

Besondere Vertragsbeilage Nr. 301944

Allgemeine Bedingungen für die Unfallversicherung (AUVB); Fassung 2015

Inhalt	Seite
Abschnitt A: Versicherungsschutz	2
Artikel 1 Was ist der Gegenstand der Versicherung?.....	2
Artikel 2 Was ist der Versicherungsfall?	2
Artikel 3 Wo gilt die Versicherung?	2
Artikel 4 Wann gilt die Versicherung?	2
Artikel 5 Wann beginnt die Versicherung?	2
Artikel 6 Was ist ein Unfall? (Begriff des Unfalles)	2
Abschnitt B: Versicherungsleistungen	3
Artikel 7 Was wird geleistet, und wie wird der Invaliditätsgrad berechnet?	3
Artikel 8 Was wird zusätzlich geleistet?	4
Artikel 9 Wann sind die Leistungen fällig?	7
Abschnitt C: Begrenzungen des Versicherungsschutzes	8
Artikel 10 Was ist nicht versichert?	8
Artikel 11 Wann wird die Leistung gekürzt und welche sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes gibt es?	9
Abschnitt D: Pflichten des Versicherungsnehmers	10
Artikel 12 Wann ist die Prämie zu bezahlen?.....	10
Artikel 13 Was ist bei Änderung der Beschäftigung zu beachten?	10
Artikel 14 Was ist nach Eintritt eines Versicherungsfalles zu beachten? (Obliegenheiten).....	11
Abschnitt E: Sonstige Vertragsbestimmungen	12
Artikel 15 Wie wird bei Meinungsverschiedenheiten verfahren? (Ärztekommission).....	12
Artikel 16 Wann und wie kann der Versicherungsvertrag gekündigt werden?	13
Artikel 17 Wann endet der Versicherungsvertrag ohne Kündigung?	13
Artikel 18 Was ist bei Erreichung bzw. Überschreitung des Alterslimits zu beachten?	13
Artikel 19 Wer darf Rechte aus dem Versicherungsvertrag ausüben?	14
Artikel 20 Wer hat Pflichten aus dem Versicherungsvertrag zu erfüllen?	14
Artikel 21 Welches Gericht ist zuständig?	14
Artikel 22 Wie können Erklärungen abgegeben werden?	15

Abschnitt A: Versicherungsschutz

Artikel 1 Was ist der Gegenstand der Versicherung?

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

Aus der Police und den Vertragsbeilagen ist ersichtlich, welche Leistungen und Versicherungssummen vereinbart sind.

Artikel 2 Was ist der Versicherungsfall?

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

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 Wann beginnt die Versicherung?

1. Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz wird mit der Einlösung der Police (Artikel 12, Prämie), jedoch nicht vor dem vereinbarten Versicherungsbeginn wirksam. Wird die erste oder die einmalige Prämie erst danach eingefordert, dann aber binnen 14 Tagen oder ohne schuldhaften Verzug gezahlt, ist der Versicherungsschutz ab dem vereinbarten Versicherungsbeginn gegeben.

2. Vorläufige Deckung

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

Ist eine vorläufige Deckung vereinbart, endet diese jedenfalls mit Aushändigung der Police.

Uns steht in diesem Fall die auf die Zeit des Versicherungsschutzes entfallende anteilige Prämie zu.

Artikel 6 Was ist ein Unfall? (Begriff des Unfalles)

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

2. Als Unfall gelten auch folgende Ereignisse:

2.1. Verrenkungen von Gliedern;

2.2. Zerrungen und Zerreißen von an Gliedmaßen und an der Wirbelsäule befindlichen Muskeln, Sehnen, Bändern und Kapseln;

2.3. Meniskusverletzungen;

2.4. Erfrieren;

2.5. Ertrinken;

2.6. Ersticken;

2.7. Einatmen von Gasen oder Dämpfen, es sei denn, dass diese Einwirkungen allmählich erfolgen;

- 2.8. Einnehmen von giftigen oder ätzenden Stoffen, es sei denn, dass diese Einwirkungen allmählich erfolgen (bei Kindern vor Vollendung des sechsten Lebensjahres ist die unfreiwillig erlittene Gesundheitsschädigung nicht Voraussetzung für die Erbringung der Leistung);
- 2.9. Verschlucken von Gegenständen bei Kindern bis zum vollendeten 6. Lebensjahr, wobei die unfreiwillig erlittene Gesundheitsschädigung nicht Voraussetzung für die Erbringung der Leistung ist;
- 2.10. Vergiftungen, auch Lebensmittelvergiftungen, wenn kein Eigenverschulden vorliegt;
- 2.11. Wundstarrkrampf und Tollwut, wenn diese durch einen Unfall gemäß Artikel 6 Punkt 1 entstehen;
- 2.12. Herzinfarkt und Schlaganfall;
Der Versicherungsschutz erstreckt sich auch auf Unfälle, die der Versicherte infolge eines ihn treffenden Herzinfarktes oder Schlaganfalles erleidet; ein Herzinfarkt und/oder Schlaganfall gilt jedoch in keinem Fall als Unfallfolge;
- 2.13. Bei Hilfeleistung und der versuchten oder vollbrachten Rettung von Menschenleben und/oder Tieren gelten oben beschriebene Ereignisse auch als Unfall, wenn dabei eine mögliche Gesundheitsschädigung in Kauf genommen wird.

Abschnitt B: Versicherungsleistungen

Artikel 7 Was wird geleistet, und wie wird der Invaliditätsgrad berechnet?

1. Die versicherten Leistungen ergeben sich aus der Polizza und den dazugehörigen Vertragsbeilagen.

Voraussetzungen für die Leistung:

- 1.1. Die versicherte Person ist durch den Unfall auf Lebenszeit in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt.
- 1.2. Die Invalidität ist innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten. Sie ist unter Vorlage eines ärztlichen Befundberichtes, aus dem Art und Umfang der Gesundheitsschädigung und die Möglichkeit einer auf Lebenszeit dauernden Invalidität hervorgeht, bei uns geltend gemacht worden.

2. Art und Höhe der Leistung – Gliedertaxe

- 2.1. Bei völligem Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane gelten ausschließlich die folgenden Invaliditätsgrade:

eines Armes.....	70 %
eines Daumens	20 %
eines Zeigefingers	10 %
eines anderen Fingers oder einer Zehe	5 %
eines Beines	70 %
der Sehkraft beider Augen	100 %
der Sehkraft eines Auges	50 %
sofern die Sehkraft des anderen Auges vor Eintritt des Versicherungsfalles bereits verloren war	65 %
des Gehörs beider Ohren	60 %
des Gehörs eines Ohres	30 %
sofern das Gehör des anderen Ohres vor Eintritt des Versicherungsfalles bereits verloren war	45 %
des Geruchsinnens	10 %
des Geschmacksinnens	5 %
der Stimme	35 %

der Milz	10 %
einer Niere	20 %

Wenn die zweite Niere bereits vor dem Unfall oder als Unfallfolge beeinträchtigt ist, ist Artikel 7 Punkt 4 anzuwenden.

- 2.2. Bei Teilverlust oder Funktionsbeeinträchtigung gilt der entsprechende Teil des jeweiligen Prozentsatzes.
3. Für andere Körperteile und Sinnesorgane bemisst sich der Invaliditätsgrad danach, inwieweit die normale körperliche oder geistige Funktionsfähigkeit insgesamt beeinträchtigt ist. Dabei sind ausschließlich medizinische Gesichtspunkte zu berücksichtigen. War die Funktion der betroffenen Körperteile oder Sinnesorgane bereits vor dem Unfall dauernd beeinträchtigt, wird der Invaliditätsgrad um die Vorinvalidität gemindert.
4. Ist die Funktion mehrerer Körperteile oder Sinnesorgane durch den Unfall beeinträchtigt, werden die nach den vorstehenden Bestimmungen ermittelten Invaliditätsgrade zusammengerechnet. Mehr als 100 % werden jedoch nicht berücksichtigt.
5. Falls nichts anderes vereinbart ist, wird im ersten Jahr nach dem Unfall eine Invaliditätsleistung von uns nur erbracht, wenn Art und Umfang der Unfallfolgen aus ärztlicher Sicht eindeutig feststehen.
6. 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. Stirbt der Versicherte aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach dem Unfall, ist nach dem Grad der dauernden Invalidität zu leisten, mit dem aufgrund der zuletzt erstellten ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.
8. Stirbt der Versicherte unfallbedingt oder aus unfallfremder Ursache später als ein Jahr nach dem Unfall, ist ebenfalls nach dem Grad der dauernden Invalidität zu leisten, mit dem aufgrund der zuletzt erstellten ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.
9. Kein Anspruch auf Invaliditätsleistung besteht, wenn die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall stirbt.

Artikel 8 Was wird zusätzlich geleistet?

1. Besondere Zusatzleistungen allgemein

1.1. Benützung von Luftfahrzeugen

Der Versicherungsschutz bezieht sich auch auf Unfälle des Versicherten als Fluggast in Motorflugzeugen, welche für die Verwendungsart Personenbeförderung zugelassen sind. Als Fluggast gilt, wer weder mit dem Betrieb des Luftfahrzeuges in ursächlichem Zusammenhang steht oder Besatzungsmitglied ist, noch mittels des Luftfahrzeuges eine berufliche Betätigung ausübt.

Unfälle, die den Ausschlusstatbestand des Artikels 10 Punkt 2.1 erfüllen, sind jedenfalls vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

1.2. Schlangenbisse und Insektenstiche

Die Folgen eines Schlangenbisses oder von Insektenstichen (z. B. allergische Reaktionen) gelten als Unfall gemäß Artikel 6 Punkt 1.

Der Versicherungsschutz besteht jedoch nur, wenn der Ausbruch der Erkrankung frühestens drei Monate nach Ausstellung der Polizee bzw. spätestens bis drei Monate nach Beendigung

des Vertrages stattfand.

Eine Leistung wird von uns nur für die Leistungsvereinbarung Unfalltod oder dauernde Invalidität erbracht und bleibt im Rahmen der vereinbarten Versicherungssumme mit EUR 40.000,- begrenzt.

1.3. Infektionen

Für die einen Gesundheitsberuf ausübende Person ist das Infektionsrisiko mitversichert. Es gelten in Ausübung der versicherten Berufstätigkeit entstandene Infektionen, bei denen aus der Krankengeschichte, dem Befund oder der Natur der Erkrankung hervorgeht, dass es sich um die Folge eines Unfallereignisses (Stich, Schnitt, plötzliches Eindringen infektiöser Massen in Auge, Mund oder Nase) handelt. Anhauchen, Anniesen oder Anhusten erfüllen den Tatbestand des plötzlichen Eindringens nicht. HIV, Hepatitis C und Unfallfolgen im unmittelbaren oder mittelbaren Zusammenhang mit Ereignissen, die genetische Schäden zur Folge haben, sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen. Voraussetzung für den Versicherungsschutz ist die Einhaltung der für den Beruf geltenden Schutzvorschriften (z. B. ArbeitnehmerInnenschutzgesetz und ähnliches).

1.4. Röntgenklausel

Für Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte, Krankenschwestern, Krankenpfleger, Röntgenassistenten und Arzthelfer:

Gesundheitsschädigungen infolge eines Unfalles durch Röntgen- und Laserstrahlen oder künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen bzw. Strahlen aus aktuell anerkannten medizinischen Geräten sind versichert.

Ausgeschlossen sind anerkannte Berufskrankheiten aus dem regelmäßigen Hantieren mit entsprechenden Geräten.

1.5. Kinderlähmung; Frühsommer-Meningoencephalitis; Borreliose

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

Eine Leistung wird von uns nur für Tod oder dauernde Invalidität erbracht. Die Leistung bleibt im Rahmen der vereinbarten Versicherungssumme mit EUR 40.000,- begrenzt.

Ist ein aktiver Impfschutz möglich und wird dieser nachgewiesen, besteht für die Todes- oder Invaliditätsleistung keine Begrenzung, außer die der Versicherungssumme selbst. Dies gilt auch dann, wenn ein aktiver Impfschutz nicht möglich ist.

Als Zeitpunkt des Versicherungsfalles gilt der Tag, an dem erstmals ein Arzt wegen der als Kinderlähmung oder Frühsommer-Meningoencephalitis diagnostizierten Krankheit konsultiert wurde.

1.6. Mitversicherung von Neugeborenen

In der Einzel-, Senioren- bzw. Partnerunfall ist das neugeborene Kind nach erfolgter Abnabelung bis zum ersten Geburtstag im Rahmen der Invaliditäts- und Todesfallsumme zu 100 % mitversichert. Im Rahmen der Todesfallsumme werden nur die angemessenen Begräbniskosten, maximal EUR 8.000,-, ersetzt. Keine Leistung erfolgt aus anderen Vertragsteilen und Leistungen.

Neugeborene sind auch beim Vater und bei den Großeltern mitversichert. Ist das neugeborene Kind bei mehreren bei uns bestehenden Verträgen mitversichert, wird nur aus dem Vertrag des nächsten Verwandten in gerader aufsteigender Linie geleistet. Es kann nur aus einem einzigen Vertrag Leistung verlangt werden.

1.7. Unfallkostenersatz für mitversicherte Kinder und Jugendliche

Sind im Versicherungsvertrag Kinder oder Jugendliche versichert oder als versicherte Personen mitversichert gilt:

Sind aus medizinischen Gründen die versicherten Unfallfolgen erst nach Abschluss des Wachstums des versicherten Kindes endgültig zu beheben, kann die Leistung in der Höhe der Kosten zum Unfallzeitpunkt verlangt werden.

2. Besondere Vereinbarung in der Kinderunfallversicherung

Versichert ist eine namentlich genannte und in der Police dokumentierte Person, welche das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet hat (siehe dazu auch die Bestimmungen des Artikels 18).

Stirbt der Versicherungsnehmer, sofern abweichend von der versicherten Person, während der Vertragsdauer, wird der Vertrag bis zum Ende der Vertragsdauer prämienfrei weitergeführt.

Kann die versicherte Person unfallbedingt länger als zwei Wochen am Unterricht einer Pflichtschule nicht teilnehmen, sind die notwendigen, nachgewiesenen Kosten einer Nachhilfe bis maximal EUR 250,- mitversichert. Private Nachhilfestunden sind nicht versichert.

3. Besondere Vereinbarung in der Jugendunfallversicherung

Versichert ist eine namentlich genannte und in der Police dokumentierte Person, welche das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet hat (siehe dazu auch die Bestimmungen des Artikels 18). Der Versicherungsschutz endet vor dem vollendeten 25. Lebensjahr, wenn die versicherte Person über ein eigenes regelmäßiges Einkommen aus selbstständiger oder unselbstständiger Arbeit verfügt. Einkommen aus einer geringfügigen Beschäftigung, Familienbeihilfe, Studienbeihilfe und Stipendien, Ferienpraxis, Entschädigung aus Präsenz- oder Zivildienst, sowie Lehrlingsentschädigung (oder Beihilfe über AMS bei Lehrlingsausbildung) gelten nicht als eigenes regelmäßiges Einkommen.

Stirbt der Versicherungsnehmer, sofern abweichend von der versicherten Person, während der Vertragsdauer, wird der Vertrag bis zum Ende der Vertragsdauer prämienfrei weitergeführt.

Kann die versicherte Person unfallbedingt länger als zwei Wochen am Unterricht einer Pflichtschule nicht teilnehmen, sind die notwendigen, nachgewiesenen Kosten einer Nachhilfe bis maximal EUR 250,- mitversichert. Private Nachhilfestunden sind nicht versichert.

4. Besondere Vereinbarung in der Familienunfallversicherung

Versichert sind zwei erwachsene, namentlich genannte und in der Police dokumentierte Personen und alle mit diesen im gemeinsamen Haushalt lebenden Kindern und Jugendliche bis zum vollendeten 25. Lebensjahr. Geistig behinderte Kinder, für die die Eltern die Sachwalterschaft innehaben und die im gemeinsamen Haushalt leben, sind vom Alter unbegrenzt mitversichert.

Zu den Kindern und Jugendlichen zählen sowohl eigene Kinder, als auch Adoptiv-, Enkel- oder Pflegekinder. Zu den Erwachsenen zählen Ehe- oder Lebenspartner.

Der Versicherungsschutz für Kinder und Jugendliche endet vor dem vollendeten 25. Lebensjahr, wenn diese über ein eigenes regelmäßiges Einkommen aus selbstständiger oder unselbstständiger Arbeit verfügen.

Einkommen aus einer geringfügigen Beschäftigung, Familienbeihilfe, Studienbeihilfe und Stipendien, Ferienpraxis, Entschädigung aus Präsenz- oder Zivildienst, sowie Lehrlingsentschädigung (oder Beihilfe über AMS bei Lehrlingsausbildung) gelten nicht als eigenes regelmäßiges Einkommen. Wenn die Voraussetzung des gemeinsamen Haushaltes aufgrund einer weiterführenden Ausbildung (z.B. Studium) nicht gegeben ist, bleibt der Versicherungsschutz bestehen, sofern die Eltern für dieses Kind weiterhin Familienbeihilfe beziehen.

Durch die Familienunfallversicherung sind der Ehe- oder Lebenspartner und die Kinder/Jugendlichen mit 100 % der für den Hauptversicherten für dauernde Invalidität, dauernde Invalidität Plus, dauernde Invalidität Fix, Dauernde Invalidität DI gehoben mit erhöhter Progression 500, Dauernde Invalidität DI plus mit erhöhter Progression 500, Todesfall, Spitalgeld/Spitalgeld Plus, Unfallkosten/Unfallkosten Plus, Berufswechsel oder Helvetia Card Person Plus vereinbarten Versicherungssummen mitversichert, sofern diese Leistungen vereinbart wurden (Dokumentation in der Police). Im Rahmen

der Todesfallsumme für Kinder bis zum vollendeten 15. Lebensjahr werden jedoch nur die tatsächlich aufgewendeten Begräbniskosten, maximal EUR 8.000,- ersetzt.

5. Besondere Vereinbarung in der Alleinerzieherunfallversicherung

Versichert sind eine erwachsene, namentlich genannte und in der Polizza dokumentierte Person und alle mit dieser, im gemeinsamen Haushalt, lebenden Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 25. Lebensjahr. Darüber hinaus gilt der Versicherungsschutz für Kinder und Jugendliche auch, wenn sie im gemeinsamen Haushalt des zweiten Elternteiles leben.

Geistig behinderte Kinder, für die der Alleinerzieher die Sachwalterschaft innehat und die im gemeinsamen Haushalt leben, sind vom Alter unbegrenzt mitversichert.

Zu den Kindern und Jugendlichen zählen sowohl eigene Kinder, als auch Adoptiv-, Enkel- oder Pflegekinder.

Der Versicherungsschutz für Kinder und Jugendliche endet vor dem vollendeten 25. Lebensjahr, wenn diese über ein eigenes regelmäßiges Einkommen aus selbstständiger oder unselbstständiger Arbeit verfügen.

Einkommen aus einer geringfügigen Beschäftigung, Familienbeihilfe, Studienbeihilfe und Stipendien, Ferialpraxis, Entschädigung aus Präsenz- oder Zivildienst, sowie Lehrlingsentschädigung (oder Beihilfe über AMS bei Lehrlingsausbildung) gelten nicht als eigenes regelmäßiges Einkommen.

Wenn die Voraussetzung des gemeinsamen Haushaltes aufgrund einer weiterführenden Ausbildung (z.B. Studium) nicht gegeben ist, bleibt der Versicherungsschutz bestehen, sofern der Erwachsene für dieses Kind weiterhin Familienbeihilfe bezieht.

Durch die Alleinerzieherunfallversicherung sind die Kinder und Jugendlichen mit 100 % der für den Alleinerzieher für dauernde Invalidität, dauernde Invalidität Plus, dauernde Invalidität Fix, Dauernde Invalidität DI gehoben mit erhöhter Progression 500, Dauernde Invalidität DI plus mit erhöhter Progression 500, Todesfall, Spitalgeld/Spitalgeld Plus, Unfallkosten/Unfallkosten Plus, Berufswechsel oder Helvetia Card Person Plus vereinbarten Versicherungssummen mitversichert, sofern diese Leistungen vereinbart wurden (Dokumentation in der Polizza). Im Rahmen der Todesfallsumme für Kinder bis zum vollendeten 15. Lebensjahr werden jedoch nur die tatsächlich aufgewendeten Begräbniskosten, maximal EUR 8.000,- ersetzt.

6. Besondere Vereinbarung in der Partnerunfallversicherung

Versichert sind zwei erwachsene, namentlich genannte und in der Polizza dokumentierte Personen. Zu diesen Personen zählen Ehe- oder Lebenspartner.

Durch die Partnerunfallversicherung ist der Ehe- oder Lebenspartner mit 100 % der für den Hauptversicherten für dauernde Invalidität, dauernde Invalidität Plus, dauernde Invalidität Fix, Dauernde Invalidität DI gehoben mit erhöhter Progression 500, Dauernde Invalidität DI plus mit erhöhter Progression 500, Todesfall, Spitalgeld/Spitalgeld Plus, Unfallkosten/Unfallkosten Plus, Berufswechsel oder Helvetia Card Person Plus vereinbarten Versicherungssummen mitversichert, sofern diese Leistungen vereinbart wurden (Dokumentation in der Polizza).

Artikel 9 Wann sind die Leistungen fällig?

1. Wir sind verpflichtet, innerhalb eines Monats, bei Ansprüchen auf Leistung für dauernde Invalidität innerhalb dreier Monate, zu erklären, ob und in welcher Höhe wir eine Leistungspflicht anerkennen. Die Fristen beginnen mit dem Eingang der Unterlagen, die der Anspruchsberechtigte zur Feststellung des Unfallherganges und der Unfallfolgen und über den Abschluss des Heilverfahrens uns vorzulegen hat.

2. Steht die Leistungspflicht dem Grunde und der Höhe nach fest, ist die Leistung fällig. Die Fälligkeit der Leistung tritt jedoch unabhängig davon ein, ob der Anspruchsberechtigte nach Ablauf zweier Monate seit dem Begehren nach einer Geldleistung eine Erklärung von uns verlangt, aus welchen Gründen die Erhebungen noch nicht beendet werden konnten, und wir diesem Verlangen nicht binnen eines Monats entsprechen.
3. Steht die Leistungspflicht nur dem Grunde nach fest, kann der Anspruchsberechtigte von uns Vorschüsse bis zu der Höhe des Betrages verlangen, den wir nach Lage der Sache mindestens zu zahlen haben werden.
4. Für die Verjährung gilt § 12 Versicherungsvertragsgesetz.

Abschnitt C: Begrenzungen des Versicherungsschutzes

Artikel 10 Was ist nicht versichert?

1. Krankheiten sind nicht versichert. Übertragbare Krankheiten gelten auch nicht als Unfallfolge. Abweichend davon gilt Artikel 8, Punkt 1.5.
2. Der Versicherungsschutz gilt nicht für Unfälle,
 - 2.1. die die versicherte Person als Luftfahrzeugführer (auch Luftsportgeräteführer), soweit sie nach österreichischem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt, sowie als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeuges erleidet; bei einer ausschließlich mit Hilfe eines Luftfahrzeuges auszuübenden beruflichen Tätigkeit; bei der Benutzung von Raumfahrzeugen; bei der Benutzung von nicht motorisch angetriebenen Luftfahrzeugen und Luftfahrgeräten (Para- und Hängegleiten, Drachenfliegen, Fallschirmspringen, Gleitsegeln, Ballonfahren, Segelfliegen);
 - 2.2. die bei Fahrten auf Rennstrecken, die nicht für den öffentlichen Verkehr zugelassen sind oder bei Beteiligung an motorsportlichen Wettbewerben (auch Wertungsfahrten und Rallyes) und den dazugehörigen Trainingsfahrten entstehen; dazu zählen nicht die Teilnahme an Fahrsicherheitstrainings und das nicht vereinsmäßig betriebene Go-Kart-Fahren sowie Stern-, Zuverlässigkeits- und Orientierungsfahrten, welche auf öffentlichen Straßen durchgeführt werden, sofern es bei den Fahrten auf die Erzielung einer Durchschnittsgeschwindigkeit ankommt;
 - 2.3. die bei der vereinsmäßigen Ausübung einer Mannschaftssportart bei offiziellen über die Dachorganisation oder den Verband organisierten Wettbewerben, Meisterschaften, Turnieren und dergleichen in den Bereichen Fußball, Handball, Volleyball, Basketball, Faustball, Football, Eishockey sowie Landhockey entstehen; Kinder und Jugendliche genießen bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres für derartige Wettbewerbe jedoch Versicherungsschutz;
 - 2.4. die in der Ausübung als Berufssportler entstehen: Dazu zählen Personen, die beruflich einen Sport ausüben bzw. ihren überwiegenden Lebensunterhalt aus der sportlichen Betätigung erzielen;
 - 2.5. die die versicherte Person als von der österreichischen Sporthilfe geförderter Sportler bei der Ausübung der geförderten Sportart und dem darauf bezüglichen Training erleidet;
 - 2.6. die bei der Teilnahme
 - an Landes-, Bundes- oder internationalen Wettbewerben
 - ab Landesmeisterschaften/Landesligen (und höher)in den Sportarten Fußball, Handball, Volleyball, Basketball, Faustball, Football, Eishockey und Landhockey oder auf dem Gebiet des nordischen und alpinen Schisports, des Snowboardens sowie Freestyleing, Bob-, Skibob-, Skeletonfahrens oder Rodeln im Rahmen der Sportausübung, sowie am offiziellen Training für diese Veranstaltungen und Meisterschaften entstehen;
 - 2.7. die bei der Ausübung folgender gefährlicher Aktivitäten bzw. Sportarten entstehen: Kampfsportarten mit ausgeprägtem Körperkontakt (Karate, Boxen, Kickboxen und ähnliches),

Schwerathletik, Tauchen, Apnoetauchen, Eisfallklettern, Klettern und Bergsteigen ab Schwierigkeitsgrad 4 (gemäß UIAA-Skala), Indoorklettern, Downhill-Mountainbiken, Expeditionen als Entdeckungs- und Forschungsreisen, Befahren von Wildwasser ab Klasse WWIII, Höhlentrekking, Canyoning;

- 2.8. die bei der Ausübung von Extremsportarten, das sind jene, die hauptsächlich dadurch gekennzeichnet sind, dass sie mit großen Geschwindigkeiten, aus großen Höhen oder in großen Tiefen ausgeführt werden, wie z.B. Bungeejumping, Heli-Bungee, Freeclimbing, Freeriding, Houserunning, Speedriding/Speedflying, HighRopes, HydroSpeed, Kite-Surfen, Sky-Surfen, Scad-Diving etc., entstehen;
- 2.9. die beim Versuch oder der Begehung gerichtlich strafbarer Handlungen durch die versicherte Person eintreten, für die Vorsatz Tatbestandsmerkmal ist;
- 2.10. die unmittelbar oder mittelbar mit Kriegsereignissen jeder Art zusammenhängen;
- 2.11. die unmittelbar oder mittelbar mit Terrorakten jeder Art zusammenhängen; oder sich ergeben aus oder im Zusammenhang mit Handlungen, die zur Eindämmung, Vorbeugung oder Unterdrückung von Terrorakten ergriffen werden oder sich in irgendeiner Weise darauf beziehen;
- 2.12. die durch innere Unruhen entstehen, wenn die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter daran teilgenommen hat;
- 2.13. 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 jenen, die durch veranlasste Heilbehandlungen infolge eines Versicherungsfalles entstehen,verursacht werden;
- 2.14. die die versicherte Person infolge einer Bewusstseinsstörung oder einer wesentlichen Beeinträchtigung ihrer psychischen Leistungsfähigkeit durch Alkohol, Drogen bzw. Suchtgifte sowie durch epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreift, erleidet.
Eine wesentliche Beeinträchtigung der psychischen Leistungsfähigkeit nur durch Alkohol liegt nicht vor, wenn
 - beim Lenker eines Kraftfahrzeuges ein Blutalkoholgehalt unter 0,8 Promille zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles besteht;
 - bei sonstigen Unfällen ein Blutalkoholgehalt unter 1,2 Promille zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles besteht;eine Verweigerung des Alko-Tests oder der Blutabnahme zur Feststellung des Blutalkoholgehaltes wird einer wesentlichen Beeinträchtigung der psychischen Leistungsfähigkeit gleichgestellt;
- 2.15. 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.
- 2.16. die die versicherte Person als Lenker eines Kraftfahrzeuges ohne die jeweilige kraftfahrrechtliche Berechtigung, die zum Lenken dieses oder eines typengleichen Kraftfahrzeuges erforderlich wäre, besitzt; dies gilt auch dann, wenn dieses Fahrzeug nicht auf Straßen mit öffentlichen Verkehr gelenkt wird. (vgl. § 6 Absatz 2 Versicherungsvertragsgesetz).

Artikel 11 Wann wird die Leistung gekürzt und welche sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes gibt es?

1. 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 den Bestimmungen des Artikels 7 bemessen.

2. Auf die Todesfallleistung werden Zahlungen, die für dauernde Invalidität aus demselben Ereignis geleistet worden sind, angerechnet. Einen geleisteten Mehrbetrag verlangen wir nicht zurück.
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 25 % beträgt. Dies gilt insbesondere auch, wenn die Gesundheitsschädigung durch einen abnutzungsbedingten Einfluss mit Krankheitswert, wie beispielsweise Arthrose, mitverursacht worden ist.
4. Für Artikel 6, Punkt 2.12 endet der Versicherungsschutz für versicherte Personen mit dem vollendeten 65. Lebensjahr.
5. Kein Anspruch besteht bei Bauch- und Unterleibsbrüchen, außer wenn diese durch eine von außen kommende, mechanische Einwirkung direkt herbeigeführt worden sind und nicht anlagebedingt waren.
6. Kein Anspruch besteht bei Bandscheibenhernien, außer wenn sie durch eine direkt mechanische Einwirkung auf die Wirbelsäule entstanden sind und es sich nicht um eine Verschlimmerung von vor dem Unfall bestandenen Krankheitserscheinungen handelt.
7. Kein Anspruch besteht für organisch bedingte Störungen des Nervensystems, außer wenn die Störung auf eine durch den Unfall verursachte organische Schädigung zurückzuführen ist. Seelische Fehlhaltungen (Neurosen, Psychoneurosen) gelten nicht als Unfallfolgen.

Abschnitt D: Pflichten des Versicherungsnehmers

Artikel 12 Wann ist die Prämie zu bezahlen?

1. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, innerhalb von 14 Tagen ab Zugang der Polizze, die erste oder einmalige Prämie zu bezahlen.
2. Die Folgeprämien einschließlich Gebühren sind im Voraus zu den vereinbarten Fälligkeitsterminen zu entrichten.
3. Für die Folgen nicht rechtzeitiger Prämienzahlung gelten die §§ 38 ff Versicherungsvertragsgesetz (Prämienzahlungsverzug).

Artikel 13 Was ist bei Änderung der Beschäftigung zu beachten?

1. Veränderungen der im Antrag angegebenen Berufstätigkeit oder Beschäftigung der versicherten Person(en) sind uns unverzüglich anzuzeigen (siehe Artikel 22, Wie können Erklärungen abgegeben werden?).
Einberufungen zum ordentlichen Präsenzdienst, zum Zivildienst sowie zu kurzfristigen militärischen Reserveübungen gelten nicht als Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung.
2. Ergibt sich für die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung der versicherten Person(en) nach unserem dem zur Zeit der Veränderung gültigen Tarif eine niedrigere Prämie, so ist vom Zugang der Anzeige an nur diese Prämie zu bezahlen.
3. Ergibt sich eine höhere Prämie, so besteht für die Dauer von drei Monaten ab dem Zeitpunkt, zu welchem uns die Anzeige hätte zugehen müssen, auch für die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung der volle Versicherungsschutz.

4. Tritt ein auf die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung zurückzuführender Versicherungsfall nach Ablauf der drei Monate ein, ohne dass inzwischen eine Einigung über die Mehrprämie erreicht worden wäre, so werden die Leistungen um 25 % gekürzt.
5. Gewähren wir für eine Berufstätigkeit oder Beschäftigung keinen Versicherungsschutz, so können wir nach Maßgabe der Bestimmungen der §§ 23 ff Versicherungsvertragsgesetz (Gefahrerhöhung) kündigen.

Artikel 14 Was ist nach Eintritt eines Versicherungsfalles zu beachten? (Obliegenheiten)

Soweit nichts anderes vereinbart ist, gilt:

Als Obliegenheiten, deren Verletzung unsere Leistungsfreiheit gemäß § 6 Absatz 3 VersVG, Obliegenheitsverletzung, bewirkt, werden bestimmt:

1. Ein Unfall ist uns unverzüglich, spätestens innerhalb einer Woche, in geschriebener Form anzuzeigen.
2. Ein Todesfall ist uns innerhalb von drei Tagen anzuzeigen, und zwar auch dann, wenn der Unfall bereits gemeldet ist.
3. Uns ist das Recht einzuräumen, die Leiche durch Ärzte obduzieren und nötigenfalls exhumieren zu lassen.
4. Nach dem Unfall ist unverzüglich ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen und die ärztliche Behandlung bis zum Abschluss des Heilverfahrens fortzusetzen; ebenso ist für eine angemessene Krankenpflege und nach Möglichkeit für die Abwendung und Minderung der Unfallfolgen zu sorgen.
5. Die Unfallanzeige ist uns unverzüglich zuzusenden; außerdem sind uns alle verlangten sachdienlichen Auskünfte zu erteilen.
6. Der behandelnde Arzt oder die behandelnde Krankenanstalt sowie diejenigen Ärzte oder Krankenanstalten, von denen der Versicherte aus anderen Anlässen behandelt oder untersucht worden ist, sind zu ermächtigen und aufzufordern, die von uns verlangten Auskünfte gemäß § 11a VersVG zu erteilen und Berichte zu liefern. Ist der Unfall einem Sozialversicherer gemeldet, so ist auch dieser im vorstehenden Sinne zu ermächtigen.
7. Die mit dem Unfall befassten Behörden sind zu ermächtigen und zu veranlassen, die von uns verlangten Auskünfte gemäß § 11 a VersVG zu erteilen.
8. Wir können verlangen, dass sich die versicherte Person durch die von uns bezeichneten Ärzte untersuchen lässt.
9. Ist in der Polizze auch Spitalgeld versichert, so ist uns, wenn die versicherte Person in ein Spital (gemäß Vertragsvereinbarung für Spitalgeld/Spitalgeld Plus) eingewiesen ist, nach der Entlassung aus dem Spital eine Aufenthaltsbestätigung der Spitalverwaltung zuzusenden.
10. Im Falle der Mitversicherung von Unfallkosten/Unfallkosten Plus sind uns die Originalbelege zu überlassen.

Abschnitt E: Sonstige Vertragsbestimmungen

Artikel 15 Wie wird bei Meinungsverschiedenheiten verfahren? (Ärzt Kommission)

1. Im Fall von Meinungsverschiedenheiten über Art und Umfang der Unfallfolgen oder darüber, in welchem Umfang die eingetretene Beeinträchtigung auf den Versicherungsfall zurückzuführen ist, ferner über die Beeinflussung der Unfallfolgen durch Krankheiten oder Gebrechen sowie im Falle des Artikels 7, Punkt 7, Dauernde Invalidität, entscheidet die Ärztekommision. Die Entscheidung der Ärztekommision kann im Sinne des § 184 VersVG gerichtlich überprüft werden. Die Entscheidung der Ärztekommision ist dann nicht verbindlich, wenn sie offenbar von der wirklichen Sachlage erheblich abweicht. Das Gleiche gilt, wenn die Sachverständigen die Feststellung nicht treffen können oder wollen oder sie verzögern.
2. In den nach Punkt 1 der Ärztekommision zur Entscheidung vorbehaltenen Meinungsverschiedenheiten hat der Anspruchsberechtigte innerhalb von 6 Monaten nach Zugang unserer Mitteilung über die Entscheidung Widerspruch zu erheben und mit Vorlage eines medizinischen Gutachtens unter Bekanntgabe seiner Forderung gemäß Artikel 9, Punkt 1 (Wann sind die Leistungen fällig?) die Entscheidung der Ärztekommision zu beantragen; wenn der Widerspruch nicht innerhalb der Frist erfolgt, sind diesbezüglich weitergehende Ansprüche ausgeschlossen. Auf diese Rechtsfolge haben wir in unserer Mitteilung über die Entscheidung hinzuweisen.
3. Das Recht, die Entscheidung der Ärztekommision zu beantragen, steht auch uns zu.
4. Für die Ärztekommision bestimmen wir und der Anspruchsberechtigte je einen in der österreichischen Ärzteliste eingetragenen Arzt mit ius practicandi (Recht zur Berufsausübung). Wenn eine der beiden Parteien innerhalb zweier Wochen nach der Aufforderung in geschriebener Form keinen Arzt benennt, wird dieser von der österreichischen Ärztekammer bestellt.

Die beiden Ärzte bestellen einvernehmlich vor Beginn ihrer Tätigkeit einen weiteren Arzt als Obmann, der für den Fall, dass sie sich nicht oder nur zum Teil einigen sollten, im Rahmen der durch die Gutachten der beiden Ärzte gegebenen Grenzen entscheidet. Einigen sich die beiden Ärzte über die Person des Obmannes nicht, wird ein für den Versicherungsfall zuständiger medizinischer Sachverständiger durch die österreichische Ärztekammer als Obmann bestellt.

5. Die versicherte Person ist verpflichtet, sich von den Ärzten der Kommission untersuchen zu lassen und sich jenen Maßnahmen zu unterziehen, die diese Kommission für notwendig hält.
6. Die Ärztekommision hat über ihre Tätigkeit ein Protokoll zu führen; in diesem ist die Entscheidung in geschriebener Form zu begründen. Bei Nichteinigung hat jeder Arzt seine Auffassung im Protokoll gesondert darzustellen. Ist eine Entscheidung durch den Obmann erforderlich, begründet auch er sie in einem Protokoll. Die Akten des Verfahrens werden von uns verwahrt.
7. Die Kosten der Ärztekommision werden von ihr festgesetzt und sind im Verhältnis des Obsiegens der beiden Parteien zu tragen. Im Falle des Artikels 7, Punkt 7 trägt die Kosten, wer die Neufeststellung verlangt hat.

Der Anteil der Kosten, den der Anspruchsberechtigte zu tragen hat, ist mit 5 % der für Tod und Invalidität zusammen versicherten Summe, höchstens jedoch mit 25 % des strittigen Betrages, begrenzt.

Für den Fall der Anrufung der Ärztekommision werden wir dem Versicherungsnehmer, nach

Bekanntwerden der Forderung durch die versicherte Person und vor Aufnahme der Tätigkeit der Ärztekommision, den maximalen, ihn treffenden Kostenbetrag in geschriebener Form mitteilen.

Artikel 16 Wann und wie kann der Versicherungsvertrag gekündigt werden?

1. In folgenden Fällen kann der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats kündigen:
 - 1.1. nach Ablehnung des gerechtfertigten Anspruches auf die Versicherungsleistung
 - 1.2. nach Rechtskraft des Urteils im Falle eines Rechtsstreites vor Gericht
 - 1.3. nach Zustellung der Entscheidung der Ärztekommision (Artikel 15)
 - 1.4. nach Fälligkeit der Versicherungsleistung bei Verzögerung der Anerkennung (Artikel 9)

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

2. Ein Verbraucher im Sinne des Konsumentenschutzgesetzes kann den Vertrag nach drei Jahren Vertragslaufzeit und in der Folge jährlich unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von einem Monat kündigen.
3. Nach Eintritt des Versicherungsfalles können wir kündigen, wenn
 - 3.1. wir die Versicherungsleistung dem Grunde nach anerkannt haben;
 - 3.2. wir die Versicherungsleistung erbracht haben;
 - 3.3. der Versicherungsnehmer einen Anspruch auf Versicherungsleistung arglistig erhoben hat.

Die Kündigung ist innerhalb eines Monats vorzunehmen, wobei das Vertragsverhältnis ein Monat nach der Kündigung endet. Falls der Versicherungsnehmer einen Anspruch arglistig erhoben hat, können wir mit sofortiger Wirkung kündigen. Uns gebührt die bis zur Vertragsauflösung anteilige Prämie.

Artikel 17 Wann endet der Versicherungsvertrag ohne Kündigung?

Der Versicherungsvertrag endet,

1. wenn die versicherte Person verstirbt, sofern keine weitere Person im Vertrag mitversichert ist;
2. wenn die Vertragslaufzeit weniger als ein Jahr beträgt.

Artikel 18 Was ist bei Erreichung bzw. Überschreitung des Alterslimits zu beachten?

1. Nach Erreichen der Altersgrenze sind sowohl der Versicherungsnehmer als auch wir zur Kündigung des Unfallversicherungsvertrages, unter Einhaltung einer einmonatigen Frist, berechtigt, und zwar
 - 1.1. zu den folgenden Hauptfälligkeiten, nachdem die versicherte Person in der Kinderunfallversicherung das 15. Lebensjahr vollendet hat;
 - 1.2. zu den folgenden Hauptfälligkeiten, nachdem die versicherte Person in der Jugendunfallversicherung das 25. Lebensjahr vollendet hat;
 - 1.3. zu den folgenden Hauptfälligkeiten, nachdem die versicherte Person in der Einzelunfallversicherung das 70. Lebensjahr vollendet hat;
 - 1.4. zu den folgenden Hauptfälligkeiten, nachdem eine erwachsene versicherte Person in der Familien-, Alleinerzieher- oder Partnerunfallversicherung das 70. Lebensjahr vollendet hat;
 - 1.5. zu den folgenden Hauptfälligkeiten, nachdem die versicherte Person in der Seniorenunfallversicherung das 75. Lebensjahr vollendet hat;

Welche Produktvariante (Kinder-, Jugend-, Einzel-, Familien-, Alleinerzieher-, Partner-, Seniorenunfallversicherung) abgeschlossen wurde, ist in der Polizze dokumentiert.

2. Tritt nach Überschreiten der Altersgrenze gemäß den Punkten 1.1 bis 1.4 ein Versicherungsfall ein, so werden die Leistungen um 25 % gekürzt.

Die Leistungsvereinbarungen Dauernde Invalidität Fix, Unfallrente und Arbeitsunfähigkeitstaggeld können für Personen, welche das 70. Lebensjahr vollendet haben, nicht mehr versichert werden und enden damit spätestens drei Monate nach Erreichen der Altersgrenze.

Bis zur Beendigung der jeweiligen Leistungsvereinbarung gebührt uns die anteilige Prämie.

3. Um eine Leistungskürzung (Punkt 2) zu vermeiden, muss auf eine passende Produktvariante umgestellt werden, und zwar
 - 3.1. bei Überschreitung der Altersgrenze gemäß Punkt 1.1, auf eine Jugend-, Einzel-, Familien- oder Alleinerzieherunfallversicherung;
 - 3.2. bei Überschreitung der Altersgrenze gemäß Punkt 1.2, auf eine Einzel-, Familien-, Alleinerzieher- oder Partnerunfallversicherung;
 - 3.3. bei Überschreitung der Altersgrenze gemäß Punkt 1.3 oder 1.4, auf eine Seniorenunfallversicherung.

Welche Produktvariante (Jugend-, Einzel-, Familien-, Alleinerzieher-, Partner-, Seniorenunfallversicherung) abgeschlossen wurde, ist in der Polizze dokumentiert.

Artikel 19 Wer darf Rechte aus dem Versicherungsvertrag ausüben?

1. Die Unfallversicherung kann gegen Unfälle, die dem Versicherungsnehmer zustoßen 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 dem Versicherungsnehmer zustehen.

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

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

Artikel 20 Wer hat Pflichten aus dem Versicherungsvertrag zu erfüllen?

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

Artikel 21 Welches Gericht ist zuständig?

1. Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach dem Firmensitz oder der für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung. Hat ein selbstständiger 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.
2. Wir können Klagen gegen den Versicherungsnehmer bei dem für seinen Wohnsitz zuständigen Gericht erheben.
3. Für diesen Vertrag gilt österreichisches Recht.

Artikel 22 Wie können Erklärungen abgegeben werden?

Für sämtliche Anzeigen und Erklärungen des Versicherungsnehmers an den Versicherer 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. Telefax oder E-Mail). Schriftform bedeutet, dass dem Erklärungsempfänger das Original der Erklärung mit eigenhändiger Unterschrift des Erklärenden zugehen muss.