsantritt bzw. Ruhestand der versicherten Person, spätestens aber mit jenem Versicherungsjahr, in dem sie ihr 70. Lebensjahr vollendet.

Ab dem 43. Tag der vollständigen Arbeitsunfähigkeit ersetzen wir die nachgewiesenen Verbindlichkeiten, welche vom Unfalltag an fällig geworden sind, gesamt bis maximal 1.800 Euro pro angefangenem Monat, längstens zwölf Monate. Es ist dabei unerheblich, wer in der Lebens- oder Ehegemeinschaft diese Kosten tatsächlich bezahlt. Diese Fixkosten müssen aber bereits vor dem konkreten Unfallereignis bestanden haben.

Als arbeitsunfähig gilt, wer infolge objektiv nachweisbarer Körperverletzung durch ein Unfallereignis gemäß Punkt 6 - Was ist ein Unfall - vollständig (zu 100 %) außerstande ist, seinen Beruf oder eine andere, im Hinblick auf seine Kenntnisse und Fähigkeiten zumutbare Erwerbstätigkeit auszuüben. Kein Anspruch auf diese Leistung besteht daher:

Allgemeine Bedingungen für AktivER GO! Die Unfallversicherung - Plus

- bei nur teilweiser Arbeitsunfähigkeit
- bei einer Körperverletzung durch ein Ereignis im Sinne der Ausschlussbestimmungen des Punkt 26
- bei einer Körperverletzung als Folge missbräuchlichen Genusses von Alkohol oder Suchtgiften

Innerhalb von vier Wochen nach Ablauf der 42-tägigen Wartefrist muss uns ein vom behandelnden Arzt ausgestelltes Zeugnis vorgelegt werden. Aus diesem müssen Art der Körperverletzung, die voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit und der Tag, von dem an ununterbrochene Arbeitsunfähigkeit besteht, hervorgehen.

Wir sind berechtigt, weitere Nachweise zu verlangen, welche das ununterbrochene Fortbestehen der vollständigen Arbeitsunfähigkeit bestätigen. Wir dürfen auf eigene Kosten jederzeit eine ärztliche Untersuchung der versicherten Person durch einen von uns genannten Arzt verlangen.

Innerhalb von vier Wochen nach Beendigung der Arbeitsunfähigkeit muss uns ein weiteres Zeugnis des behandelnden Arztes vorgelegt werden, durch das deren Beendigung bestätigt wird. Für den Fall, dass diese Meldung unterlassen oder eine von uns verlangte ärztliche Untersuchung verweigert wird, erlischt der Anspruch auf Ersatz der Fixkosten rückwirkend auf das Ende jenes Zeitraums, für den die Arbeitsunfähigkeit ordnungsgemäß nachgewiesen wurde. Wir sind daher berechtigt zu viel bezogene Leistungen zurückzuverlangen.

Diese Vereinbarung unterliegt keiner Wertanpassung.

15. SOS Service - Was gilt bei vereinbarter Leistung SOS Service?

Voraussetzung ist, dass der Schadenfall unverzüglich über unsere Notrufnummern 0800 216 006 (für Unfallereignisse in Österreich) oder +43 1 216 0 006 (für Unfallereignisse im Ausland) gemeldet wird.

15.1 Begriffsbestimmungen

15.1.1 Notfall

Ein Notfall ist ein Ereignis - resultierend aus einem Unfall einer versicherten Person - welches sofortige Maßnahmen erfordert, um den Eintritt eines im Rahmen des abgeschlossenen Versicherungsvertrages erfassten Schaden an den versicherten Personen und/oder Haustieren abzuwenden, zu mindern oder Folgeschäden an den versicherten Personen und/oder Haustieren zu vermeiden.

Ein Notfall ist es auch nur dann, wenn diese erforderlichen sofortigen Maßnahmen auch nicht durch eine mit der versicherten Person im gemeinsamen Haushalt lebende Person verrichtet werden können.

15.1.2 Wohnsitz

Als Wohnsitz gilt der ständige Wohnsitz (Lebensmittelpunkt) der versicherten Person in Österreich.

15.1.3 Nahestehende Personen

Nahestehende Personen sind Eltern, Kinder, Ehepartner bzw. Lebensgefährte, Enkel, Geschwister, Großeltern, Schwiegereltern und Schwiegerkinder.

15.1.4 Erkrankung

Eine Erkrankung ist ein nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft anormaler körperlicher oder geistiger Zustand.

15.1.5 Reise

Eine Reise ist jede Abwesenheit der versicherten Person von ihrem Wohnsitz mit mindestens einer Übernachtung (hier ist der Nachweis der Übernachtung zu erbringen und der Schadenort darf nicht der Wohnsitz/Arbeitsplatz des Versicherungsnehmers bzw. der versicherten Person/en sein) bis zu einer Höchstdauer von fortlaufend 15 Wochen. Bei Reisen, die ausschließlich oder überwiegend beruflichen Zwecken dienen, besteht Versicherungsschutz für maximal 14 Tage.

15.2 Informationsleistungen - Telefonische Soforthilfe

15.2.1 24 Stunden - Notdienst

In einem Notfall informiert die Einsatzzentrale unter Berücksichtigung des Datenschutzes über:

- Ärzte, Zahn- und sonstige Fachärzte, deren Adressen, Telefonnummern und Ordinationszeiten (ohne Urlaubszeiten)

Allgemeine Bedingungen für AktivER GO! Die Unfallversicherung - Plus

- Nächstgelegene Apotheken (Nacht- bzw. Wochenenddienste)
- Krankenhäuser (nächstgelegene Krankenhäuser)
- Dolmetscher Service bzw. Telefonnummer und Adresse eines Dolmetschers für die gewünschte Sprache
- Rechtsanwälte mit diversen Sprachkenntnissen

Geltungsbereich: Europa

15.2.2 24 Stunden - Reiseinformationen

Vor oder während einer Reise informiert die Einsatzzentrale über:

- Impf- und Gesundheitsbestimmungen im Ausland
- Ein-, Durch- und Weiterreisebestimmungen (Visum und ähnliches)
- Devisenbestimmungen, Währung (Höhe der Ein- bzw. Ausfuhr von Landeswährung)
- Fremdenverkehrsämter des Urlaubslandes
- Diplomatische und konsularische Vertretung Österreichs im Urlaubsland
- Fluggesellschaften (Adressen der verschiedenen Fluggesellschaften, Telefonnummer und Öffnungszeiten)
- Reisewege, Verkehrsmittel, Fahrtkosten, Flugverbindungen und -Gesellschaften
- Hotels, Pensionen und Campingplätze
- Klimatische Bedingungen
- Sehenswürdigkeiten
- Reisetipp: Restaurants & Clubs (in Städten)
- Informationen über medizinische Versorgungsmöglichkeiten vor Ort (Ärzte, Zahnärzte, Krankenhäuser vor Ort)

Geltungsbereich: Weltweit

15.3 Leistungen nach einem Unfall gemäß Punkt 6 - Was ist ein Unfall

15.3.1 Such-, Rettungs- und Bergungsaktionen

Wir erbringen diese Leistung, wenn die versicherte Person oder deren mitgeführter Hund durch einen Unfall oder infolge Berg-, See- oder Wassernot verletzt oder unverletzt geborgen werden muss oder den Tod erleidet und ihre Bergung erfolgen muss.

Bergungskosten sind die nachgewiesenen Kosten des Suchens und des Transportes bis zur nächsten befahrbaren Straße oder bis zu dem den Unfallort nächstgelegenen Krankenhauses. Die Leistung wird erbracht, soweit nicht von einem Sozialversicherungsträger Ersatz zu leisten ist oder von einem sonstigen Leistungsträger Ersatz geleistet wurde.

Bergnot liegt vor, wenn die versicherte Person oder deren mitgeführter Hund in alpinem Gelände durch dafür typische Gefahren (z.B. Lawine, Steinschlag, Wettersturz, Verlust der Orientierung) in eine Zwangs- oder Notlage gerät.

See- bzw. Wassernot liegt vor, wenn die versicherte Person oder deren mitgeführter Hund durch außergewöhnliche Wassermassen (z.B. Überschwemmung, Sturmflut) oder außergewöhnliche Wetterverhältnisse (z.B. Sturm, Unwetter) während des Aufenthalts auf Wasserflächen in eine Zwangs- oder Notlage gerät.

Für diese Deckung bedarf es nicht der Meldung über die SOS Service-Notrufnummer.

Kostenübernahme: Kosten der Such-, Rettungs- und Bergeaktion bis maximal 250.000 Euro
Die Kostenübernahme ist mit den ersten acht aufeinander folgenden Tagen der Aktion begrenzt.
Innerhalb dieser Summe stehen 30.000 Euro für den erforderlichen Einsatz eines Notarzt-Hubschraubers zur Verfügung. Nicht ersetzt werden diese Kosten bei Berufs- oder Verkehrsunfällen in Österreich.

Geltungsbereich: Weltweit

15.3.2 Behandlungskosten

Allgemeine Bedingungen für AktivER GO! Die Unfallversicherung - Plus

Wir übernehmen nach einem Unfall folgende Behandlungskosten pro versichertes Ereignis:

- Ambulante ärztliche Behandlung inklusive verordneter Heilmittel
- Stationäre Behandlung

Wir unterstützen bei der Notfallaufnahme in das nächstgelegene, geeignete Krankenhaus, das allgemein anerkannt ist und unter ständiger ärztlicher Leitung steht. Kostenübernahme besteht im unten genannten Rahmen für die stationäre Heilbehandlung inklusive Operations- und Operationsnebenkosten.

- Medikamenten- und Seren-Transport

Benötigt eine versicherte Person verschreibungspflichtige Medikamente, die sie am Aufenthaltsort nicht erhält und können diese auch nicht durch ein anderes Arzneimittel ersetzt werden, veranlassen wir im Einvernehmen mit einem Arzt die Zusendung vom nächstgelegenen Depot und übernehmen die Versandkosten innerhalb des unten genannten Limits, nicht jedoch die Übernahme der Kosten für die Medikamente selbst.

Kostenübernahme: Pro versichertes Ereignis bis maximal 250.000 Euro

Geltungsbereich: Weltweit - außerhalb Österreichs

15.3.3 Verletztenrücktransport

Verunfallt auf einer Reise die versicherte Person, organisieren wir einen aus medizinischen Gründen notwendigen und ärztlich verordneten Rücktransport zum ständigen Wohnsitz (Lebensmittelpunkt) der versicherten Person oder - sofern wegen der Art der Erkrankung oder Verletzung erforderlich - an einen anderen Ort innerhalb Österreichs.

Wenn medizinisch notwendig, wird der Verunfallte mit einem Ambulanzjet geflogen. Art und Zeit des Rücktransportes müssen medizinisch notwendig und ärztlich angeordnet sein. Die medizinische Notwendigkeit wird durch den behandelnden Arzt oder Vertrauensarzt festgestellt. Sie ist vor allem dann gegeben, wenn eine lebensbedrohende Unfallverletzung vorliegt oder die medizinische Versorgung vor Ort als unzureichend eingeschätzt wird.

Kostenübernahme: Pro versichertes Ereignis bis maximal 250.000 Euro

Geltungsbereich: Weltweit

15.3.4 Rückreise nach einem dreitägigen Krankenhausaufenthalt

Unabhängig von der medizinischen Notwendigkeit organisieren wir auf Wunsch nach einem unfallbedingten, mindestens dreitägigem Krankenhausaufenthalt eine - je nach Zustand der versicherten Person vom behandelnden Arzt festgelegte - adäquate Rückreise zum ständigen Wohnsitz (Lebensmittelpunkt) der versicherten Person. Der Transport erfolgt - wenn notwendig mit Arztbegleitung - mit den Transportmitteln Eisenbahn, Autobus, Rettungswagen oder Flugzeug (nicht jedoch Ambulanzjet).

Kostenübernahme: Pro versichertes Ereignis für Mehrkosten bis maximal 50.000 Euro

Geltungsbereich: Weltweit

15.3.5 Verletztentransport

Wir organisieren bzw. koordinieren nach einem Unfall:

- die Notfallaufnahme in einem Krankenhaus
- den Transport vom Unfallort in ein Krankenhaus
- bei medizinischer Notwendigkeit eine Verlegung vom Erstversorger-Krankenhaus in ein anderes, besser geeignetes Krankenhaus.

Kostenübernahme: Pro versichertes Ereignis bis maximal 50.000 Euro

Geltungsbereich: Weltweit - außerhalb Österreichs

15.3.6 Hilfe im Todesfall

Nach einem tödlichen Unfall der versicherten Person im Ausland organisieren wir die Überführung an den ehemaligen ständigen Wohnsitz (Lebensmittelpunkt) in Österreich. Anstelle der Rückführung in das Heimatland

Allgemeine Bedingungen für AktivER GO! Die Unfallversicherung - Plus

übernehmen wir in Abstimmung mit den Angehörigen die Organisation der Bestattung im Ausland.

Kostenübernahme: Pro versichertes Ereignis bis maximal 50.000 Euro für die Überführung der sterblichen Überreste zum ehemaligen ständigen Wohnsitz (Lebensmittelpunkt)
Bei einer Bestattung im Ausland übernehmen wir höchstens die landesüblichen Kosten. Diese Kosten dürfen jene Kosten, die durch eine Überführung zum ehemaligen ständigen Wohnsitz (Lebensmittelpunkt) entstanden wären, nicht überschreiten.

Geltungsbereich: Weltweit - außerhalb Österreichs

15.3.7 Heimreise eines Mitreisenden bei einem Rücktransport/einer Rückreise

Wir ersetzen die notwendigen und nachgewiesenen Mehrkosten für die Heimreise einer mitreisenden Person ins Heimatland, wenn die Reise dort begonnen hat. Voraussetzung für die Übernahme der Mehrkosten ist, dass die mitreisende Person ihren gebuchten Aufenthalt aufgrund

- des Heimtransportes oder der Überführung der versicherten Person vorzeitig beenden muss.
- eines Krankenhausaufenthaltes der versicherten Person verlängern muss.

Die Heimreise wird zum ehest möglichen Zeitpunkt organisiert und erfolgt mit dem preisgünstigsten in Betracht kommenden Verkehrsmittel. Im Ambulanzjet erfolgt eine Mitnahme nur bei ausreichendem Platz im Flugzeug.

Kostenübernahme: Pro versichertes Ereignis für Mehrkosten der vorzeitigen/verspäteten Heimreise bis maximal 50.000 Euro

Geltungsbereich: Weltweit - außerhalb Österreichs

15.3.8 Rückreise der Kinder aus dem Ausland mit Begleitung

Können mitreisende Kinder unter 16 Jahren auf einer Reise infolge Todes oder Unfalls der versicherten Person weder von diesem noch von einem anderen Familienangehörigen betreut werden, sorgen wir für die Reise einer von der versicherten Person beauftragten Person zum Aufenthaltsort und zurück zum ehemaligen ständigen Wohnsitz (Lebensmittelpunkt) der versicherten Person. Die Abholung wird zum ehest möglichen Zeitpunkt organisiert und erfolgt mit dem preisgünstigsten in Betracht kommenden Verkehrsmittel.

Kostenübernahme: Anfallende Kosten bis maximal 50.000 Euro für die Abholung der Kinder durch eine Vertrauensperson des Versicherungsnehmers bzw. durch eine andere Begleitperson

Geltungsbereich: Weltweit - außerhalb Österreichs

15.3.9 Besuch des Verunglückten durch einen Familienangehörigen

Muss sich der Verunglückte auf seiner Auslandsreise infolge eines Unfalls länger als sieben Tage ununterbrochen im Krankenhaus aufhalten, organisieren wir die Hin- und Rückreise und die Übernachtung einer nahestehenden Person.

Kostenübernahme: Fahrtkosten für die Hin- und Rückreise und die Übernachtungskosten für höchstens vier Übernachtungen bis maximal 100 Euro pro Nacht

Geltungsbereich: Weltweit - außerhalb Österreichs

15.3.10 Hotelübernachtung eines Mitreisenden bis zum Rücktransport/zur Rückreise der verunglückten Person

Werden aufgrund eines Unfalls einer versicherten Person weitere Nächtigungen erforderlich, weil diese aufgrund eines Verletztentransportes entstehen, organisieren wir Hotelübernachtungen für eine mitreisende Person bis zum Zeitpunkt, an dem ein Verletztenrücktransport erfolgen kann.

Kostenübernahme: Bis sieben Übernachtungen, maximal 100 Euro pro Nacht

Allgemeine Bedingungen für AktivER GO! Die Unfallversicherung - Plus

Geltungsbereich: Weltweit - außerhalb Österreichs

15.3.11 Reiserückruf - Service

Erweist sich infolge Todes oder schwerer Erkrankung bzw. Unfalles einer nahestehenden versicherten Person von versicherten Personen in Österreich der Rückruf von einer Reise durch öffentliche Medien als notwendig, werden die erforderlichen Maßnahmen von uns organisiert.

Kostenübernahme: Für die Kosten des Reiserückrufs

Geltungsbereich: Weltweit - außerhalb Österreichs

15.3.12 Nachrichtenübermittlung

Ist es den versicherten Personen aufgrund eines Todesfalles, lebensbedrohenden Unfalles, finanzieller Notlage oder behördlicher Einschränkungen nicht möglich, selbst eine nahestehende Person oder den Arbeitgeber zu benachrichtigen, sorgen wir dafür.

Kostenübernahme: Für anfallende Telefon- bzw. Faxkosten bis zu drei Versuchen

Geltungsbereich: Weltweit - außerhalb Österreichs

15.3.13 Kostenvorschuss

Wir bevorschussen im Notfall gegen Bankgarantie:

- eine Strafkautions bis maximal 15.000 Euro
Werden versicherte Personen aufgrund eines Unfalls verhaftet oder mit Haft bedroht, bevorschussen wir die von den Behörden eventuell verlangte Strafkautions sowie die in diesem Zusammenhang anfallenden Gerichtskosten bis zum oben angeführten Limit pro versichertes Ereignis.
- Anwaltskosten bis maximal 5.000 Euro
Werden versicherte Personen aufgrund eines Unfalls verhaftet oder mit Haft bedroht, bevorschussen wir die notwendigen Kosten eines Rechtsvertreters bis zum oben angeführten Limit pro versichertes Ereignis. Wir sind bei der Suche und Beauftragung eines Rechtsvertreters behilflich.
- Bargeldvorschuss bis maximal 3.000 Euro
Befinden sich versicherte Personen infolge Abhandenkommens von Zahlungsmitteln in einer Notlage und kann keine der versicherten Personen Bargeld vor Ort allenfalls unter Einschaltung der konsularischen Vertretung beschaffen, stellen wir die Verbindung zur Hausbank der versicherten Person her.
Ist die Kontaktaufnahme zur Hausbank nicht innerhalb von 24 Stunden nach dem der Schadenmeldung folgenden Werktag möglich, kann die versicherte Person einen Vorschuss bis zum oben angeführten Limit in der jeweiligen Landeswährung in Anspruch nehmen. Wir übernehmen die etwaigen Kosten des Geldtransfers.

Geltungsbereich: Weltweit - außerhalb Österreichs

- Organisation eines Dolmetschers oder Kostenvorschuss bis maximal 3.000 Euro
Bei Verständigungsschwierigkeiten mit der Polizei, den Behörden oder medizinischen Einrichtungen nach einem Unfall, vermitteln wir bei Bedarf einen Dolmetscher und bevorschussen die notwendigen Kosten des Dolmetschers bis zum oben angeführten Limit pro versichertes Ereignis.

Geltungsbereich: Weltweit - ausgenommen Länder mit Amtssprache Deutsch

Bitte beachten Sie: Wir bevorschussen nur gegen Rückzahlungsverpflichtung. Der Kostenvorschuss ist von der versicherten Person spätestens innerhalb von drei Monaten ab Überbringung des Vorschusses zurückzuzahlen. Mitversicherte Personen haften solidarisch mit der versicherten Person für die für sie geleisteten Vorschüsse.

15.4 Umfangreiche Hilfe nach einem Unfall gemäß Punkt 6 - Was ist ein Unfall

Pflege- und Haushaltsservice

Ist die versicherte Person - oder eine mit der versicherten Person im gemeinsamen Haushalt lebende Person - nicht in der Lage, die unten aufgezählten Leistungen selbst zu verrichten, organisieren wir nach einem unfallbedingtem Knochenbruch, Bänderriss oder nach einem unfallbedingtem, mindestens 24-stündigem Krankenhausaufenthalt eine Pflege-/Haushaltshilfe.

Allgemeine Bedingungen für AktivER GO! Die Unfallversicherung - Plus

Eine versicherte Person gilt vor allem dann als pflegebedürftig, wenn sie dauernd bettlägerig ist und ohne fremde Hilfe nicht aufstehen kann.

Wir übernehmen die Organisation und Kostenübernahme für diese Dienstleistungen für folgende Aktivitäten:

- Einkaufen und Essenslieferdienst (aber keine Kostenübernahme für gekaufte oder gelieferte Ware)
- Wohnungsreinigung inklusive Haushaltsabfallentsorgung
- Wäschendienst (Waschen und Bügeln)
- Übernahme oder Begleitung von Behördenwegen
- Blumengießen, Gartenpflege, Schnee-, Eisräumung
- Häusliche Pflege (Grundpflege bis maximal drei Stunden/Tag)
- Kinderbetreuung inklusive Chauffeurdienst für Kindergarten- oder Schulbesuche bis zum 15. Lebensjahr
- Nachhilfeunterricht für den verunfallten Schüler, wenn ein Schulbesuch aufgrund der Unfallfolgen nicht möglich ist
- Haustierversorgung (Füttern, Spazieren, erforderliche Tierarztbesuche) für die als Haustiere gehaltenen Kleintiere wie Hunde, Katzen, Hamster, Meerschweinchen, Hasen, Fische und Vögel (aber keine Kostenübernahme für Futter)
- Hausnotruf in Form von Notrufbutton oder Bewegungssensoren
- Einkaufen oder Lieferdienst für Medikamente, Pflege- und Schmerzmittel
- Medizinische Matratzen, Kostenübernahme bis maximal 500 Euro
- Mobile Haar-, Finger- und Fußpflege (jeweils alle zwei Monate)
- Psychologische Beratung der versicherten Person, wenn sie einen Unfall mit einer zu erwartenden dauernden Invaldität von mindestens 35 % erleidet. Diese Beratung gilt auch bei Tod der versicherten Person für, in der Police mitversicherte, Angehörige.

Kostenübernahme: Bis maximal 5.000 Euro pro Versicherungsfall innerhalb eines Jahres vom Unfalltag an gerechnet

Wir ersetzen die nachgewiesenen Kosten innerhalb der ersten zwölf Monate, vom Unfalltag an gerechnet, abzüglich der Vergütung durch einen Sozialversicherungsträger (Voreinreichung).

Diese Vereinbarung unterliegt keiner Wertanpassung.

16. REHA-Management - Was gilt bei vereinbarter Leistung REHA-Management?

Wir unterstützen Sie nach Eintritt eines Versicherungsfalles bei medizinischer, sozialer oder beruflicher Rehabilitation mit dem Einsatz des REHA-Managements. Voraussetzungen dafür sind:

- Versicherungsfall mit Dauerfolgen und ärztlich angeordnetem stationären REHA-Aufenthalt von mindestens drei Wochen
- Anforderung eines Rehabilitations-Managers vor Inanspruchnahme dieser Leistungen über unsere Notrufnummern 0800 216 006 (in Österreich) oder +43 1 216 0 006 (aus dem Ausland)

16.1 Begriffsbestimmungen

16.1.1 Versicherungsfall

Versicherungsfall ist der dem Anspruch zugrundeliegende Unfall gemäß Punkt 6 - Was ist ein Unfall.

16.1.2 Wohnsitz

Als Wohnsitz gilt der ständige Wohnsitz (Lebensmittelpunkt) der versicherten Person in Österreich.

16.1.3 Nahestehende Personen

Nahestehende Personen sind Eltern, Kinder, Ehepartner bzw. Lebensgefährte, Enkel, Geschwister, Großeltern, Schwiegereltern und Schwiegerkinder.

16.2 Rehabilitationsmanagement

Medizinische, soziale und berufliche Rehabilitation innerhalb von drei Jahren (für Personen unter 15 Jahren innerhalb von fünf Jahren) ab dem Unfalltag.

Wir leisten Kostenersatz pro versichertes Unfallereignis bis maximal 15.000 Euro.

16.2.1 Medizinische Rehabilitation, Begleitung, Organisation und Koordination

- der Rehabilitationsmaßnahmen
- von Therapien (Physio-, Logo-, Bewegungs-, Wärme- und Kälte-, Elektro- sowie Unterwassertherapie und

Allgemeine Bedingungen für AktivER GO! Die Unfallversicherung - Plus

- Massagen durch zur selbständigen Berufsausübung Berechtigte)
- von Behandlungen in Rehabilitationseinrichtungen

16.2.2 Soziale Rehabilitation

- Hilfestellung bei Kontakten zu Ämtern/Behörden, Sozialversicherungsträgern, Versicherungen, etc.
- Organisation von Transport, Pflege, Essen auf Rädern, Haushaltshilfen, etc.
- Herstellung von Kontakten zu spezialisierten Bauunternehmen und Architekten zur Analyse und Planung von notwendigen baulichen Adaptierungen des Wohnraumes sowie Hilfestellung bei der Organisation einer behindertengerechten Wohnung/eines behindertengerechten Hauses
- Organisation und Hilfestellung bei Beschaffung eines behindertengerechten Fahrzeuges, eines Fahrzeugumbaus und Beantragung eines Behinderten-Parkplatzes
- Findung geeigneter Selbsthilfegruppen
- Organisation für behinderte Kinder und Jugendliche spezialisierte Kindergärten, Tagesmütter oder Schulen
- Hilfestellung bei Inanspruchnahme der öffentlichen Verkehrsmittel
- Vermittlung von Nachhilfeunterricht

16.2.3 Berufliche Rehabilitation

- Perspektivenentwicklung mit umfangreicher Diagnostik, Berufsorientierung und Berufsfindung
- Maßnahmenentwicklung und Organisation der beruflichen Qualifikation
- Schnittstelle zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer zur Umsetzung von arbeitsrelevanten Maßnahmen am Arbeitsplatz

16.2.4 Sportliche Rehabilitation

- Analyse und Recherche: Medizinischer Status und Entwicklung, Umfeld, Sportmöglichkeiten und Vereine im Umkreis
- Organisation von Sportprothesen und -rollstühlen
- Trainingsmöglichkeiten, Personal Training, Vereinssuche
- Hol- und Bringdienste zum Training und Prothesenanpassung
- Informationen rund um den Behindertensport: Magazine, Organisationen und Vereine

Der Kostenersatz für die Sportliche Rehabilitation steht zusätzlich bis maximal 10.000 Euro einmal pro versichertes Unfallereignis zur Verfügung. Wir können keine Garantien für Kapazitäten und Services der jeweiligen Leistungsträger geben.

16.2.5 Private Diagnostik

Die Organisation und Kostenübernahme umfasst die rasche Abklärung der Unfallfolgen und Beratung über mögliche Methoden und Anbieter. Dazu zählen:

- Organisation von medizinischer Abklärung an Privatkliniken und Diagnosezentren (zum Beispiel Röntgen, MRT, CT)
- Therapeutische Zweitmeinung im Bereich Ergotherapie, Physiotherapie, Logopädie und Psychotherapie
Ein Kostenersatz wird lediglich für die erste Konsultation eines Therapeuten geleistet. Die Kosten weiterer Beratungen sind vom Versicherungsnehmer zu übernehmen.

Der Kostenersatz für Private Diagnostik steht zusätzlich bis maximal 1.000 Euro einmal pro versichertes Unfallereignis zur Verfügung. Wir können keine Garantien für Kapazitäten und Services der jeweiligen Leistungsträger geben.

16.2.6 Andere Hilfeleistungen

- Informationen über Krankentransporte in ein anderes Spital, Heim oder von bzw. an den eigenen Wohnsitz
- Unterstützung zur Anmeldung für einen ausgebildeten "Partner-Hund"
- Information über betreute Rückkehr vom Krankenhaus ins eigene Heim, wenn Angehörige oder nahestehende Personen verhindert sind
- Information über praktische Ärzte in der Wohnnähe
- Information über Gartenbetreuungsunternehmen
- Vermittlung von Kinderbetreuung und Nachhilfelehrern
- Vermittlung von Reparaturdiensten (Kleinarbeiten zu Hause)
- Organisation und Kostenübernahme für psychotherapeutische Beratung pflegender Angehöriger im Fall einer

Allgemeine Bedingungen für AktivER GO! Die Unfallversicherung - Plus

auf lebenslange Dauer bestehenden Notwendigkeit einer 24-Stundenpflege der versicherten Person.
Kostenersatz bis maximal 2.000 Euro pro versichertem Unfallereignis.

16.3 Allgemeines

Werden von uns Leistungen erbracht, für die ein anderer Leistungsträger aufzukommen hat, so sind diese an uns abzutreten. Wir bezahlen keine Kosten soweit von einem Sozialversicherungsträger oder einem anderen Leistungsträger Ersatz zu leisten ist oder geleistet wurde.

16.4 Grundlage für den Kostenersatz

Die Versicherungssumme für "Rehabilitations-Management" steht einmal pro Versicherungsfall innerhalb von drei Jahren (für Personen unter 15 Jahren innerhalb von fünf Jahren) vom Unfalltag an gerechnet zur Verfügung.

16.5 Organisation ärztlicher Behandlung und Behandlung in Rehabilitationseinrichtungen

Wir können die Verfügbarkeit eines bestimmten Behandlers oder einer bestimmten Rehabilitationseinrichtung zu einem bestimmten Zeitpunkt nicht garantieren. Unsere Leistung ist von der personellen Ausstattung und der Auslastung der geeigneten Einrichtungen abhängig.

16.6 Einschränkung des Kostenersatzes aus Heilkosten

Keine Leistungen erbringen wir für die Folgen von Ausbeißen von Zähnen bzw. Teilen von Zähnen. Weiters werden nicht ersetzt: Kosten für Kur-, Bade-, Erholungsreisen und -aufenthalte, ferner Kosten der Reparatur oder der Wiederbeschaffung eines abnehmbaren Zahnersatzes, künstlicher Gliedmaßen oder sonstiger künstlicher Behelfe sowie für die Anschaffungskosten von Trainingsgeräten oder Geräten zur Verbesserung der Fortbewegung.

Diese Vereinbarung unterliegt keiner Wertanpassung.

17. Prämienbefreiung bei Arbeitsunfähigkeit - Was gilt bei Leistung Prämienbefreiung?

Im Falle eines Unfallereignisses (Punkt 6 - Was ist ein Unfall) mit 100 %iger unfallkausaler Arbeitsunfähigkeit erlassen wir ab dem 43. Tag der ununterbrochenen Arbeitsunfähigkeit die Prämie für gegenständliche Unfallversicherung für die weitere Dauer der vollständigen Arbeitsunfähigkeit, längstens für zwölf Monate.

Versichert ist der in der Polizze angeführte und berufstätige Versicherungsnehmer, wobei dieser gleichzeitig versicherte Person sein muss.

Die Vereinbarung zur Prämienbefreiung besteht ab dem 15. Lebensjahr und nur solange für diesen Unfallversicherungsvertrag Prämien entrichtet werden. Sie endet mit dem Pensionsantritt bzw. Ruhestand der versicherten Person, spätestens aber mit jenem Versicherungsjahr, in dem sie ihr 70. Lebensjahr vollendet.

Als arbeitsunfähig gilt, wer infolge objektiv nachweisbarer Körperverletzung durch ein Unfallereignis gemäß Punkt 6 - Was ist ein Unfall - vollständig (zu 100 %) außerstande ist, seinen Beruf oder eine andere, im Hinblick auf seine Kenntnisse und Fähigkeiten zumutbare Erwerbstätigkeit auszuüben. Personen, welche ausschließlich den Haushalt für die eigene Familie führen, gelten erwerbstätig im Sinne dieser Bedingungen.

Kein Anspruch auf diese Leistung besteht daher:

- bei nur teilweiser Arbeitsunfähigkeit
- bei einer Körperverletzung durch ein Ereignis im Sinne der Ausschlussbestimmungen des Punkt 26
- bei einer Körperverletzung als Folge missbräuchlichen Genusses von Alkohol oder Suchtgiften
- für Kinder, Schüler, hauptberuflich Studierende und Pensionisten

Innerhalb von vier Wochen nach Ablauf der 42-tägigen Wartefrist muss uns ein vom behandelnden Arzt ausgestelltes Zeugnis vorgelegt werden. Aus diesem müssen Art der Körperverletzung, die voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit und der Tag, von dem an ununterbrochene Arbeitsunfähigkeit besteht, hervorgehen.

Im Zeitraum der Prämienbefreiung leisten wir kein Taggeld. Innerhalb einer Vertragsdauer von zehn Jahren bieten wir Prämienbefreiung für maximal 24 Monate.

Wir sind berechtigt, weitere Nachweise zu verlangen, welche das ununterbrochene Fortbestehen der vollständigen Arbeitsunfähigkeit bestätigen. Wir dürfen auf eigene Kosten jederzeit eine ärztliche Untersuchung der versicherten Person durch einen von uns genannten Arzt verlangen.

Allgemeine Bedingungen für AktivER GO! Die Unfallversicherung - Plus

Innerhalb von vier Wochen nach Beendigung der Arbeitsunfähigkeit muss uns ein weiteres Zeugnis des behandelnden Arztes vorgelegt werden, durch das deren Beendigung bestätigt wird. Für den Fall, dass diese Meldung unterlassen oder eine von uns verlangte ärztliche Untersuchung verweigert wird, erlischt der Anspruch auf Prämienfreistellung rückwirkend auf das Ende jenes Zeitraums, für den die Arbeitsunfähigkeit ordnungsgemäß nachgewiesen wurde. Wir sind daher berechtigt, zu viel bezogene Leistungen zurückzuverlangen.

18. Welche Sonderleistungen gelten versichert? - Was zahlen wir zusätzlich?

18.1 Kosten für Obliegenheiten

Wir übernehmen die erforderlichen Kosten, die durch die Erfüllung der in Punkt 32.2 - Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalles bestimmten Obliegenheiten entstehen. Ausgenommen bleiben davon die Kosten nach Punkt 32.2.1.

18.2 Mitversicherung eines Neugeborenen

Besteht bei uns eine Unfallversicherung für einen Elternteil, erstreckt sich der Versicherungsschutz für Dauerinvalidität auch auf alle während des aufrechten Versicherungsvertrages neugeborenen Kinder des Versicherungsnehmers ab dem Zeitpunkt der erfolgten Abnabelung (Durchtrennen der Nabelschnur).

Die Neugeborenen sind für die ersten zwei Lebensjahre bis zu 100 % der in der Police genannten Summen für dauernde Invalidität und Unfalltod (aufgewendete Begräbniskosten, maximiert mit 10.000 Euro) versichert.

Kein Versicherungsschutz besteht für alle anderen versicherte Leistungen. Voraussetzung für den Versicherungsschutz ist, dass die Geburt innerhalb der ersten zwölf Lebensmonate bekannt gegeben wird. Ab Bestehen einer Kinder-, Familien- oder Alleinerzieherunfallversicherung bei ERGO mit Einschluss des neugeborenen Kindes entfällt obige Vereinbarung.

19. Was gilt für die Kinderunfallversicherung?

Versicherungsschutz besteht für die in der Police angeführte Person.

Der Versicherungsschutz für Kinder gilt bis zum Ende des Monats, in dem sie das 18. Lebensjahr vollenden. Über diesen Zeitpunkt hinaus gewähren wir Versicherungsschutz für Kinder, deren Eltern für sie staatliche Familienbeihilfe beziehen. Diese Erweiterung gilt bis zum Ende der Familienbeihilfe-Bezugsberechtigung, längstens bis zum Ende des Monats, in dem sie das 25. Lebensjahr vollenden. Der Versicherungsschutz gilt auch für die Dauer des ordentlichen Präsenz- oder Zivildienstes, sofern dieser innerhalb der Altersgrenzen geleistet wird.

Wird eine Kinderunfall bei Erreichen der definierten Altersgrenzen nicht auf eine Einzelunfallversicherung umgestellt, gilt folgende Vereinbarung: Die Berechnung einer Leistung erfolgt im Verhältnis aktuelle Prämie zur Bedarfsprämie für den tatsächlichen Beruf des versicherten Kindes.

Geistig behinderte Kinder, für die eine Erwachsenenvertretung besteht, sind vom Alter unbegrenzt versichert. Geistige Behinderung (Mentale Retardierung) bezeichnet einen andauernden Zustand deutlich unterdurchschnittlicher kognitiver Fähigkeiten eines Menschen sowie damit verbundene Einschränkungen seines affektiven Verhaltens.

20. Was gilt für die Einzelunfallversicherung?

Versicherungsschutz besteht für die in der Police angeführte Person.

Mit Ende des Monats, in dem die versicherte Person das 80. Lebensjahr vollendet, erlischt der Vertrag automatisch, ohne dass es einer Kündigung bedarf.

21. Was gilt für die Freizeitunfallversicherung?

Versicherungsschutz besteht für die in der Police angeführte Person.

Die Versicherung erstreckt sich nur auf solche Unfälle gemäß Punkt 6 - Was ist ein Unfall - die nicht als Arbeitsunfälle oder diesen gleichgestellt im Sinne der Sozialversicherungsgesetze gelten. Voraussetzung ist, dass der Versicherte einen der gesetzlichen Unfallversicherungspflicht unterliegenden Beruf ausübt. Der Abschluss dieser Variante ist nicht für Arbeitslose, Hausfrauen/Hausmänner, Kinder, Pensionisten, Schüler und Studenten möglich. Liegt keine Berufsausübung vor, ist dies umgehend dem Versicherer zu melden.

Besteht bei Eintritt eines Schadenfalles keine berufliche Tätigkeit, gilt folgende Vereinbarung: Alle versicherten Leistungen -

Allgemeine Bedingungen für AktivER GO! Die Unfallversicherung - Plus

ausgenommen Hubschrauberbergungen - werden um 25 % gekürzt.

Mit Ende des Monats, in dem die versicherte Person das 80. Lebensjahr vollendet, erlischt der Vertrag automatisch, ohne dass es einer Kündigung bedarf.

22. Was gilt für die Partnerunfallversicherung?

Versicherungsschutz besteht für zwei erwachsene, namentlich genannte und in der Polizze angeführte Personen. Zu den Erwachsenen zählen Ehepartner oder Lebensgefährten (auch gleichgeschlechtlich).

Soweit nichts anderes vereinbart ist, gelten die in der Polizze vereinbarten Leistungen und Versicherungssummen, ausgenommen Taggeld und Unfallrente, auch für den mitversicherten Partner. Versicherungsschutz für Taggeld und Unfallrente ist nur dann gegeben, wenn eine diesbezügliche Vereinbarung in der Polizze bestätigt wird.

Bei Verständigung über Beendigung der Partnerschaft wird der Vertrag ab Kenntniserlangung bei gleichbleibenden Versicherungssummen in eine Einzelunfallversicherung für den Versicherungsnehmer abgeändert.

Erreicht einer der Partner das 80. Lebensjahr, so wird der Vertrag automatisch mit Ende des Monats, in dem der Partner das 80. Lebensjahr vollendet hat, durch eine Einzelunfallversicherung für Erwachsene für den verbleibenden Partner ersetzt.

Sollten beide Partner im gleichen Monat das 80. Lebensjahr vollenden, erlischt der gesamte Vertrag automatisch, ohne dass es einer Kündigung bedarf.

23. Was gilt für die Familienunfallversicherung?

Versicherungsschutz besteht für zwei erwachsene, namentlich genannte und in der Polizze angeführte Personen sowie für alle namentlich genannten minderjährigen Kinder, Stief-, Adoptiv-, Pflege- oder Enkelkinder. Zu den Erwachsenen zählen Ehepartner oder Lebensgefährten (auch gleichgeschlechtlich).

Soweit nichts anderes vereinbart ist, gelten die in der Polizze vereinbarten Leistungen und Versicherungssummen, ausgenommen Taggeld und Unfallrente, auch für den mitversicherten Partner und Kinder. Versicherungsschutz für Taggeld und Unfallrente ist nur dann gegeben, wenn eine diesbezügliche Vereinbarung in der Polizze bestätigt wird.

Der Versicherungsschutz für Kinder gilt bis zum Ende des Monats, in dem sie das 18. Lebensjahr vollenden. Über diesen Zeitpunkt hinaus gewähren wir Versicherungsschutz für Kinder, deren Eltern für sie staatliche Familienbeihilfe beziehen. Diese Erweiterung gilt bis zum Ende der Familienbeihilfe-Bezugsberechtigung, längstens bis zum Ende des Monats, in dem sie das 25. Lebensjahr vollenden. Der Versicherungsschutz gilt auch für die Dauer des ordentlichen Präsenz- oder Zivildienstes, sofern dieser innerhalb der Altersgrenzen geleistet wird.

Bei Erreichen der definierten Altersgrenzen gilt folgende Vereinbarung: Alle Leistungen werden mit Ausnahme der Unfallrente um 75 % gekürzt. Die Berechnung der Unfallrente erfolgt im Verhältnis aktuelle Prämie zu Bedarfsprämie für den tatsächlichen Beruf der verunfallten Person.

Geistig behinderte Kinder, für die eine Erwachsenenvertretung besteht, sind vom Alter unbegrenzt versichert. Geistige Behinderung (Mentale Retardierung) bezeichnet einen andauernden Zustand deutlich unterdurchschnittlicher kognitiver Fähigkeiten eines Menschen sowie damit verbundene Einschränkungen seines affektiven Verhaltens.

Erreicht einer der Elternteile das 80. Lebensjahr, so wird der Vertrag automatisch mit Ende des Monats, in dem der Elternteil das 80. Lebensjahr vollendet hat durch eine Alleinerzieherunfallversicherung für die verbleibenden versicherten Personen ersetzt. Sollten beide Elternteile im gleichen Monat das 80. Lebensjahr vollenden, erlischt der gesamte Vertrag automatisch, ohne dass es einer Kündigung bedarf.

Sterben beide Elternteile bei ein und demselben Unfallereignis unfallkausal innerhalb eines Jahres, leisten wir an die in der Familienunfallversicherung mitversicherten minderjährigen Kinder das Zweifache der je Elternteil vereinbarten Versicherungssumme für Unfalltod. Voraussetzung für diese Zusatzleistung ist ein auf die Kinder lautendes Bezugsrecht. Diese Mehrleistung für beide Elternteile zusammen ist mit 100.000 Euro begrenzt.

24. Was gilt für die Alleinerzieherunfallversicherung?

Versicherungsschutz besteht für eine erwachsene, namentlich genannte und in der Polizze angeführte Person sowie für alle namentlich genannten minderjährigen Kinder, Stief-, Adoptiv-, Pflege- oder Enkelkinder.

Allgemeine Bedingungen für AktivER GO! Die Unfallversicherung - Plus

Soweit nichts anderes vereinbart ist, gelten die in der Polizza vereinbarten Leistungen und Versicherungssummen, ausgenommen Taggeld und Unfallrente, auch für die mitversicherten Kinder. Versicherungsschutz für Taggeld und Unfallrente ist nur dann gegeben, wenn eine diesbezügliche Vereinbarung in der Polizza bestätigt wird.

Der Versicherungsschutz für Kinder gilt bis zum Ende des Monats, in dem sie das 18. Lebensjahr vollenden. Über diesen Zeitpunkt hinaus gewähren wir Versicherungsschutz für Kinder, deren Eltern für sie staatliche Familienbeihilfe beziehen. Diese Erweiterung gilt bis zum Ende der Familienbeihilfe-Bezugsberechtigung, längstens bis zum Ende des Monats, in dem sie das 25. Lebensjahr vollenden. Der Versicherungsschutz gilt auch für die Dauer des ordentlichen Präsenz- oder Zivildienstes, sofern dieser innerhalb der Altersgrenzen geleistet wird.

Bei Erreichen der definierten Altersgrenzen gilt folgende Vereinbarung: Alle Leistungen werden mit Ausnahme der Unfallrente um 75% gekürzt. Die Berechnung der Unfallrente erfolgt im Verhältnis aktuelle Prämie zu Bedarfsprämie für den tatsächlichen Beruf der verunfallten Person.

Geistig behinderte Kinder, für die eine Erwachsenenvertretung besteht, sind vom Alter unbegrenzt versichert. Geistige Behinderung (Mentale Retardierung) bezeichnet einen andauernden Zustand deutlich unterdurchschnittlicher kognitiver Fähigkeiten eines Menschen sowie damit verbundene Einschränkungen seines affektiven Verhaltens.

Wenn die Leistung Fixkosten gemäß Punkt 14 in der Polizza vereinbart ist, erweitern wir diesen Versicherungsschutz wie folgt: Wird durch ein versichertes Unfallereignis das mitversicherte Kind so schwer verletzt, dass der Pflegebedarf des Alleinerziehers eine berufliche Tätigkeit nicht zulässt oder diese um mindestens 40 % reduziert, kommt die Leistung für Fixkosten zum Tragen. Wir behalten uns vor, den Pflegebedarf durch einen medizinischen Gutachter prüfen zu lassen. Weiters benötigen wir eine Bestätigung über die Beendigung oder Reduktion des Dienstverhältnisses. Bei selbständiger Tätigkeit muss der Beweis in anderer geeigneter Weise über die Beendigung der Tätigkeit erbracht werden. Alle übrigen Bestimmungen des Punkt 14 bleiben von dieser Erweiterung unberührt.

Erreicht der Alleinerzieher das 80. Lebensjahr, erlischt der Vertrag automatisch mit Ende des Monats, in dem die versicherte Person das 80. Lebensjahr vollendet hat, ohne dass es einer Kündigung bedarf.

Stirbt der Alleinerzieher bei einem Unfallereignis unfallkausal innerhalb eines Jahres und waren die mitversicherten Kinder zum Unfallzeitpunkt Halbwaisen, leisten wir an die minderjährigen mitversicherten Kinder das Zweifache der vereinbarten Versicherungssumme für Unfalltod des Alleinerziehers. Voraussetzung für diese Zusatzleistung ist ein auf die Kinder lautendes Bezugsrecht. Diese Mehrleistung ist mit 100.000 Euro begrenzt.

Abschnitt C: Begrenzung des Versicherungsschutzes

25. Wann ist die Leistung fällig? Wann tritt Verjährung ein?

Unsere Geldleistungen werden mit Beendigung der Erhebungen fällig, die zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung nötig sind.

Die Fälligkeit tritt jedoch unabhängig davon ein, wenn Sie nach Ablauf zweier Monate seit dem Begehren nach einer Geldleistung eine Erklärung von uns verlangen, aus welchen Gründen die Erhebungen noch nicht beendet werden konnten, und wir diesem Verlangen nicht binnen eines Monats entsprechen.

Steht unsere Leistungspflicht fest, lässt sich aber aus Gründen die Sie nicht verschuldet haben, die Höhe der versicherten Leistung innerhalb eines Monats nach Eingang der Anzeige des Versicherungsfalles nicht feststellen, haben wir auf Ihr Verlangen angemessene Vorschüsse zu leisten.

Für Leistungen aus dem Titel einer "Dauernden Invalidität" sind überdies Punkt 7.1 und 7.5 - Dauerinvalidität - zu beachten.

Für die Verjährung gilt § 12 VersVG.

26. Welche Unfälle sind ausgeschlossen?

Kein Versicherungsschutz besteht für Unfälle:

- 26.1 Die die versicherte Person als Luftfahrzeugführer (auch Luftsportgeräteführer), soweit sie nach österreichischem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt, sowie als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeuges oder bei der Benützung von Raumfahrzeugen erleidet.

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

Wir geben aber Versicherungsschutz für Unfälle, die die versicherte Person als Fluggast in motorischen Luftfahrzeugen erleidet. Diese Luftfahrzeuge müssen für die Verwendungsart Personenbeförderung zugelassen sein.

- 26.2 Die die versicherte Person als Berufs-/Profisportler bei einer entgeltlich ausgeübten sportlichen Betätigung und dem Training dazu erleidet.

Entgeltlichkeit liegt vor, wenn die versicherte Person mindestens 50 % ihres Jahres-Netto-Einkommens und somit mehr als einen bloßen Spesenersatz aus der Ausübung des Sports, erhält. Es besteht auch kein Versicherungsschutz für Unfälle, die die versicherte Person als von der Österreichischen Sporthilfe, vom österreichischen Bundesheer oder vergleichbaren Institutionen geförderter Sportler bei der Ausübung der geförderten Sportart - inklusive Training dazu - erleidet. Auch bei Unterschreiten dieser Einkommengrenze gelten die in den folgenden Punkten der Ausschlussgründe genannten Sportarten nicht versichert.

- 26.3 Die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeuges an Fahrtveranstaltungen einschließlich der offiziellen Trainings- und Qualifikationsfahrten teilnimmt, bei denen es auf das schnellstmögliche Zurücklegen einer vorgegebenen Fahrtstrecke oder die Bewältigung von Hindernissen bzw. schwierigem Gelände ankommt.

- 26.4 Die ein Versicherter beim Fußballsport in den jeweiligen vier höchsten Spielklassen (Frauen-Fußball in der höchsten Spielklasse) erleidet. Gleiches gilt für den Handballsport in den beiden höchsten Spielklassen (Frauen-Handball in der höchsten Spielklasse).

Kein Versicherungsschutz besteht auch bei aggressiven Mannschaftsportarten auf Vereinsbasis mit vollem Körperkontakt (wie zum Beispiel: alle Arten von Football, Rugby, Eishockey oder ähnliche Sportarten).

- 26.5 Die die versicherte Person beim Gewichtheben, Kraftsportarten oder sonstiger Schwerathletik erleidet.

Allgemeine Bedingungen für AktivER GO! Die Unfallversicherung - Plus

- 26.6 Die die versicherte Person bei Kampfsportarten mit vollem Körperkontakt (wie zum Beispiel: Boxen, Karate, Kickboxen, Escrima) oder Semikontakt (wie zum Beispiel: Judo, Taekwondo) erleidet.
- 26.7 Die die versicherte Person beim Bergsteigen/Klettern mit außergewöhnlichem Risiko (das ist Klettern im freien Gelände ab einem UIAA-Schwierigkeitsgrad V, Free-Solobegehungen - Klettern ohne Sicherung, Eisklettern; Teilnahme an Expeditionen) erleidet.
Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen ist auch das Klettern im Klettersteig ab Schwierigkeitsgrad D (Skala nach Kurt Schall) und Bouldern (Fels) ab Schwierigkeitsgrad 5c+ Fb-bloc (reines Boulder Problem nach Fontainebleau-Skala).
- 26.8 Die der versicherten Person zustoßen bei der Teilnahme an Landes-, Bundes- oder internationalen Wettbewerben auf dem Gebiet des nordischen und alpinen Schisportes, des Snowboardens sowie Freestyling, Bob-, Skibob-, Skeleton Fahrens, Rodelns sowie am offiziellen Training für diese Veranstaltungen.
- 26.9 Die der versicherten Person zustoßen beim Rennradfahren mit Teilnahmen an Amateur Bahn- oder Straßenrennen und ähnliche Veranstaltungen sowie Downhill-Mountainbiking. Unter Downhill-Mountainbiking verstehen wir das Benützen von speziell gekennzeichneten Downhill-Strecken zur Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten - durch Geschwindigkeits- bzw. Zeitmessung zur Feststellung des schnellstmöglichen Zurücklegens einer Strecke - sowohl als Freizeitbeschäftigung wie auch bei Teilnahme an Wettkämpfen, Qualifikations- und Trainingsfahrten. Die Ausschlüsse gelten auch für Wettkämpfe und dem Training dazu in den Bereichen Bicycle Moto Cross (BMX), Inline-Skater und Skateboard.
- 26.10 Es besteht kein Versicherungsschutz für Unfälle beim Springreiten, Vielseitigkeits- und Military Reiten, Polospielen, Hindernisreiten, Rennreiten, Teilnahme an Trabrennen, Fahrspport, Modernen Fünfkampf, Rodeo- und Westernreiten sowie reitsportlichen Wettkämpfen.
- 26.11 Die der versicherten Person zustoßen bei Tauchgängen mit außergewöhnlichem Risiko (Tauchen tiefer als 40 Meter Tauchtiefe, Wrack- oder Nachttauchen, Solotauchgänge, Apnoetauchen, Höhlen- und Eistauchen, Haitauchen ohne Schutzkäfig, "Tauchexpeditionen"). Der Versicherungsschutz besteht aber für solche Tauchgänge als Mitglied einer Rettungsorganisation im Einsatz.

Weiters besteht kein Versicherungsschutz beim Befahren von Wildwasser ab Klasse WW IV, beim Kitesurfen/Kiteboarding, sowie beim Rafting und Canyoning.

- 26.12 Die die versicherte Person erleidet im Zuge von sonstigen nicht namentlich angeführten Risiko- und Extremsportarten. Diese definieren sich durch folgende Eigenschaften:
- außerordentliche körperliche Strapazen und Konfrontation mit widrigen Naturkräften
 - ungewohnte Körperlagen und -zustände (zum Beispiel freier Fall, hohe Geschwindigkeiten und Beschleunigungskräfte, Rotationsbewegungen, extreme Seitenlagen, die völlig neue Körperorientierungen verlangen)
 - ungewissen Handlungsausgang (das bedeutet, wenn der Erfolg und Misserfolg einer Tätigkeit bzw. Handlung gleichwahrscheinlich sind)
 - unvorhersehbare Situationsbedingungen
 - eine generelle Verletzungs- und Todesfallgefahr beinhalten

Für Kinder bis zum vollendeten 15. Lebensjahr gelten alle Sportarten mitversichert.

Für Unfälle, die sich bei der Ausübung von gefährlichen Sportarten bzw. Freizeitaktivitäten (zum Beispiel: Tandem-Fallschirmspringen, Rafting, Parasailing, Bungee Jumping, Ballonfahren) ereignen, besteht Versicherungsschutz, wenn diese unter folgenden Voraussetzungen ausgeübt werden:

- während einer Urlaubsreise als Freizeit-Angebot
- einmalig oder anlassbezogen als Geschenk oder Firmenevent

- 26.13 Die sich beim Versuch oder der Begehung gerichtlich strafbarer Handlungen durch die versicherte Person, für die Vorsatz ein Tatbestandsmerkmal ist, ereignen.
- 26.14 Die mittelbar oder unmittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht werden. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die versicherte Person auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen wird (passives Kriegsrisiko). Dieser Versicherungsschutz erlischt am Ende des siebenten Tages nach Beginn des Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staates, in dem sich die versicherte Person aufhält. Die Erweiterung gilt

Allgemeine Bedingungen für AktivER GO! Die Unfallversicherung - Plus

nicht bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht.
Der Versicherungsschutz gilt auch nicht für die aktive Teilnahme an einem solchen Ereignis.

Für Unfälle hervorgerufen durch innere Unruhen besteht kein Versicherungsschutz, wenn die versicherte Person daran auf Seiten der Unruhestifter teilnimmt.

26.15 Die mittelbar oder unmittelbar

- durch jegliche Einwirkung von Nuklearwaffen, chemischen oder biologischen Waffen,
- durch Kernenergie,
- durch den Einfluss ionisierender Strahlen im Sinne der jeweils geltenden Fassung des Strahlenschutzgesetzes, außer jene, die durch Heilbehandlungen aufgrund eines Versicherungsfalles veranlasst waren, verursacht werden.

26.16 Die eine versicherte Person infolge einer erheblichen Beeinträchtigung der psychischen Leistungsfähigkeit durch Alkohol, Suchtgifte oder Medikamente erleidet. Eine erhebliche Beeinträchtigung liegt bei einem Lenker eines Kraftfahrzeuges zu Land, Wasser und in der Luft jedenfalls ab einem Blutalkoholwert zum Unfallzeitpunkt von 1,3 Promille vor. Die Verweigerung eines Alko-Tests oder einer Blutabnahme zur Feststellung des Blutalkoholgehaltes werden wir einer wesentlichen Beeinträchtigung der psychischen Leistungsfähigkeit gleichstellen.

26.17 Die durch Gesundheitsschäden bei Heilmaßnahmen oder Eingriffen am Körper der versicherten Person entstehen. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Heilmaßnahmen oder Eingriffe durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall veranlasst waren.

26.18 Die sich nach Ende des Monats, in dem die versicherte Person das 80. Lebensjahr vollendet hat, ereignen.

27. Welche Sport-/Freizeitaktivitäten mit erhöhtem Risiko können gegen besondere Vereinbarung mitversichert werden?

Nur aufgrund besonderer Vereinbarung - in der Versicherungspolize separat angeführt - sind folgende Sport- oder Freizeitaktivitäten mit erhöhtem Risiko mitversichert:

- Tauchen über 40 m bis maximal 60 m (mit entsprechender Tauchausbildung und nur mit Pressluftverwendung und Partner)
- Bergsteigen/Klettern ab Schwierigkeitsgrad V bis VIII nach UIAA-Skala
- Klettern im Klettersteig im Schwierigkeitsgrad ab D (Skala nach Kurt Schall)
- Bouldern (am Fels) ab Schwierigkeitsgrad 5c+ Fb-bloc (reines Boulder Problem nach Fontainebleau-Skala)
- Canyoning
- Befahren von Wildwasser ab Klasse WW IV und Rafting
- Rennradfahren mit Teilnahme an Amateur Bahn- und Straßenrennen sowie Downhill-Mountainbiking
Unter Downhill-Mountainbiking verstehen wir das Benützen von speziell gekennzeichneten Downhill-Strecken zur Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten - durch Geschwindigkeits- bzw. Zeitmessung zur Feststellung des schnellstmöglichen Zurücklegens einer Strecke - als Freizeitbeschäftigung. Die Teilnahme an Wettkämpfen, Qualifikations- und Trainingsfahrten bleibt ausgeschlossen. Dies gilt analog für die Bereiche Bicycle Moto Cross (BMX), Inline-Skater und Skateboard.
- Radball, Motoball und Radpolo
- Kitesurfen / Kiteboarding / Kitebuggy-Sailing / Paraboarding / Buggykiting / Landkiten und Landboarding
- Spring-, Rodeo-/Westernreiten, Polo, Hindernisreiten, Fahrsport und Moderner Fünfkampf
- Kampfsportarten ohne Wettkämpfe jeglicher Art
- CrossFit
- Motorradrisiko gemäß Punkt 28

Voraussetzung für diese Vereinbarung: die Sport- oder Freizeitaktivität darf nicht beruflich oder entgeltlich ausgeübt werden.

28. Kann das Motorradrisiko gegen besondere Vereinbarung eingeschlossen werden?

Nur aufgrund besonderer Vereinbarung - in der Versicherungspolize separat angeführt - ist das Motorradrisiko mitversichert:
Das Motorradrisiko definieren wir:

- Benützung des Motorrades als Fahrer
- aller Krafträder, Kraftroller, Quads und Trikes mit einem Hubraum über 125 cm³

29. Welche sachlichen Begrenzungen des Versicherungsschutzes gibt es?

29.1 Eine versicherte Leistung wird von uns nur für die unmittelbar durch den eingetretenen Unfall hervorgerufenen Folgen (körperliche Schädigung oder Tod) erbracht.

Allgemeine Bedingungen für AktivER GO! Die Unfallversicherung - Plus

- 29.2 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 Punkt 7.2 und 7.3 - Dauerinvalidität - bemessen.
- 29.3 Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch ein Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, ist im Falle einer Invalidität der Prozentsatz des Invaliditätsgrades, ansonsten die Leistung entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens, zu vermindern, sofern dieser Anteil mindestens 35 % beträgt. Dies gilt insbesondere auch, wenn die Gesundheitsschädigung durch einen abnutzungsbedingten Einfluss mit Krankheitswert, wie beispielsweise Arthrose, mitverursacht worden ist.

Für folgende Leistungen gelten davon abweichende Bestimmungen:

- Sofortleistung gemäß Punkt 7.6.2: Sollten in den uns vorgelegten ärztlichen Befundberichten Vorerkrankungen oder Vorverletzungen dokumentiert sein, die eine Mitwirkung an den Unfallfolgen nahelegen, behalten wir uns vor, den Anspruch auf Sofortleistung durch einen medizinischen Gutachter überprüfen zu lassen.
 - Spital- und Genesungsgeld gemäß Punkt 10 und Taggeld gemäß Punkt 12: Bei einem Spitalaufenthalt bis zu 15 Tagen pro Versicherungsfall wenden wir die Verminderung der Leistungen aufgrund Vorerkrankungen oder Vorverletzungen nicht an.
 - Heilkosten gemäß Punkt 11: Für Heilkosten wenden wir die Verminderung der Leistungen aufgrund Vorerkrankungen oder Vorverletzungen bis zu einem maximalen Betrag von 15 % der dafür gewählten Versicherungssumme nicht an. Sollte aber bereits ein Gutachten vorliegen, aus welchem eine Verminderung der Leistungen diesbezüglich hervor geht, wenden wir den dokumentierten Abzug an.
 - Knochenbruch gemäß Punkt 13: Wir wenden die Verminderung der Leistungen aufgrund Vorerkrankungen oder Vorverletzungen nicht an.
 - Fixkosten gemäß Punkt 14: Bis zu vier Monate vom Unfalltag gerechnet wenden wir die Verminderung der Leistungen aufgrund Vorerkrankungen oder Vorverletzungen nicht an. Sollte aber bereits ein Gutachten vorliegen, aus welchem eine Verminderung der Leistungen diesbezüglich hervor geht, wenden wir den dokumentierten Abzug an.
 - Such- Rettungs- und Bergungskosten gemäß Punkt 15.3.1: Wir wenden die Verminderung der Leistungen aufgrund Vorerkrankungen oder Vorverletzungen nicht an.
- 29.4 Für organisch bedingte Störungen des Nervensystems wird eine Leistung von uns nur erbracht, wenn diese Störung auf eine durch den Unfall verursachte organische Schädigung zurückzuführen ist. Nicht versichert sind krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen (zum Beispiel: Psychosen, Neurosen), auch wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden.

Abschnitt D: Pflichten des Versicherungsnehmers

30. Wann ist die Prämie zu bezahlen?

- 30.1 Die erste oder die einmalige Prämie samt Versicherungssteuer (folgend kurz Prämie genannt) ist von Ihnen innerhalb von 14 Tagen nach Abschluss des VersVG (Zugang der Polizze oder einer gesonderten Antragsannahmeerklärung) und Aufforderung zur Prämienzahlung zu bezahlen. Die Folgeprämien sind zu den vereinbarten Fälligkeitsterminen zu bezahlen.

Für die Folgen nicht rechtzeitiger Prämienzahlung - zum Beispiel Leistungsfreiheit des Versicherers im Schadenfall - gelten die §§ 38, 39, 39a VersVG (siehe Anhang).

- 30.2 Neben der Prämie verrechnen wir Gebühren, die der Abgeltung von Mehraufwendungen dienen, die durch Ihr Verhalten veranlasst worden sind (zum Beispiel Mahngebühren).

31. Was ist bei der Änderung des Berufes, der Beschäftigung, des Motorradrisikos, des Wohnortes sowie Sport-/Freizeitaktivitäten mit erhöhtem Risiko zu beachten?

Veränderungen der im Antrag anzugebenden Berufstätigkeit/Beschäftigung, des Motorradrisikos, des Wohnortes sowie die Aufnahme einer vertraglich oder beruflichen Sportausübung oder der im Antrag anzugebenden Sport-/Freizeitaktivitäten mit erhöhtem Risiko (siehe dazu auch Punkt 27) der versicherten Person sind unverzüglich anzuzeigen. Einberufungen zum ordentlichen Präsenzdienst, zum Zivildienst oder zu kurzfristigen militärischen Reserveübungen gelten nicht als Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung.

- Ergibt sich für die neue Berufstätigkeit/Beschäftigung, des Motorradrisikos, des Wohnortes bzw. der Sport-/Freizeitaktivitäten mit erhöhtem Risiko der versicherten Person nach dem zum Zeitpunkt der Veränderung unseres Tarifes eine niedrigere Prämie, so ist vom Zugang der Anzeige an nur diese Prämie zu bezahlen.
- Ergibt sich für die neue Berufstätigkeit/Beschäftigung (nicht aber Motorradrisiko, Wohnort, Sport-/Freizeitaktivitäten mit erhöhtem Risiko) eine höhere Prämie, so besteht für die Dauer von drei Monaten ab dem Zeitpunkt, ab dem uns die Anzeige zugehen hätte müssen, auch für die neue Berufstätigkeit bzw. Beschäftigung der volle Versicherungsschutz.
- Tritt ein auf die neue Berufstätigkeit/Beschäftigung (nicht aber Motorradrisiko, Wohnort, Sport-/Freizeitaktivitäten mit erhöhtem Risiko) zurückzuführender Versicherungsfall nach Ablauf der drei Monate ein, ohne dass eine Einigung über die Mehrprämie erreicht worden wäre, so reduzieren sich die Versicherungssummen in dem Ausmaß, in dem die tatsächlich berechnete Prämie hinter der für die neue Berufstätigkeit/Beschäftigung erforderlichen Prämie zurückbleibt.
- Tritt ein auf das Motorradrisiko oder auf die Sport-/Freizeitaktivitäten mit erhöhtem Risiko zurückzuführender Versicherungsfall ein, ohne dass eine Anzeige dazu uns zugegangen und inzwischen eine Einigung über die Mehrprämie erreicht worden wäre, so reduzieren sich die Versicherungssummen in dem Ausmaß, in dem die tatsächlich berechnete Prämie hinter der mit dem Einschluss des Motorradrisikos oder dem Einschluss der Sport-/Freizeitaktivitäten mit erhöhtem Risiko erforderlichen Prämie zurückbleibt. Diese Einschränkung gilt nicht für SOS Service und REHA-Management.

Bieten wir für die neue Situation grundsätzlich keinen Versicherungsschutz an, finden die Bestimmungen der §§ 23 ff. VersVG (Gefahrenerhöhung) Anwendung. Dies kann zur Leistungsfreiheit des Versicherers führen.

32. Was ist vor und nach Eintritt eines Versicherungsfalles zu beachten bzw. zu tun? Obliegenheiten

32.1 Obliegenheiten vor Eintritt des Versicherungsfalles

Um dem Eintritt des Versicherungsfalles oder einer Erhöhung des Umfangs der versicherten Leistung vorzubeugen, ist folgende Obliegenheit einzuhalten:

Die versicherte Person besitzt als Lenker eines Kraftfahrzeuges die jeweilige kraftfahrrechtliche Berechtigung nach österreichischem Recht, die zum Lenken dieses Kraftfahrzeuges vorgeschrieben ist. Dies gilt auch dann, wenn dieses Fahrzeug nicht auf Straßen mit öffentlichem Verkehr gelenkt wird.

Versichert sind jedoch Unfälle bei der Verwendung von landwirtschaftlichen Fahrzeugen auf Flächen ohne öffentlichen Verkehr auch dann, wenn die kraftfahrrechtliche Berechtigung für das Lenken auf Straßen mit öffentlichem Verkehr nicht vorhanden ist.

Allgemeine Bedingungen für AktivER GO! Die Unfallversicherung - Plus

Eine Verletzung dieser Obliegenheiten bewirkt die Leistungsfreiheit des Versicherers gemäß § 6 Abs. 2 VersVG.

32.2 Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalles

Ohne Ihre Mitwirkung und die der versicherten Person können wir unsere Leistung nicht erbringen. Nach Eintritt des Versicherungsfalles sind deshalb folgende Obliegenheiten einzuhalten:

32.2.1 Nach einem Unfall, ist von Ihnen oder der versicherten Person 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. Sie oder die versicherte Person haben nach Möglichkeit zur Feststellung des Sachverhalts beizutragen.

32.2.2 Ein Unfall ist uns unverzüglich - spätestens innerhalb einer Woche - in geschriebener Form anzuzeigen.

32.2.3 Hat der Unfall den Tod zur Folge, ist uns dies innerhalb von drei Tagen in geschriebener Form zu melden, auch wenn uns der Unfall schon angezeigt war.

32.2.4 Ein von uns übersandtes Unfallmelde- inklusive Vollmachtformular ist von Ihnen oder der versicherten Person wahrheitsgemäß auszufüllen und uns unverzüglich zurückzusenden. Von uns darüber hinaus geforderte sachdienliche Auskünfte müssen in gleicher Weise erteilt werden. Sie haben das Recht, die erteilte Vollmacht jederzeit zu widerrufen.

32.2.5 Der behandelnde Arzt oder die behandelnde Krankenanstalt sowie diejenigen Ärzte oder Krankenanstalten, von denen die versicherte Person aus anderen Anlässen behandelt oder untersucht worden ist, sind von Ihnen oder der versicherten Person zu ermächtigen und aufzufordern, die von uns verlangten Auskünfte zu erteilen und Berichte zu liefern. Ist der Unfall einem Sozialversicherer gemeldet, so ist auch dieser im vorstehenden Sinne zu ermächtigen. Sie haben das Recht, die erteilte Vollmacht jederzeit zu widerrufen.

Im Fall einer solchen Datenermittlung werden der Antragsteller und die zu versichernde Person 14 Tage im Voraus über die beabsichtigte Datenermittlung und deren Zweck und konkretes Ausmaß verständigt. Dieser Datenermittlung kann binnen der 14-tägigen Frist dem Versicherer gegenüber widersprochen werden. Nach § 11a VersVG bestehen für den Antragsteller und die zu versichernde Person auch die Möglichkeit, ihre Einwilligung zur Datenermittlung jeweils im Einzelfall zu erteilen. Machen der Antragsteller und die zu versichernden Personen von diesem Recht auf Einwilligung Gebrauch, so haben sie dies dem Versicherer in geschriebener Form mitzuteilen. Der Antragsteller und die zu versichernden Personen nehmen zur Kenntnis, dass es dadurch zu Verzögerungen in der Leistungsfallprüfung kommen kann. Bei Widerspruch binnen 14 Tagen oder bei Verweigerung der Einwilligung im Einzelfall sind die benötigten Unterlagen vom Antragsteller, Bezugsberechtigten oder der zu versichernden Person in vollem Umfang beizubringen.

32.2.6 Wir können verlangen, dass sich die versicherte Person durch die von uns bezeichneten Ärzte untersuchen lässt.

32.2.7 Ist Spitalgeld nach Unfall versichert oder besteht ein Anspruch auf Genesungsgeld so ist uns, wenn die versicherte Person in ein Spital eingewiesen ist, nach der Entlassung aus dem Spital eine Aufenthaltsbestätigung der Spitalverwaltung zuzusenden.

Ist Taggeld versichert, so ist uns eine ärztliche Bescheinigung über die Dauer und den Grund der Arbeitsunfähigkeit zuzusenden.

32.2.8 Bei Ansprüchen auf Kostenersatz sind uns die aufgewendeten Kosten durch Originalbelege nachzuweisen. Diese Belege gehen dann in unser Eigentum über.

32.3 Wird eine der in Punkt 32.2 angeführten Obliegenheiten mit dem Vorsatz verletzt, unsere Leistungspflicht zu beeinflussen oder die Feststellung solcher Umstände zu erschweren, die erkennbar für unsere Leistungspflicht bedeutsam sind, so sind wir von der Verpflichtung zur Leistung gemäß § 6 Abs. 3 VersVG befreit.

32.4 Wird eine der genannten Obliegenheiten mit einem anderen als den in Punkt 32.3 beschriebenen Vorsatz oder grobfahrlässig verletzt, so sind wir insoweit von der Verpflichtung zur Leistung gemäß § 6 Abs. 3 VersVG frei, als die

Allgemeine Bedingungen für AktivER GO! Die Unfallversicherung - Plus

Verletzung der Obliegenheit auf die Feststellung des Versicherungsfalles oder auf die Feststellung oder den Umfang der zu erbringenden Leistung einen Einfluss gehabt hat.

Abschnitt E: Sonstige Vertragsbestimmungen

33. Was ist die Versicherungsperiode und wann kommt es zu einer stillschweigenden Verlängerung?

33.1 Versicherungsperiode

Als Versicherungsperiode gilt der Zeitraum eines Jahres, wenn der Versicherungsvertrag nicht für eine kürzere Zeit abgeschlossen ist. Dies gilt auch dann, wenn die Jahresprämie vertragsgemäß in Teilbeträgen entrichtet wird.

Die erste Versicherungsperiode beginnt am ersten Tag 00:00 Uhr des Monats der auf den Versicherungsbeginn folgt. Fällt der Versicherungsbeginn auf den ersten Tag eines Monats, so beginnt die erste Versicherungsperiode mit diesem Tag. Jede weitere Versicherungsperiode beginnt an jenem Tag des Folgejahres 00:00 Uhr, der dem Tag des Beginns der ersten Versicherungsperiode entspricht. Die Versicherungsperiode endet jeweils am Vortag 24:00 Uhr unmittelbar vor dem Beginn der nächsten Versicherungsperiode. Das Ende der letzten Versicherungsperiode entspricht in Tag und Uhrzeit dem Versicherungsende.

33.2 Vertragsdauer

Beträgt die vereinbarte Vertragsdauer mindestens ein Jahr, verlängert sich der Vertrag jeweils um ein Jahr, wenn er nicht ein Monat vor Ablauf gekündigt wird. Beträgt die Vertragsdauer weniger als ein Jahr, endet der Vertrag ohne Kündigung.

33.3 Der Vertrag gilt zunächst für die in der Polizze festgesetzte Dauer. Beträgt diese mindestens ein Jahr, gilt das Versicherungsverhältnis jedes Mal um ein Jahr verlängert, wenn es nicht spätestens einen Monat vor Ablauf der Vertragslaufzeit von einem der Vertragspartner in geschriebener Form gekündigt worden ist. Die Kündigung wird erst mit Zugang beim anderen Vertragspartner wirksam und ist rechtzeitig, wenn sie spätestens ein Monat vor Ablauf des Versicherungsvertrages einlangt. Langt die Kündigung rechtzeitig ein, endet der Versicherungsvertrag mit Ablauf der vereinbarten Vertragslaufzeit.

33.4 Sind Sie Verbraucher im Sinne des § 1 Abs. 1 Z 2 Konsumentenschutzgesetz (KSchG), können Sie ein Versicherungsverhältnis, das Sie für eine Dauer von mehr als drei Jahren eingegangen sind, zum Ende des dritten Jahres oder jedes darauffolgenden Jahres in geschriebener Form kündigen (Kündigungsfrist ebenfalls ein Monat).

33.5 Erfolgt jedoch keine Kündigung, können in der Folge beide Vertragspartner den damit auf unbestimmte Zeit abgeschlossenen Versicherungsvertrag jeweils zum Ablauf eines Versicherungsjahres kündigen. Für diese Kündigung gelten obige Bestimmungen analog.

33.6 Für Versicherungsverträge, deren Abschluss nicht zum Betrieb eines Unternehmens des Versicherungsnehmers gehören (Verbraucher im Sinne des § 1 Abs. 1 Z 2 KSchG) gelten folgende Vereinbarungen:

- a) Wir verpflichten uns, Sie frühestens fünf und spätestens drei Monate vor Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer darüber zu informieren, dass Sie den Versicherungsvertrag zum Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer kündigen können. Weiters verpflichten wir uns, Sie über die mit der Kündigungsmöglichkeit verbundenen Rechtsfolgen zu informieren (siehe dazu die folgenden Punkte b und c).
- b) Sie haben ab Zugang der oben erwähnten Verständigung - aber auch schon davor - die Möglichkeit, Ihren Versicherungsvertrag zum Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer zu kündigen. Auch für diese Kündigung gelten die Bestimmungen von Punkt 33.3.
- c) Wenn Ihre Kündigung nicht spätestens ein Monat vor Ablauf der Vertragsdauer bei uns einlangt, verlängert sich der Versicherungsvertrag auf unbestimmte Zeit. Der damit auf unbestimmte Zeit abgeschlossene Versicherungsvertrag kann von beiden Vertragspartnern unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von einem Monat jeweils zum Ablauf eines Versicherungsjahres gekündigt werden. Auch für diese Kündigung gelten die Bestimmungen von Punkt 33.3.

33.7 Beträgt die vereinbarte Vertragsdauer weniger als ein Jahr, endet der Vertrag ohne Kündigung.

34. Wann und unter welchen Voraussetzungen kann gekündigt werden? Wann erlischt der Vertrag ohne Kündigung?

34.1 Kündigung nach Eintritt des Versicherungsfalles

- 34.1.1 Nach Eintritt des Versicherungsfalles haben wir das Recht, den Versicherungsvertrag unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von einem Monat zu kündigen, wenn
- innerhalb einer Versicherungsperiode mehr als ein Versicherungsfall eintritt und die Summe aus den

Allgemeine Bedingungen für AktivER GO! Die Unfallversicherung - Plus

Versicherungsleistungen das Dreifache der Jahresprämie dieser Versicherungsperiode übersteigt. Die Kündigung hat spätestens binnen eines Monats ab dem Zeitpunkt zu erfolgen in dem die dreifache Jahresprämie durch eine oder mehrere Auszahlungen von Versicherungsleistungen erreicht ist.

oder

- ein Versicherungsfall eintritt, zu dem wir eine Versicherungsleistung gemäß Punkt 25 - Wann ist die Leistung fällig? Wann tritt Verjährung ein? - anerkannt haben, die das Doppelte der Jahresprämie jener Versicherungsperiode erreicht, in der der Versicherungsfall eingetreten ist. Diese Kündigung hat binnen eines Monats nach Anerkenntnis der Versicherungsleistung zu erfolgen.

oder

- wir eine vertraglich vereinbarte Rentenleistung anerkannt haben, sofern das Doppelte der Jahresprämie erreicht wird.

oder

- Sie einen Anspruch auf Vertragsleistung arglistig erhoben haben. In diesem Fall können wir den Versicherungsvertrag mit sofortiger Wirkung kündigen.

- 34.1.2 Nach Eintritt des Versicherungsfalles können Sie den Versicherungsvertrag kündigen, wenn wir den Anspruch auf die Versicherungsleistung dem Grunde nach anerkannt oder erbracht haben. Darüber hinaus auch noch wenn wir einen gerechtfertigten Anspruch auf die versicherte Leistung ablehnen oder seine Anerkennung verzögern.

In allen Fällen ist die Kündigung innerhalb eines Monats von Ihnen vorzunehmen

- nach Anerkennung dem Grunde nach,
- nach erbrachter versicherter Leistung,
- nach Ablehnung des gerechtfertigten Anspruches auf die versicherte Leistung,
- nach Rechtskraft des Urteiles im Fall eines Rechtsstreites vor Gericht,
- nach Fälligkeit der versicherten Leistung bei Verzögerung der Anerkennung (Punkt 25 - Wann ist die Leistung fällig).

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

- 34.1.3 Uns steht die bis zur Vertragsauflösung anteilige Prämie zu.

- 34.2 Erlischt der Vertrag, weil die versicherte Person gestorben ist oder wird der Vertrag vorzeitig aufgelöst, so steht uns die bis zur Vertragsauflösung anteilige Prämie zu.

- 34.3 Mit Ende des Monats, in dem die versicherte Person das 80. Lebensjahr vollendet, erlischt der Vertrag automatisch, ohne dass es einer Kündigung bedarf.

- 34.4 Mit Beginn der Leistung aus der Unfallrente erlischt die Deckung für Unfallrente automatisch.

- 34.5 Haben wir mit Rücksicht auf die vereinbarte Vertragslaufzeit eine Ermäßigung der Prämie (Dauerrabatt) gewährt, können wir bei einer vorzeitigen Auflösung des Vertrages die Nachzahlung des Betrages fordern, um den die Prämie höher bemessen worden wäre, wenn der Vertrag nur für den Zeitraum, in dem er tatsächlich bestanden hat, geschlossen worden wäre. Bei zehnjähriger Vertragslaufzeit beträgt die Ermäßigung 20 % der Prämie. Dieser Nachlass wird in der Police in Prozent und Betrag ausgewiesen.

Diese Rückzahlungspflicht besteht nur für von Ihnen ausgesprochene Ablaufkündigungen gemäß § 8 Abs. 3 VersVG.

- 34.6 Nach Eröffnung eines Konkurs- oder Ausgleichsverfahrens über das Vermögen des Versicherungsnehmers können wir den Versicherungsvertrag unter Einhaltung einer einmonatigen Frist kündigen.

35. Wem steht die Ausübung der Rechte aus dem Vertrag zu? Wer hat die Pflichten aus dem Vertrag zu erfüllen?

- 35.1 Die Unfallversicherung kann gegen Unfälle, die Ihnen oder gegen Unfälle, die einem anderen zustoßen, genommen werden.

Eine Versicherung gegen Unfälle, die einem anderen zustoßen, gilt im Zweifel als für Rechnung des anderen genommen. Die Vorschriften der §§ 74 ff VersVG (Versicherung für fremde Rechnung) sind mit der Maßgabe anzuwenden, dass die Ausübung der Rechte aus dem Versicherungsvertrag ausschließlich Ihnen zusteht.

Allgemeine Bedingungen für AktivER GO! Die Unfallversicherung - Plus

Wird eine Versicherung gegen Unfälle, die einem anderen zustoßen, von Ihnen für eigene Rechnung genommen, so ist zur Gültigkeit des Vertrages die schriftliche Zustimmung des anderen erforderlich. Ist der andere geschäftsunfähig oder in der Geschäftsfähigkeit beschränkt und steht die Vertretung in den seine Person betreffenden Angelegenheiten Ihnen zu, so können Sie den anderen bei der Erteilung der Zustimmung nicht vertreten.

35.2 Alle für Sie getroffenen Bestimmungen gelten sinngemäß auch für die versicherte Person und jene Personen, die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag geltend machen.

35.3 Diese Personen sind neben Ihnen für die Erfüllung der Obliegenheiten, der Schadenminderungs- und Rettungspflicht verantwortlich.

36. Wer kann versichert werden?

Versichert werden können Personen mit dauerndem Aufenthalt in Österreich. Falls die versicherte Person ihren dauernden Aufenthalt außerhalb Österreichs nimmt, sind wir berechtigt, den Vertrag innerhalb eines Monats ab Kenntnis mit einer einmonatigen Kündigungsfrist zu kündigen. Dieses Recht steht auch Ihnen zu.

37. Wo können Ansprüche aus dem Vertrag gerichtlich geltend gemacht werden?

Wir können Klagen gegen Sie bei dem für Ihren Wohnsitz zuständigen Gericht erheben. Sie können uns ebenfalls an dem für Ihren Wohnsitz zuständigen Gericht klagen.

38. Welches Recht gilt?

Für diesen Vertrag gilt österreichisches Recht.

39. Auf welcher Basis wird der Vertrag indiziert?

Die Versicherungssummen und Prämien erhöhen sich jährlich zur Hauptfälligkeit der Prämie um den Prozentsatz, der den Veränderungen der Verbraucherpreise gemäß dem Index der Verbraucherpreise (laut Veröffentlichung des Österreichischen Statistischen Zentralamtes) seit der letzten Prämienhauptfälligkeit bzw. der letzten Wertanpassung entspricht, mindestens jedoch um 4 %. Es werden jene Indizes herangezogen, die jeweils drei Monate vor der Hauptfälligkeit Gültigkeit hatten. Wird der genannte Index nicht mehr veröffentlicht, so ist der an seine Stelle getretene Index heranzuziehen. Der Ausgangsindex ist in der Polizzae angeführt. Ausgenommen davon sind die Positionen "Taggeld", "Knochenbruch", "REHA-Management", "SOS Service" und "Fixkosten".

Diese Vereinbarung kann während der Dauer des Vertrages unter Einhaltung einer dreimonatigen Frist zur Hauptfälligkeit des Vertrages gekündigt werden.

Anhang

Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz 1958 (VersVG, - Stand 15.6.2021)

§ 1d

- (1) Ein Versicherungsverhältnis darf in Ansehung eines versicherbaren Risikos nicht deswegen abgelehnt oder gekündigt werden oder deshalb von einer höheren Prämie abhängig gemacht werden, weil der Versicherungsnehmer oder Versicherte behindert (§3 Bundes-Behindertengleichstellungsgesetz, BGBl. I Nr. 82/2005) ist.
- (2) Ein Prämienzuschlag darf nur dann vorgesehen werden, wenn der Gesundheitszustand einen bestimmenden Faktor für die Risikokalkulation in dem betreffenden Versicherungszweig darstellt und der individuelle Gesundheitszustand der versicherten Person eine wesentliche Erhöhung der Gefahr bewirkt. Ein Prämienzuschlag darf nur in dem Ausmaß erfolgen, das sich anhand der Risikokalkulation in dem konkreten Versicherungszweig aufgrund der Gefahrerhöhung errechnet.
- (3) Der Versicherer hat dem Versicherungsnehmer gegenüber offenzulegen, aufgrund welcher (insbesondere statistischer) Daten er zu einer wesentlichen Erhöhung der Gefahr kommt und aufgrund welcher Änderung in der versicherungsmathematischen Berechnung sich der Prämienzuschlag oder die mangelnde Versicherbarkeit des Risikos nach Abs. 1 ergibt. Fehlen statistische Daten oder sind die Daten unzureichend, so ist die Gefahrerhöhung auf der Grundlage von für den individuellen Gesundheitszustand der versicherten Person relevantem und verlässlichem medizinischen Wissen darzulegen, wenn der Versicherungsnehmer dies verlangt. Die Gründe für die konkrete Gefahrerhöhung und den Prämienzuschlag sind in einer gesonderten Urkunde auszuweisen diese ist dem Versicherungsnehmer spätestens mit dem Versicherungsschein zu übermitteln.
- (4) Die vorstehenden Ansätze lassen die Bestimmungen des Bundes-Behindertengleichstellungsgesetzes unberührt und gelten sinngemäß auch für den Fall, dass der mit oder für eine behinderte Person abgeschlossene Versicherungsvertrag Wartefristen, einen Risikoausschluss oder Verminderungen des Leistungsumfangs aufweist.

§ 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.

§ 8

- (1) Eine Vereinbarung, nach welcher ein Versicherungsverhältnis als stillschweigend verlängert gilt, wenn es nicht vor Ablauf der Vertragszeit gekündigt wird, ist insoweit nichtig, als sich die jedesmalige Verlängerung auf mehr als ein Jahr erstreckt.
- (2) Ist ein Versicherungsverhältnis auf unbestimmte Zeit eingegangen (dauernde Versicherung), so kann es von beiden Teilen nur für den Schluss der laufenden Versicherungsperiode gekündigt werden. Die Kündigungsfrist muss für beide Teile gleich sein und darf nicht weniger als einen Monat, nicht mehr als drei Monate betragen. Auf das Kündigungsrecht können die Parteien einverständlich

Allgemeine Bedingungen für AktivER GO! Die Unfallversicherung - Plus

bis zur Dauer von zwei Jahren verzichten.

- (3) Ist der Versicherungsnehmer Verbraucher (§1 Abs. 1 Z2 KSchG), so kann er ein Versicherungsverhältnis, das er für eine Dauer von mehr als drei Jahren eingegangen ist, zum Ende des dritten Jahres oder jedes darauffolgenden Jahres unter Einhaltung einer Frist von einem Monat schriftlich kündigen. Eine allfällige Verpflichtung des Versicherungsnehmers zum Ersatz von Vorteilen, besonders Prämiennachlässen, die ihm wegen einer vorgesehenen längeren Laufzeit des Vertrages gewährt worden sind, bleibt unberührt.

§ 11a

- (1) Der Versicherer darf im Zusammenhang mit Versicherungsverhältnissen, bei welchen der Gesundheitszustand des Versicherten oder eines Geschädigten erheblich ist, personenbezogene Gesundheitsdaten verwenden, soweit dies
1. zur Beurteilung, ob und zu welchen Bedingungen ein Versicherungsvertrag abgeschlossen oder geändert wird oder
 2. zur Verwaltung bestehender Versicherungsverträge oder
 3. zur Beurteilung und Erfüllung von Ansprüchen aus einem Versicherungsvertrag unerlässlich ist. Das Verbot der Ermittlung genanalytischer Daten gemäß § 67 Gentechnikgesetz bleibt unberührt.
- (2) Versicherer dürfen personenbezogene Gesundheitsdaten für die in Abs. 1 genannten Zwecke nur auf folgende Art ermitteln:
1. durch Befragung der Person, die versichert werden soll oder bereits versichert ist, beziehungsweise durch Befragung des Geschädigten oder
 2. anhand der vom Versicherungsnehmer oder vom Geschädigten beigebrachten Unterlagen oder
 3. durch Auskünfte von Dritten bei Vorliegen einer für den Einzelfall erteilten ausdrücklichen Einwilligung des Betroffenen (Art. 7 der Verordnung (EU) 2016/679 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten, zum freien Datenverkehr und zur Aufhebung der Richtlinie 95/46/EG (Datenschutz-Grundverordnung), ABl. Nr. L 119 vom 4. 5. 2016 S. 1, in der Fassung der Berichtigung ABl. Nr. L 314 vom 22. 11. 2016 S. 72) oder Zustimmung des Betroffenen oder
 4. zur Beurteilung und Erfüllung von Ansprüchen aus einem konkreten Versicherungsfall durch Auskünfte von untersuchenden oder behandelnden Ärzten, Krankenanstalten oder sonstigen Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge (Gesundheitsdienstleister) über Diagnose sowie Art und Dauer der Behandlung, sofern der Betroffene seine Einwilligung zu der Ermittlung ausdrücklich und in einer gesonderten Erklärung, die er jederzeit widerrufen kann, in geschriebener Form gegeben hat, nachdem ihn der Versicherer auf die Möglichkeit einer Einwilligung im Einzelfall (Z 3) aufmerksam machte und ihn klar und verständlich über die Folgen der Einwilligung sowie die Verweigerung der Einwilligung und über sein Widerrufsrecht im Falle der Einwilligung belehrte; solche Auskünfte dürfen erst eingeholt werden, nachdem der Betroffene von der beabsichtigten Auskunftserhebung unter Bekanntgabe der konkret nachgefragten Daten sowie des Zweckes der Datenermittlung verständigt und dabei über sein Widerspruchsrecht sowie die Folgen des Widerspruchs klar und verständlich belehrt wurde, und der Datenermittlung nicht binnen 14 Tagen (Einlangen des Widerspruchs) widersprochen hat; oder
 5. durch Heranziehung sonstiger, dem Versicherer rechtmäßigerweise bekanntgewordener Daten; diese sind dem Betroffenen mitzuteilen; essteht ihm das Widerspruchsrecht gemäß Art.21 der Verordnung (EU) 2016/679 zu.

§11b

- (1) Soweit in der Krankheitskostenversicherung Leistungen direkt zwischen dem Versicherer und dem Gesundheitsdienstleister (§ 11a Abs. 2 Z 4) verrechnet werden sollen, bedarf dies eines Auftrags des betroffenen Versicherungsnehmers oder Versicherten. Der Arzt oder der Träger der Einrichtung, dessen oder deren Leistung abgerechnet werden soll, hat den Betroffenen vor Erteilung des Auftrags zur Direktverrechnung darüber zu informieren, dass die in Abs.2 genannten Daten für Zwecke der Direktverrechnung an den Versicherer zu übermitteln sind. Dabei ist er auch darüber zu belehren, dass er diese Datenübermittlung jederzeit untersagen kann, was zur Folge haben könnte, dass der Versicherer zumindest vorerst die Deckung verweigert und er für diejenigen Leistungen zahlungspflichtig bleibt, die sonst gedeckt wären.
- (2) Erteilt der betroffene Versicherungsnehmer oder Versicherte nach Belehrung (Abs. 1) einen Auftrag zur Direktverrechnung, so darf der Versicherer für Zwecke der Direktverrechnung folgende personenbezogene Gesundheitsdaten des Betroffenen ohne dessen ausdrückliche Einwilligung durch Auskünfte des Gesundheitsdienstleisters ermitteln:
1. zwecks Einholung der Deckungszusage des Versicherers Daten über die Identität des Betroffenen, das Versicherungsverhältnis und die Aufnahmediagnose (Daten zum Grund der stationären Aufnahme oder der ambulanten Behandlung sowie zu der Frage, ob der Behandlung ein Unfall zugrunde liegt);
 2. zwecks Abrechnung und Überprüfung der Leistungen
 - a) Daten über die erbrachten Behandlungsleistungen (Daten zum Grund einer Behandlung und zu deren Ausmaß) einschließlich des Operationsberichts;
 - b) Daten über die Dauer des stationären Aufenthalts oder der Behandlung;
 - c) Daten über die Entlassung oder die Beendigung der Behandlung.
- (3) Über das Recht, die Datenermittlung nach Abs. 2 jederzeit zu untersagen, ist der Versicherungsnehmer bereits bei Abschluss des Versicherungsvertrages zu belehren. Die Belehrung ist besonders hervorzuheben.

Allgemeine Bedingungen für AktivER GO! Die Unfallversicherung - Plus

§ 11c

- (1) Soweit eine ausdrückliche, den einzelnen Übermittlungsfall betreffende Einwilligung des Betroffenen nach § 11a Abs. 2 Z 3 nicht vorliegt, dürfen Versicherer Gesundheitsdaten für die in § 11a Abs. 1 genannten Zwecke nur an folgende Empfänger übermitteln:
 1. Gesundheitsdienstleister (§ 11a Abs. 2 Z 4),
 2. Sozialversicherungsträger, Rückversicherer oder Mitversicherer,
 3. andere Versicherer, die bei Abwicklung von Ansprüchen aus einem Versicherungsfall mitwirken,
 4. vom Versicherer herangezogene befugte Sachverständige,
 5. gewillkürte oder gesetzliche Vertreter des Betroffenen,
 6. Gerichte, Staatsanwaltschaften, Verwaltungsbehörden, Schlichtungsstellen und sonstige Einrichtungen der Streitbeilegung und ihre Organe, einschließlich der von ihnen bestellten Sachverständigen.
- (2) Der Versicherer hat auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder jedes Versicherten Auskunft über und Einsicht in Gutachten zu geben, die auf Grund einer ärztlichen Untersuchung eines Versicherten erstattet worden sind, wenn die untersuchte Person in die Auskunftserteilung oder Einsichtgewährung einwilligt. Auf Verlangen sind den auskunftsberechtigten Personen gegen Aufwandsersatz auch Abschriften dieser Gutachten zur Verfügung zu stellen.

§ 11d

Nach den §§ 11a und 11b erhobene Gesundheitsdaten unterliegen dem besonderen Geheimnisschutz des § 321 VAG 2016 mit der Maßgabe, dass das Vorliegen eines berechtigten privaten Interesses an der Weitergabe außerhalb der Fälle der §§ 11a und 11c ausgeschlossen ist. Derartige Daten sind umgehend zu löschen, sobald sie nicht mehr für einen rechtlich zulässigen Zweck aufbewahrt werden; dies gilt insbesondere im Zusammenhang mit Gesundheitsdaten, die in Vorbereitung eines nicht zustande gekommenen Versicherungsvertrags erhoben wurden.

§ 12

- (1) Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Steht der Anspruch einem Dritten zu, so beginnt die Verjährung zu laufen, sobald diesem sein Recht auf die Leistung des Versicherers bekannt geworden ist; ist dem Dritten dieses Recht nicht bekannt geworden, so verjähren seine Ansprüche erst nach zehn Jahren.
- (2) Ist ein Anspruch des Versicherungsnehmers beim Versicherer angemeldet worden, so ist die Verjährung bis zum Einlangen einer schriftlichen Entscheidung des Versicherers gehemmt, die zumindest mit der Anführung einer der Ablehnung derzeit zugrunde gelegten Tatsache und gesetzlichen oder vertraglichen Bestimmung begründet ist. Nach zehn Jahren tritt jedoch die Verjährung jedenfalls ein. Diese muss zumindest mit einer der Ablehnung derzeit zugrunde gelegten Tatsache und einer gesetzlichen oder vertraglichen Bestimmung begründet sein. Nach zehn Jahren tritt jedoch jedenfalls Verjährung 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

Allgemeine Bedingungen für AktivER GO! Die Unfallversicherung - Plus

beruht. Der Versicherer ist jedoch auch in diesem Fall von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn die im § 23 Abs. 2 vorgesehene Anzeige nicht unverzüglich gemacht wird und der Versicherungsfall später als einen Monat nach dem Zeitpunkt eintritt, in welchem die Anzeige dem Versicherer hätte zugehen müssen, es sei denn, dass ihm in diesem Zeitpunkt die Erhöhung der Gefahr bekannt war.

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

§ 26

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

§ 27

- (1) Tritt nach dem Abschluss des Vertrages unabhängig vom Willen des Versicherungsnehmers eine Erhöhung der Gefahr ein, so ist der Versicherer berechtigt, das Versicherungsverhältnis unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von einem Monat zu kündigen. Das Kündigungsrecht erlischt, wenn es nicht innerhalb eines Monats von dem Zeitpunkt an ausgeübt wird, in dem der Versicherer von der Erhöhung der Gefahr Kenntnis erlangt hat, oder wenn der Zustand wiederhergestellt ist, der vor der Erhöhung bestanden hat.
- (2) Der Versicherungsnehmer hat, sobald er von der Erhöhung der Gefahr Kenntnis erlangt, dem Versicherer unverzüglich Anzeige zu machen.
- (3) Ist die Erhöhung der Gefahr durch allgemein bekannte Umstände verursacht, die nicht nur auf die Risiken bestimmter Versicherungsnehmer einwirken, etwa durch eine Änderung von Rechtsvorschriften, so erlischt das Kündigungsrecht des Versicherers nach Abs. 1 erst nach einem Jahr und ist Abs. 2 nicht anzuwenden.

§ 28

- (1) Wird die im § 27 Abs. 2 vorgesehene Anzeige nicht unverzüglich gemacht, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Versicherungsfall später als einen Monat nach dem Zeitpunkt eintritt, in welchem die Anzeige dem Versicherer hätte zugehen müssen.
- (2) Die Verpflichtung des Versicherers bleibt bestehen, wenn ihm die Erhöhung der Gefahr in dem Zeitpunkt bekannt war, in welchem ihm die Anzeige hätte zugehen müssen. Das gleiche gilt, wenn zur Zeit des Eintritts des Versicherungsfalls die Frist für die Kündigung des Versicherers abgelaufen und eine Kündigung nicht erfolgt ist oder wenn die Erhöhung der Gefahr keinen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalls oder soweit sie keinen Einfluss auf den Umfang der Leistung des Versicherers gehabt hat.

§ 29

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

§ 30

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

§ 38

- (1) Ist die erste oder einmalige Prämie innerhalb von 14 Tagen nach dem Abschluss des 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 Versicherungsfalls 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

Allgemeine Bedingungen für AktivER GO! Die Unfallversicherung - Plus

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 zu 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 Ablauf der Zahlungsfrist die Zahlung nachholt, sofern nicht der Versicherungsfall bereits eingetreten ist.
- (4) Die Nichtzahlung von Zinsen und 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.

§ 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.

Allgemeine Bedingungen für AktivER GO! Die Unfallversicherung - Plus

§ 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.