

Allgemeine Bedingungen für die Bergungskostenversicherung (ABBK 2016)

ABBK 2016

Versicherungsschutz

- Artikel 1 Was ist versichert?
- Artikel 2 Was ist der Versicherungsfall?
- Artikel 3 Wo gilt die Versicherung?
- Artikel 4 Wann gilt die Versicherung?
- Artikel 5 Was ist ein Unfall?

Versicherungsleistung

- Artikel 6 Heilkosten inkl. kosmetische Operationen
- Artikel 7 Bergungskosten
- Artikel 8 Welche Sonderleistungen gelten versichert? Was zahlen wir zusätzlich?
- Artikel 9 Was gilt für die Einzelunfallversicherung?
- Artikel 10 Was gilt für die Partnerunfallversicherung?
- Artikel 11 Was gilt für die Familienunfallversicherung?
- Artikel 12 Was gilt für die Alleinerzieherunfallversicherung?

Begrenzung des Versicherungsschutzes

- Artikel 13 Welche Unfälle sind ausgeschlossen?

Pflichten des Versicherungsnehmers

- Artikel 14 Was gilt als Versicherungsperiode, wann ist die Prämie zu bezahlen und wann beginnt der Versicherungsschutz?

Sonstige Vertragsbestimmungen

- Artikel 15 Was ist vor und nach Eintritt eines Versicherungsfalles zu beachten bzw. zu tun? (Obliegenheiten)
- Artikel 16 Wem steht die Ausübung der Rechte aus dem Vertrag zu? Wer hat die Pflichten aus dem Vertrag zu erfüllen?
- Artikel 17 Wo können Ansprüche aus dem Vertrag gerichtlich geltend gemacht werden?
- Artikel 18 Welches Recht gilt?

Anhang: Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz

Zu Ihrer Orientierung

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

Für sonstige Anzeigen und Erklärungen an uns ist die geschriebene Form erforderlich, sofern nicht die Schriftform ausdrücklich und mit gesonderter Erklärung vereinbart wurde. Der geschriebenen Form wird durch Zugang eines Textes in Schriftzeichen entsprochen, aus dem die Person des Erklärenden hervorgeht (z.B. E-Mail oder elektronische Kommunikation gem. § 5a VersVG). Schriftform bedeutet, dass dem Erklärungsempfänger das Original der Erklärung mit eigenhändiger Unterschrift des Erklärenden zugehen muss.

Versicherungsschutz

Artikel 1 – Was ist versichert?

Wir bieten Versicherungsschutz, wenn der versicherten Person ein Unfall zustößt.
Aus der Police ist ersichtlich, welche Leistungen und Versicherungssummen zum Zeitpunkt des Schadenfalles vereinbart sind.

Artikel 2 – Was ist der Versicherungsfall?

Versicherungsfall ist der Eintritt eines Unfalles (gemäß Artikel 5 – Was ist ein Unfall).

Artikel 3 – Wo gilt die Versicherung?

Die Versicherung gilt auf der ganzen Erde.

Artikel 4 – Wann gilt die Versicherung?

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

Artikel 5 – Was ist ein Unfall?

1. Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.
 - 1.1. Gesundheitsschädigungen, die die versicherte Person bei Bemühungen zur Rettung von Menschen- und Tierleben oder im Zuge rechtmäßiger Verteidigung erleidet, gelten als unfreiwillig erlitten.
 - 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.
 - 1.3. Gesundheitsschädigungen, die aufgrund akuter Mangeldurchblutung 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.

Gesundheitsschädigungen, die aufgrund akuter Mangeldurchblutung 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.
 - 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.

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.

2. Als Unfall gelten auch folgende Ereignisse:

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

2.2. Erfrieren

2.3. Verhungern, Verdursten

2.4. Einwirkung von Blitzschlag oder elektrischem Strom; Verbrennungen und Verbrühungen.

2.5. Gesundheitsschädigung infolge unabsichtlicher Einnahme von für den Verzehr nicht vorgesehener Stoffe oder verdorbener Lebensmittel (Lebensmittelvergiftung).

2.6. Gesundheitsschädigung infolge Verschluckens von festen Stoffen und Kleinteilen bei Kindern bis zum vollendeten 6. Lebensjahr.

2.7. Unfälle, die durch einen Herzinfarkt oder Schlaganfall der versicherten Person herbeigeführt wurden.

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

3.1. Folgen des Wundstarrkrampfes, Wundinfektionen und der Tollwut, wenn diese durch einen Unfall gemäß Artikel 5, Punkt 1 - Was ist ein Unfall - verursacht wurden.

Versicherungsleistungen

Artikel 6 – Heilkosten inkl. kosmetische Operationen

Was gilt bei vereinbarter Leistung Heilkosten inkl. kosmetischer Operationen?

Bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme Heilkosten inkl. 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.

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 200 Euro je Versicherungsfall für amtliches Kilometergeld bei Fahrten mit dem Privat-PKW.

Wir versichern auch medizinisch notwendige Heilkosten in 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.

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, Kosten für Reparatur oder Wiederbeschaffung von abnehmbaren Zahnersätzen.

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

Nicht versichert gelten: Anschaffung von Trainingsgeräten.

Die Versicherungssumme für Heilkosten inklusive den beschriebenen Erweiterungen steht pro Unfallereignis gesamt einmal zur Verfügung.

Alternative Heilmethoden

Die Kosten für Aufwendungen der traditionellen chinesische 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.

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. Wir ersetzen Begleitkosten bis maximal 20% der vereinbarten Versicherungssumme für Heilkosten.

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-, Reha-, Bade-, Erholungsreisen und -aufenthalte.

Kosmetische Operationen

Zur Verfügung steht die doppelte 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 Arzthonorar, 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.

Artikel 7 – Bergungskosten

Was gilt bei vereinbarter Leistung Bergungskosten?

Die Leistung wird bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme erbracht, wenn die versicherte Person 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 Krankenhaus. 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 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 durch außergewöhnliche Wassermassen (z.B. Überschwemmung, Sturmflut) oder außergewöhnliche Wetterverhältnisse (z.B. Sturm, Unwetter) während des Aufenthalts auf Wasserflächen in eine Zwangs- oder Notlagegerät.

Artikel 8 – Welche Sonderleistungen gelten versichert? Was zahlen wir zusätzlich?

Sollten durch den Unfall selbst, die Bergung oder den Nottransport Kleidungsstücke oder Ausrüstungsgegenstände beschädigt oder zerstört werden, übernehmen wir die durch einen Rechnungsbeleg nachgewiesenen Kosten für die Neuanschaffung maximal bis 1.000,- Euro.

Artikel 9 – Was gilt für die Einzelunfallversicherung?

Versicherungsschutz besteht für die in der Polizza angeführte Person.

Artikel 10 – Was gilt für die Partnerunfallversicherung?

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

Artikel 11 – Was gilt für die Familienunfallversicherung?

Versicherungsschutz besteht für zwei erwachsene, namentlich genannte und in der Polizza angeführte Personen und die im gemeinsamen Haushalt lebenden namentlich genannten minderjährigen Kinder, Stief-, Adoptiv-, Pflege- oder Enkelkinder. Zu den Erwachsenen zählen Ehepartner oder Lebensgefährten (auch gleichgeschlechtlich).

Artikel 12 – Was gilt für die Alleinerzieherunfallversicherung?

Versicherungsschutz besteht für eine erwachsene, namentlich genannte und in der Polizza angeführte Person und die im gemeinsamen Haushalt lebenden namentlich genannten minderjährigen Kinder, Stief-, Adoptiv-, Pflege- oder Enkelkinder.

Begrenzung des Versicherungsschutzes

Artikel 13 – Welche Unfälle sind ausgeschlossen?

Kein Versicherungsschutz besteht für Unfälle:

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.

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 geförderter Sportler bei der Ausübung der geförderten Sportart – inklusive Training dazu – erleidet. Auch bei Unterschreiten dieser Einkommensgrenze gelten die in den folgenden Punkten der Ausschlussgründe genannten Sportarten nicht versichert.

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.

4. Die die versicherte Person beim Fußballsport in den jeweiligen vier höchsten Spielklassen erleidet. Gleiches gilt für den Handballsport in den beiden höchsten Spielklassen.

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

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

6. Die die versicherte Person bei Kampfsportarten mit vollem Körperkontakt (wie zum Beispiel: Boxen, Karate, Kickboxen, Escrima oder ähnlichen Sportarten) oder Semikontakt (wie zum Beispiel: Judo, Taekwondo oder ähnlichen Sportarten) erleidet.

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 und ähnliches) erleidet.
Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen ist auch das Klettern im Klettersteig ab Schwierigkeitsgrad D (Skala nach Kurt Schall) und Bouldern ab Schwierigkeitsgrad 5c+ Fb-bloc (reines Boulder Problem nach Fontainebleau-Skala).

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 oder ähnliches sowie am offiziellen Training für diese Veranstaltungen.

9. Die der versicherten Person zustoßen beim Rennradfahren mit Teilnahmen an Jedermann-, Amateur-, Bahn-, Straßenrennen und ähnliche Veranstaltungen sowie Downhill-Mountainbiking.
10. Es besteht kein Versicherungsschutz für Unfälle beim Springreiten, Vielseitigkeits- und Military Reiten, Polospielen, Hindernisreiten, Rennreiten, Teilnahme an Trabrennen, Rodeo- und Westernreiten sowie reitsportlichen Wettkämpfen.
11. Die der versicherten Person zustoßen bei Tauchgängen mit außergewöhnlichem Risiko (Tauchen tiefer als 40 Meter Tauchtiefe, Wrack- oder Nachtauchen, Solotauchgänge, Apnoetauchen, Höhlen- und Eistauchen, Haitauchen ohne Schutzkäfig, „Tauchexpeditionen“). Der Versicherungsschutz besteht aber für solche Tauchgänge als Mitglied einer Rettungsorganisation im Einsatz.
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 10. Lebensjahr gelten alle Sportarten mitversichert.

13. Die sich beim Versuch oder der Begehung strafbarer Handlungen durch die versicherte Person, für die Vorsatz ein Tatbestandsmerkmal ist, ereignen.
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 7. Tages nach Beginn des Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staates, in dem sich die versicherte Person aufhält. Die Erweiterung gilt nicht bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht. 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.

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.
16. Der versicherten Person infolge
 - einer Bewusstseinsstörung; oder
 - einer erheblichen Beeinträchtigung der psychologischen Leistungsfähigkeit durch Alkohol, Suchtgifte oder Medikamente; oder
 - eines epileptischen Anfalls; oder

- eines anderen Krampfanfalls, der den ganzen Körper der versicherten Person ergreift. Versicherungsschutz besteht aber für Unfälle, wenn dieser Krampfanfall durch ein versichertes Ereignis verursacht wurde.
- 16.1. Versichert sind aber Unfälle infolge kurzfristiger Bewusstseinsstörungen, sofern diese nur kurzfristig sind und keine internistische oder neurologische Erkrankung zugrunde liegt. Die Ausschlussbestimmungen des Punktes 16.2 finden allerdings uneingeschränkt Anwendung.
- 16.2. Eine erhebliche Beeinträchtigung liegt bei einem Lenker eines Kraftfahrzeuges zu Land, Wasser und in der Luft jedenfalls ab einem Blutalkoholwert zum Unfallzeitpunkt von 0,8 Promille vor, bei sonstigen Unfällen ab 1,3 Promille.
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.

Pflichten des Versicherungsnehmers

Artikel 14 – Was gilt als Versicherungsperiode, wann ist die Prämie zu bezahlen und wann beginnt der Versicherungsschutz?

1. Die Versicherungsperiode beginnt zum gewählten Abschlusszeitpunkt (Datum und Uhrzeit) und endet automatisch nach Ablauf des gewählten Zeitraums.
2. Die einmalige Prämie, einschließlich Gebühren und Versicherungssteuer, ist vom Versicherungsnehmer unmittelbar bei Abschluss des Vertrages durch die im Abschlussvorgang angebotenen Bezahlungsmöglichkeiten zu bezahlen. Mit der Bezahlung der Prämie wird der Versicherungsschutz für die gewählte Dauer aktiviert. Über den Erfolg der Zahlung wird der Versicherungsnehmer während des Bezahlvorgangs informiert. Für die Folgen nicht rechtzeitiger Prämienzahlung gelten die §§ 38ff VersVG (siehe Anhang).

Artikel 15 – Was ist vor und nach Eintritt eines Versicherungsfalles zu beachten bzw. zu tun? (Obliegenheiten)

1. Obliegenheiten vor Eintritt des Versicherungsfalles
Um dem Eintritt des Versicherungsfalles oder einer Erhöhung des Umfangs der Versicherungsleistung 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.

Eine Verletzung dieser Obliegenheiten bewirkt die Leistungsfreiheit des Versicherers gemäß § 6 Absatz 2 Versicherungsvertragsgesetz.

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:
 - 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.
 - 2.2. Ein Unfall ist uns unverzüglich – spätestens innerhalb einer Woche – in geschriebener Form anzuzeigen.
 - 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.
 - 2.4. Ein von uns übersandtes Unfallmeldeformular 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.
 - 2.5. Werden Ärzte von uns beauftragt, hat sich die versicherte Person auch von diesen untersuchen zu lassen.
 - 2.6. Bei Ansprüchen auf Kostenersatz sind uns die aufgewendeten Kosten durch Originalbelege nachzuweisen. Diese Belege gehen dann in unser Eigentum über.

3. Wird eine der in Punkt 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 Artikel 3 Versicherungsvertragsgesetz befreit.
4. Wird eine der genannten Obliegenheiten mit einem anderen als den in Punkt 3 beschriebenen Vorsatz oder grobfahrlässig verletzt, so sind wir insoweit von der Verpflichtung zur Leistung gemäß § 6 Artikel 3 Versicherungsvertragsgesetz frei, als die Verletzung der Obliegenheit auf die Feststellung des Versicherungsfalles oder auf die Feststellung oder den Umfang der zu erbringenden Leistung einen Einfluss gehabt hat.

Sonstige Vertragsbestimmungen

Artikel 16 – Wem steht die Ausübung der Rechte aus dem Vertrag zu? Wer hat die Pflichten aus dem Vertrag zu erfüllen?

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 §§ 75 ff Versicherungsvertragsgesetz (Versicherung für fremde Rechnung) sind mit der Maßgabe anzuwenden, dass die Ausübung der Rechte aus dem Versicherungsvertrag ausschließlich Ihnen zusteht.

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.

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

Artikel 17 – Wo können Ansprüche aus dem Vertrag gerichtlich geltend gemacht werden?

Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach dem für unseren Sitz oder unserer für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung. Hat ein selbständiger Vermittler am Zustandekommen des Vertrages mitgewirkt, ist auch das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Vermittler zur Zeit der Vermittlung oder des Abschlusses seine gewerbliche Niederlassung oder – bei Fehlen einer gewerblichen Niederlassung – seinen Wohnsitz hatte.

Wir können Klagen gegen Sie bei dem für Ihren Wohnsitz zuständigen Gericht erheben.

Artikel 18 – Welches Recht gilt?

Für diesen Vertrag gilt österreichisches Recht (vorbehaltlich des Artikel 6 Abs 2 der EU-Verordnung Nr. 593/2008).

Anhang

Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz 1958 (VersVG, BGBl. Nr. 2/1959 idF. BGBl. I Nr. 34/2012)

Kündigungsrecht nach § 6 Versicherungsvertragsgesetz

(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.

Zustimmung zur Ermittlung und sonstigen Verwendung von Daten gem. § 11a Versicherungsvertragsgesetz

1. Der Versicherer darf im Zusammenhang mit Versicherungsverhältnissen, bei welchen der Gesundheitszustand des Versicherten oder eines Geschädigten erheblich ist, personenbezogene Gesundheitsdaten verwenden, soweit dies
 - 1.1. zur Beurteilung, ob und zu welchen Bedingungen ein Versicherungsvertrag abgeschlossen oder geändert wird oder
 - 1.2. zur Verwaltung bestehender Versicherungsverträge oder
 - 1.3. 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:
 - 2.1. durch Befragung der Person, die versichert werden soll oder bereits versichert ist beziehungsweise durch Befragung des Geschädigten oder
 - 2.2. anhand der vom Versicherungsnehmer oder vom Geschädigten beigebrachten Unterlagen oder
 - 2.3. durch Auskünfte von Dritten bei Vorliegen einer für den Einzelfall erteilten ausdrücklichen Zustimmung des Betroffenen oder

- 2.4. 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 über Diagnose sowie Art und Dauer der Behandlung, sofern der Betroffene dem ausdrücklich schriftlich zugestimmt und dies im Einzelfall nicht untersagt hat, oder
- 2.5. durch Heranziehung sonstiger, dem Versicherer rechtmäßiger Weise bekannt gewordener Daten; diese sind dem Betroffenen mitzuteilen; es steht ihm das Widerspruchsrecht gemäß § 28 Datenschutzgesetz 2000 zu.
3. Soweit eine ausdrückliche, den einzelnen Übermittlungsfall betreffende Zustimmung des Betroffenen nicht vorliegt, dürfen Versicherer Gesundheitsdaten für die in Abs. 1 genannten Zwecke nur an folgende Empfänger übermitteln:
 - 3.1. untersuchende oder behandelnde Ärzte, Krankenanstalten oder sonstige Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge oder
 - 3.2. Sozialversicherungsträger, Rückversicherer oder Mitversicherer oder
 - 3.3. andere Versicherer, die bei Abwicklung von Ansprüchen aus einem Versicherungsfall mitwirken, oder
 - 3.4. vom Versicherer herangezogene befugte Sachverständige oder
 - 3.5. gewillkürte oder gesetzliche Vertreter des Betroffenen oder
 - 3.6. Gerichte, Verwaltungsbehörden, Schlichtungsstellen und sonstige Einrichtungen der Streitbeilegung und ihre Organe einschließlich der von ihnen bestellten Sachverständigen.
4. Der Versicherer ist verpflichtet, auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder jedes Versicherten Auskunft über und Einsicht in Gutachten zu geben, die auf Grund einer ärztlichen Untersuchung eines Versicherten erstattet worden sind, wenn die untersuchte Person der Auskunftserteilung beziehungsweise der Einsicht Gewährung zustimmt.
5. Gemäß Abs. 1 und 2 erhobene Gesundheitsdaten unterliegen dem besonderen Geheimnisschutz des § 108a VAG mit der Maßgabe, dass das Vorliegen eines berechtigten privaten Interesses an der Weitergabe außerhalb der Fälle der Abs. 1 und 3 ausgeschlossen ist. Derartige Daten sind umgehend zu löschen, sobald sie nicht mehr für einen rechtlich zulässigen Zweck aufbewahrt werden; dies gilt insbesondere im Zusammenhang mit Gesundheitsdaten, die in Vorbereitung eines nicht zustande gekommenen Versicherungsvertrags erhoben wurden.

Verjährung gemäß § 12 Versicherungsvertragsgesetz

(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.

Kündigung gemäß § 38 Versicherungsvertragsgesetz

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.

Kündigung gemäß § 39 Versicherungsvertragsgesetz

1. Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, so kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten schriftlich eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen bestimmen; Zur Unterzeichnung genügt eine Nachbildung der eigenhändigen Unterschrift. Dabei sind die Rechtsfolgen anzugeben, die nach Abs. 2 und 3 mit dem Ablauf der Frist verbunden sind. Eine Fristbestimmung, ohne Beachtung dieser Vorschriften, ist unwirksam.
2. Tritt der Versicherungsfall nach dem Ablauf der Frist ein und ist der Versicherungsnehmer zur Zeit des Eintrittes mit der Zahlung der Folgeprämie im Verzug, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, es sei denn, dass der Versicherungsnehmer an der rechtzeitigen Zahlung ohne sein Verschulden verhindert war.
3. Der Versicherer kann nach dem Ablauf der Frist das Versicherungsverhältnis ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen, wenn der Versicherungsnehmer mit der Zahlung im Verzug ist. Die Kündigung kann bereits mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer 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.

Versicherung auf fremde Rechnung gemäß § 75 Versicherungsvertragsgesetz

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

Information zu den Rücktrittsrechten gemäß §§ 5b und 5 c VersVG, 3, 3a KSchG, 8 iVm 10 Z 2 FernFinG:

Der Verbraucher hat den Kontakt mit dem Kunden selbst angebahnt. Beim gegenständlichen Vertrag handelt es sich um einen Vertrag mit einer Laufzeit von weniger als 1 Monat. Ein Rücktrittsrecht im Sinne der oben angeführten Bestimmungen besteht folglich nicht bzw. wird ein solches hiemit ausdrücklich ausgeschlossen.