

Unfallschutz

Die Regelungen in der zwischen der Generali Versicherung AG und dem KVÖ geschlossenen Rahmenvereinbarung zum Unfallschutz gehen den Allgemeinen Bedingungen für den Unfallschutz (AUVB 2016) ausdrücklich vor. Es sind nur die in der Rahmenvereinbarung vereinbarten Leistungen versichert.

In Abänderung zu Artikel 10 AUVB 2016 Punkt 1.8. gelten Unfälle bei der Ausübung der Aktivität Bergsteigen mit außergewöhnlichem Risiko (Klettern im freien Gelände ab Schwierigkeitsgrad 5 UIAA, Free Solobegehungen (Klettern ohne Sicherung), Eisfallklettern) als versichert.

Rekordversuche im Bereich Alpinistik gelten ebenfalls als mitversichert.

Wettbewerbe sind, gemäß AUVB 2016, nicht vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

Allgemeine Bedingungen für den Unfallschutz (AUVB 2016)

Bitte beachten Sie:

Versicherungsnehmer(in)

ist die Person, die den Versicherungsvertrag mit dem Versicherer abschließt. Für diese Person wird in den AUVB die persönliche Anrede „Sie“ verwendet.

Versicherte Person

ist die Person, deren Gesundheitsschädigung infolge eines Unfalles versichert ist.

Verweise auf gesetzliche Bestimmungen

Gesetzesstellen des Versicherungsvertragsgesetzes (VersVG) die in den Versicherungsbedingungen angeführt werden, sind unter „Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz (VersVG)“ im vollen Wortlaut wiedergegeben.

Form von Erklärungen

Alle Erklärungen und Informationen von Ihnen, versicherten Personen und sonstigen Dritten im Zusammenhang mit dem Versicherungsvertrag bedürfen zu ihrer Gültigkeit der geschriebenen Form (schriftlich jedoch ohne Unterschrift). Die Erklärungen und Informationen müssen dem Empfänger zugehen, von ihm dauerhaft aufbewahrt werden können (ausdrucken oder abspeichern, wie etwa bei Fax oder Email, aber nicht SMS-Nachrichten) und aus dem Text muss die Person des Erklärenden zweifelsfrei hervorgehen. Schriftliche Erklärungen und Informationen (mit Unterschrift) sind selbstverständlich auch gültig, bloß mündliche aber unwirksam.

Rücktrittserklärungen gem. §§ 3, 3a KSchG können in jeder beliebigen Form abgegeben werden.

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|----|
| Artikel 1 Was ist versichert?..... | 2 |
| Artikel 2 Was gilt als Versicherungsfall? | 2 |
| Artikel 3 Wo gilt die Versicherung?..... | 2 |
| Artikel 4 Wann gilt die Versicherung?..... | 2 |
| Artikel 5 Wann beginnt der Versicherungsschutz?..... | 2 |
| Artikel 6 Was ist ein Unfall? | 2 |
| Artikel 7 Wann sind unsere Leistungen fällig? | 3 |
| Artikel 8 Was gilt bei Meinungsverschiedenheiten?..... | 4 |
| Artikel 9 Was gilt bei erheblicher Verschlechterung des Gesundheitszustandes der versicherten Person? | 5 |
| Artikel 10 Was ist nicht versichert? Was ist eingeschränkt versichert? | 5 |
| Artikel 11 Wofür wird keine Leistung erbracht? Wann wird die Leistung gekürzt? | 7 |
| Artikel 12 Wann sind die Prämien zu bezahlen? Wofür werden Gebühren verrechnet? In welchen Fällen kann eine Prämienfreistellung vereinbart werden? | 7 |
| Artikel 13 Was ist bei einer Änderung der Berufstätigkeit, Beschäftigung oder sportlichen Betätigung zu beachten?..... | 8 |
| Artikel 14 Was ist zur Wahrung des Versicherungsschutzes zu beachten? Welche Folgen hat eine Nichtbeachtung dieser Vorschriften? | 9 |
| Artikel 15 Was gilt als Versicherungsperiode? Wie lange dauert der Vertrag und wann verlängert er sich? | 10 |
| Artikel 16 Wann kann der Vertrag gekündigt werden? Wann erlischt der Vertrag ohne Kündigung?..... | 11 |
| Artikel 17 Wer sind die Vertragspartner? | 11 |
| Artikel 18 Wer ist versichert? | 12 |

Artikel 1

Was ist versichert?

Wir bieten Versicherungsschutz, wenn der versicherten Person ein Unfall zustößt. Art und Umfang des Versicherungsschutzes ergeben sich aus der Polizza, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen, den Ergänzenden Bedingungen, den vereinbarten Besonderen Bedingungen und den gesetzlichen Bestimmungen.

Artikel 2

Was gilt als Versicherungsfall?

Versicherungsfall ist der Eintritt eines Unfalles (Art. 6 AUVB 2016, Was ist ein Unfall?)

Artikel 3

Wo gilt die Versicherung?

Den örtlichen Geltungsbereich des Vertrages entnehmen Sie bitte Ihrer Polizza. Sofern nichts Abweichendes vereinbart wurde, besteht Versicherungsschutz auf der ganzen Welt.

Artikel 4

Wann gilt die Versicherung?

Den zeitlichen Geltungsbereich des Vertrages entnehmen Sie bitte Ihrer Polizza. Sofern nichts Abweichendes vereinbart wurde, besteht Versicherungsschutz während der Wirksamkeit des Versicherungsschutzes rund um die Uhr.

Artikel 5

Wann beginnt der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz beginnt bei fristgerechter Zahlung der ersten oder einmaligen Prämie samt Versicherungssteuer (im Folgenden kurz: Prämie) mit dem vereinbarten Versicherungsbeginn. Die Zahlungsfrist ist in Art. 12 AUVB 2016 geregelt.

Waren Sie an der rechtzeitigen Zahlung der ersten oder einmaligen Prämie ohne Ihr 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 § 39a VersVG.

Artikel 6

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.

Gesundheitsschädigungen, die die versicherte Person bei rechtmäßiger Verteidigung oder bei der Bemühung zur **Rettung von Menschenleben** oder Sachen erleidet, gelten als unfreiwillig erlitten.

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.

- 1.1. Gesundheitsschädigungen, die aufgrund akuter Mangel durchblutung des Herzmuskels entstanden sind (z.B. **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 Mangel durchblutung des Gehirns entstanden sind (z.B. **Schlaganfall**, ischämischer Insult), 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.

- 1.2. **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 vor dem Unfall keine Wirbelsäulenbeschwerden bestanden; oder
 - Frakturen ober- oder unterhalb der geschädigten Bandscheibe vorliegen; oder
 - es zu Bänderrissen im Bereich der Wirbelsäule mit Wirbelverrenkungen gekommen ist.
- 1.3. **Bauch- und Unterleibsbrüche** jeder Art sind versichert, wenn sie durch eine von außen kommende mechanische Einwirkung direkt herbeigeführt worden sind und nicht anlagenbedingt waren.
2. Als Unfall gelten auch:
 - 2.1. **Verrenkungen** von Gliedern sowie **Zerrungen und Zerreißen** von an Gliedmaßen und an der Wirbelsäule befindlichen Muskeln, Sehnen, Bändern und Kapseln sowie Meniskusverletzungen infolge plötzlicher Abweichung vom geplanten Bewegungsablauf. Hinsichtlich krankhaft abnutzungsbedingter Einflüsse findet Art. 11, Pkt. 2 AUVB 2016 Anwendung.
 - 2.2. Folgen des **Verschluckens von Gegenständen**;
 - 2.3. Folgen der **versehentlichen Einnahme** von giftigen oder ätzenden Stoffen, es sei denn, dass diese Einwirkungen allmählich erfolgen;
 - 2.4. Unfälle, die durch einen **Herzinfarkt** oder **Schlaganfall** der versicherten Person herbeigeführt wurden.

Artikel 7

Wann sind unsere Leistungen fällig?

1. Unsere Geldleistungen werden mit Beendigung der Erhebungen fällig, die zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfanges der Leistung nötig sind.
2. 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.
3. Steht unsere Leistungspflicht fest, lässt sich aber aus Gründen die Sie nicht verschuldet haben, die Höhe der Versicherungsleistung innerhalb eines Monats nach Eingang der Anzeige des Versicherungsfalles nicht feststellen, haben wir auf Ihr Verlangen angemessene Vorschüsse zu leisten.
4. Für Leistungen aus dem Titel einer „Dauernden Invalidität“ ist überdies zu beachten:

Die dauernde Invalidität muss

- **innerhalb eines Jahres** nach dem Unfall eingetreten sein und
- **innerhalb von 15 Monaten** 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.

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.

Artikel 8

Was gilt bei Meinungsverschiedenheiten?

1. Im Fall von Meinungsverschiedenheiten über Art und Umfang der Unfallfolgen oder darüber, in welchem Umfang die eingetretene Beeinträchtigung auf den Unfall zurückzuführen ist, ferner über die Beeinflussung der Unfallfolgen durch Krankheit oder Gebrechen entscheidet verbindlich ein **Schiedsgutachter**, sofern
 - dies Sie bzw. der Bezugsberechtigte (im Folgenden: der Anspruchsberechtigte) oder wir verlangen und
 - diese Meinungsverschiedenheiten auf insofern abweichenden medizinischen Gutachten des von uns im Anlassfall beigezogenen sowie eines vom Anspruchsberechtigten beauftragten Gutachterarztes beruhen.
2. Gemäß § 184 VersVG ist die Entscheidung des Schiedsgutachters nur dann nicht verbindlich, wenn
 - sie offenbar von der wirklichen Sachlage erheblich abweicht;
 - der Schiedsgutachter die Feststellung nicht treffen kann oder will oder sie länger als drei Monate verzögert oder
 - der Schiedsgutachter nicht entscheidet, weil der Anspruchsberechtigte zwar die Entscheidung des Schiedsgutachters verlangt hat, aber nicht fristgerecht gemäß Pkt. 7 (siehe unten) mitgeteilt hat, mit dem ihm mitgeteilten Maximalbetrag einverstanden zu sein.

In diesen Fällen entscheidet ein ordentliches Gericht über die strittige Frage.

3. Das Recht, die Entscheidung eines Schiedsgutachters zu verlangen, steht sowohl dem Anspruchsberechtigten als auch uns zu.
Das Verlangen einer Entscheidung des Schiedsgutachters hat unter Bekanntgabe der Forderung bzw. Auffassung und unter Vorlage eines diese Forderung/Auffassung begründenden medizinischen Gutachtens zu erfolgen. Auf dieses Recht sowie die dafür geltenden Erfordernisse und Rahmenbedingungen werden wir den Anspruchsberechtigten in unserer Entscheidung über den Anspruch und/oder die strittige Fragestellung in geschriebener Form hinweisen.
4. Als Schiedsgutachter bestellen der von uns im Anlassfall beigezogene sowie der vom Anspruchsberechtigten mit der bisherigen Fallbeurteilung beauftragte Gutachterarzt einvernehmlich einen in der österreichischen Ärzteliste eingetragenen Arzt mit ius practicandi (Recht zur Berufsausübung), welcher in die Liste der in Österreich gerichtlich zertifizierten medizinischen Sachverständigen eingetragen ist.
Einigen sich die beiden Ärzte über die Person des Schiedsgutachters nicht, wird ein für die Beurteilung der strittigen Fragen zuständiger medizinischer Sachverständiger durch die Österreichische Ärztekammer als Schiedsgutachter bestellt.
5. Die Obliegenheiten gemäß Art. 14, Pkt. 2 a), b), e) und f) AUVB 2016 gelten sinngemäß für das Schiedsgutachterverfahren. Die versicherte Person trifft demnach auch die Obliegenheit, sich vom Schiedsgutachter untersuchen zu lassen.
6. Der Schiedsgutachter hat ein Gutachten zu erstatten und über die strittigen Tatsachen im Sinne des Pkt. 1 zu entscheiden. Diese Entscheidung des Schiedsgutachters hat eine schriftliche Begründung zu umfassen, die sich mit den vorhandenen Gutachten auseinandersetzt.
7. Verlangen wir die Entscheidung des Schiedsgutachters, so tragen wir dessen Kosten allein. Verlangt der Anspruchsberechtigte die Entscheidung des Schiedsgutachters, haben wir dem Anspruchsberechtigten vor Aufnahme der Tätigkeit des Schiedsgutachters in geschriebener Form den Maximalbetrag der vom Anspruchsberechtigten zu tragenden Kosten mitzuteilen. Dieser Maximalbetrag ist von uns unter Bedachtnahme auf die zu erwartenden objektiv notwendigen Kosten des Schiedsgutachters zu bestimmen und darf nicht mehr als 5% der für Unfalltod und Unfallkapital (jeweils Maximalleistung) zusammen versicherten Summe, höchstens jedoch 25% des strittigen Betrages betragen. Der Schiedsgutachter wird nur dann tätig, wenn der Anspruchsberechtigte innerhalb von vier Wochen ab Erhalt der Mitteilung erklärt, mit dem ihm mitgeteilten Maximalbetrag einverstanden zu sein. Die endgültigen Kosten des Schiedsgutachters werden von ihm anhand der im Rahmen seiner Tätigkeit angefallenen objektiv notwendigen

Kosten festgesetzt und sind im Verhältnis des Obsiegens der beiden Parteien zu tragen, vom Anspruchsberechtigten jedoch maximal bis zur Höhe des Ihnen mitgeteilten Maximalbetrags. Bei Unverbindlichkeit der Entscheidung des Schiedsgutachters (siehe Pkt. 2) tragen wir die Kosten des Schiedsgutachters.

Artikel 9

Was gilt bei erheblicher Verschlechterung des Gesundheitszustandes der versicherten Person?

Verschlechtert sich der auf dem Antrag anzugebende Gesundheitszustand der versicherten Person während der Vertragslaufzeit erheblich, sind wir berechtigt, den Versicherungsvertrag nach Maßgabe der Bestimmungen des § 1d VersVG anzupassen.

Dies kann durch Änderung der vereinbarten Leistungen (Summenreduktion, Ausschluss oder Anpassung einzelner Leistungsarten) und/oder mittels Prämienzuschlags erfolgen.

Tritt durch die Schwere der gesundheitlichen Beeinträchtigung mangelnde Versicherbarkeit der versicherten Person ein, sind wir innerhalb eines Monats ab Kenntnis vom Gesundheitszustand berechtigt, den Vertrag hinsichtlich der versicherten Person mit einer Kündigungsfrist von einem Monat zu kündigen.

Mangelnde Versicherbarkeit liegt vor, wenn die Eintrittswahrscheinlichkeit und/oder -häufigkeit des Versicherungsfalles um ein Vielfaches höher liegt, als in der Unfallversicherung kalkuliert.

Artikel 10

Was ist nicht versichert?

Was ist eingeschränkt versichert?

1. Kein Versicherungsschutz besteht für Unfälle:

- 1.1. der versicherten Person als **Luftfahrzeugführer** (auch Luftsportgeräteführer), soweit sie nach österreichischem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt, sowie als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeuges und bei der Benützung von Raumfahrzeugen;
- 1.2. die beim Versuch oder der Begehung **gerichtlich strafbarer Handlungen** durch die versicherte Person eintreten, für die **Vorsatz** Tatbestandsmerkmal ist;
- 1.3. die unmittelbar oder mittelbar durch **Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse** verursacht sind.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die versicherte Person auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen wird.

Dieser Versicherungsschutz erlischt am Ende des 14. Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staates, in dem sich die versicherte Person aufhält.

Die Erweiterung gilt nicht bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht. Sie gilt auch nicht für die aktive Teilnahme am Krieg oder Bürgerkrieg sowie für Unfälle durch ABC-Waffen und im Zusammenhang mit einem Krieg oder kriegsähnlichen Zustand zwischen den Ländern China, Frankreich, Großbritannien, Indien, Japan, Russland oder USA.

- 1.4. die mittelbar oder unmittelbar
 - durch jegliche Einwirkung von **Nuklearwaffen**, chemischen oder biologischen Waffen,
 - durch Kernenergie, oder
 - durch den **Einfluss ionisierender Strahlen** im Sinne der jeweils geltenden Fassung des Strahlenschutzgesetzes, außer jene, die durch Heilbehandlungen aufgrund eines Versicherungsfalles veranlasst waren, verursacht werden;
- 1.5. der versicherten Person infolge
 - einer **Bewusstseinsstörung**,
 - eines **epileptischen Anfalls**, oder

- eines anderen **Krampfanfalls**, der den ganzen Körper der versicherten Person ergreift.

Bewusstseinsstörung:

Bewusstseinsstörungen sind alle erheblichen Störungen der Aufnahme- und Reaktionsfähigkeit, die auf Alkohol, Suchtgiften oder Medikamenten beruhen, die versicherte Person außerstande setzen, den Sicherheitsanforderungen ihrer Umwelt zu genügen, und einen Grad erreicht haben, bei dem sie die Gefahrenlage nicht mehr beherrschen kann.

Versicherungsschutz besteht für Unfälle, die verursacht werden durch

- einen Herzinfarkt,
- einen Schlaganfall oder
- eine krankheitsbedingte Bewusstseinsstörung (z.B. Blutdruckschwankung, Blutzuckerschwankung, Ohnmachtsanfall).

1.6. bei **Heilmaßnahmen** oder Eingriffen am Körper der versicherten Person. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Heilmaßnahmen oder Eingriffe durch einen versicherten Unfall veranlasst waren.

1.7. bei einer **entgeltlich ausgeübten sportlichen Betätigung** und dem Training dafür. Entgeltlichkeit liegt vor, wenn die versicherte Person mehr als einen bloßen Spesenersatz erhält. Weiters besteht kein Versicherungsschutz für Unfälle, die die versicherte Person

- als von der österreichischen **Sporthilfe** geförderter Sportler bei der Ausübung der geförderten Sportart,
- bei Ausübung des **Fußballsports** in einer der beiden höchsten Spielklassen in Österreich,
- bei Ausübung einer anderen **Mannschaftssportart** in der höchsten Spielklasse in Österreich,

erleidet.

1.8. bei der Ausübung folgender **gefährlicher Aktivitäten bzw. Sportarten**:

- Bergsteigen mit außergewöhnlichem Risiko (Klettern im freien Gelände ab Schwierigkeitsgrad 5 UIAA, Free-Solobegehungen (Klettern ohne Sicherung), Eisfallklettern);
- Tauchgänge mit außergewöhnlichem Risiko (Tauchgänge ab 40 Metern, Eistauchen, Tauchexpeditionen) außer als Mitglied einer Rettungsorganisation im Einsatz;
- Bewerbe im Mountainbike (Downhill, Four Cross, Dirt Jump) einschließlich der offiziellen Trainings- und Qualifikationsfahrten;
- Teilnahme an Expeditionen;
- Rekordversuche in den Bereichen Geschwindigkeit, Tauchen, Luftfahrt und Alpinistik;
- als Mitglied eines Nationalkaders (inkl. Nachwuchskader) auf dem Gebiet des nordischen und alpinen Schisports, des Snowboardens sowie Freestyling, Bob-, Skibob-, Skeletonfahrens oder Rodelns bei der Ausübung dieser Sportart.

1.9. die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeuges beteiligt

- beim Fahren auf Rennstrecken oder Trainingsanlagen für Motorsport;
- an **Fahrtveranstaltungen** einschließlich der offiziellen Trainings- und Qualifikationsfahrten, bei denen es auf das schnellstmögliche Zurücklegen einer vorgegebenen Fahrtstrecke oder die Bewältigung von Hindernissen bzw. schwierigem Gelände ankommt.

2. Für Unfälle bei den unten angeführten Tätigkeiten wird **eingeschränkt Versicherungsschutz** geboten. Dabei gelten für im Vertrag versicherte Leistungsarten die nachstehenden Versicherungssummen als vereinbart – sofern keine niedrigeren Versicherungssummen vereinbart sind. Sind im Vertrag höhere Versicherungssummen (Maximalleistung) vereinbart, gilt der die unten angeführten Beträge übersteigende Teil als nicht vereinbart:

| | |
|-----------------|----------------------------------|
| – Unfallkapital | EUR 100.000,-- (Maximalleistung) |
| – Zusatzkapital | EUR 50.000,-- |
| – Unfallrente | EUR 500,-- |
| – Unfalltod | EUR 50.000,-- |
| – Taggeld | EUR 0,-- |
| – Genesungsgeld | EUR 1.000,-- |
| – Spitalgeld | EUR 0,-- |

| | | |
|---|-----|----------|
| – Spitalgeld mit Betreuungsgeld nach Unfall | EUR | 0,-- |
| – Unfallassistance und Unfallkosten | EUR | 3.000,-- |
| – Bergung und Transport | EUR | 3.000,-- |
| – Behandlungskosten | EUR | 1.000,-- |

Dieser eingeschränkte Versicherungsschutz besteht für Unfälle

2.1. der versicherten Person als **Pilot** und sonstiges Besatzungsmitglied bei Linienfluggesellschaften;

2.2. der versicherten Person als **Berufssportler** oder von der österreichischen Sporthilfe geförderter Sportler bei der Ausübung folgender sportlicher Betätigungen und dem Training:

- Schwimmen;
- Wasserball;
- Wasserspringen;
- Segeln;
- Schießsport;
- Tanzsport;
- Fechten;
- Beachvolleyball;
- Golf.

2.3. der im Rahmen von „**Unfallschutz AUVB 2016 für Kinder**“ versicherten Person bei der Ausübung der in Pkt. 1.7. – 1.9. angeführten Aktivitäten bzw. Sportarten.

Artikel 11

Wofür wird keine Leistung erbracht?

Wann wird die Leistung gekürzt?

1. Eine Versicherungsleistung wird nur für die durch den eingetretenen Unfall hervorgerufenen Folgen (körperliche Schädigung oder Tod) erbracht.
2. 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 30% beträgt. Dies gilt insbesondere auch, wenn die Gesundheitsschädigung durch einen abnutzungsbedingten Einfluss mit Krankheitswert, wie beispielsweise Arthrose, mitverursacht worden ist.
3. Für organisch bedingte **Störungen des Nervensystems** wird eine Leistung von uns erbracht, wenn und soweit diese Störung auf eine durch den Unfall verursachte organische Schädigung zurückzuführen ist.
Ausgeschlossen sind krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen (z.B. **Psychosen, Neurosen**), auch wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden.

Artikel 12

Wann sind die Prämien zu bezahlen?

Wofür werden Gebühren verrechnet?

In welchen Fällen kann eine Prämienfreistellung vereinbart werden?

1. Die **erste** oder die einmalige **Prämie** samt Versicherungssteuer (im Folgenden kurz: Prämie) ist von Ihnen innerhalb von 14 Tagen nach Abschluss des Versicherungsvertrages (Zugang der Polizza 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 gelten die §§ 38, 39, 39a VersVG.

2. Neben der Prämie verrechnen wir Gebühren, die der Abgeltung von Mehraufwendungen dienen, die durch Ihr Verhalten veranlasst worden sind (z.B. Mahngebühren). Die zum jeweiligen Durchführungstermin gültigen Gebühren für diese Mehraufwendungen werden auf der Homepage <https://www.generali.at/service/gebuehren-versicherung.html> veröffentlicht; das Informationsblatt senden wir Ihnen auf Wunsch auch gerne zu.

Prämienfreistellungen

3. Wenn Sie während der Vertragsdauer **arbeitslos** werden, wird der Versicherungsschutz ab dem 4. Monat des Bezuges von Arbeitslosengeld, maximal für 12 Monate prämienfrei geboten. Die Prämienfreistellung muss von Ihnen beantragt werden, den Bezug des Arbeitslosengeldes haben Sie durch eine Bestätigung des Arbeitsmarktservice (AMS) nachzuweisen.
4. Wenn Sie während der Vertragsdauer zum **Präsenzdienst oder Zivildienst** einberufen werden, wird der Versicherungsschutz für diesen Zeitraum prämienfrei geboten. Die Prämienfreistellung muss von Ihnen beantragt werden, die Ableistung des Präsenz- bzw. Zivildienstes haben Sie entsprechend nachzuweisen.
5. Wenn Sie während der Vertragsdauer **Kinderbetreuungsgeld** beziehen, wird der Versicherungsschutz maximal für die Dauer von 12 Monaten prämienfrei geboten. Die Prämienfreistellung muss von Ihnen beantragt werden, den Bezug des Kinderbetreuungsgeldes haben Sie durch eine Bestätigung des Sozialversicherungsträgers nachzuweisen.
6. In allen Fällen der Prämienfreistellung ist eine Beantragung erstmals nach einer Vertragsdauer von einem Jahr möglich, sofern der Grund für die Prämienfreistellung nicht bereits zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses bestanden hat.
In allen drei Fällen der Prämienfreistellung wird kein Taggeld gezahlt. Innerhalb einer Vertragsdauer von 10 Jahren werden Prämienfreistellungen für maximal 24 Monate geboten.
7. Sollten Sie während der Dauer eines als **Kinderunfallversicherung** abgeschlossenen Vertrages sterben, so wird der Vertrag mit den zu diesem Zeitpunkt geltenden Versicherungssummen bis zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet, prämienfrei weitergeführt.

Artikel 13

Was ist bei einer Änderung der Berufstätigkeit, Beschäftigung oder sportlichen Betätigung zu beachten?

1. Veränderungen der im Antrag anzugebenden Berufstätigkeit, Beschäftigung oder sportlichen Betätigung der versicherten Person, sind unverzüglich anzuzeigen. Einberufungen zum ordentlichen Präsenzdienst, zum Zivildienst sowie zu kurzfristigen militärischen Reserveübungen gelten nicht als Änderung der Tätigkeit.
2. Ergibt sich für die **neue Berufstätigkeit, Beschäftigung oder sportliche Betätigung** der versicherten Person nach dem dem Vertrag zugrundeliegenden Tarif
 - eine niedrigere Prämie, so ist nur diese vom Zugang der Anzeige an zu bezahlen.
 - eine höhere Prämie, so besteht für die Dauer von drei Monaten ab dem Zeitpunkt, zu dem uns die Anzeige hätte zugehen müssen, auch für die neue Berufstätigkeit, Beschäftigung oder sportliche Betätigung der volle Versicherungsschutz.

Danach besteht der volle Versicherungsschutz nur bei Zahlung einer – dem höheren Risiko – angepassten Prämie. Hierzu werden wir Ihnen nach Meldung des erhöhten Risikos einen Änderungsvorschlag übermitteln.

Sie sind berechtigt, den Versicherungsvertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unseres Änderungsvorschlags ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist zu kündigen. Kündigen Sie Ihren Versicherungsvertrag nicht innerhalb dieser Frist, so gilt die von uns vorgeschlagene erhöhte

Prämie ab dem Zeitpunkt der Gefahrenerhöhung. Wir werden Sie in dem Schreiben, mit dem der Änderungsvorschlag übermittelt wird, auf die Rechtsfolgen der Prämienenerhöhung bei unterbliebener Kündigung sowie der Vertragsbeendigung bei Vornahme der Kündigung besonders hinweisen.

Tritt ein auf die neue Berufstätigkeit, Beschäftigung oder sportliche Betätigung zurückzuführender Versicherungsfall nach Ablauf der drei Monate ein, ohne dass 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 oder sportliche Betätigung erforderlichen Prämie zurückbleibt. Wir verzichten einmalig auf diese Kürzung der Versicherungssummen beim ersten Versicherungsfall, der **innerhalb der vereinbarten Vertragslaufzeit** (siehe Art. 15, Pkt. 2 AUVB 2016) auf die erstmalige Änderung der im Antrag angegebenen Berufstätigkeit, Beschäftigung oder sportlichen Betätigung folgt.

- dass grundsätzlich kein Versicherungsschutz besteht, finden die Bestimmungen der §§ 23 ff VersVG (Gefahrenerhöhung) Anwendung.

Artikel 14

Was ist zur Wahrung des Versicherungsschutzes zu beachten? Welche Folgen hat eine Nichtbeachtung dieser Vorschriften?

1. Obliegenheit 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.

Wird diese Obliegenheit zumindest leicht fahrlässig verletzt, sind wir insoweit leistungsfrei, als die Verletzung einen Einfluss auf die Höhe der Versicherungsleistung oder den Eintritt des Versicherungsfalles gehabt hat.

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:

- a) Nach einem Unfall, haben Sie oder die versicherte 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.
- b) Sie oder die versicherte Person haben nach Möglichkeit zur Feststellung des Sachverhalts beizutragen.
- c) Ein Unfall ist uns unverzüglich – spätestens innerhalb einer Woche – in geschriebener Form anzuzeigen.
- d) 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.
- e) Ein von uns übersandtes Unfallmeldeformular müssen Sie oder die versicherte Person wahrheitsgemäß ausfüllen und uns unverzüglich zurücksenden; von uns darüber hinaus geforderte sachdienliche Auskünfte müssen in gleicher Weise erteilt werden.

- f) Werden Ärzte von uns beauftragt, muss sich die versicherte Person auch von diesen untersuchen lassen.
 - g) Ist auch 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.
 - h) Bei Ansprüchen auf Kostenersatz sind uns die aufgewendeten Kosten durch Originalbelege nachzuweisen. Die Belege gehen in unser Eigentum über.
3. Wird eine der in Pkt. 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 befreit.
 4. Wird eine der Obliegenheiten in Pkt. 2 mit einem anderen als den in Pkt. 3 beschriebenen Vorsatz oder grobfahrlässig verletzt, so sind wir insoweit von der Verpflichtung zur Leistung 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.

Artikel 15

Was gilt als Versicherungsperiode? Wie lange dauert der Vertrag und wann verlängert er sich?

1. Versicherungsperiode

Als Versicherungsperiode gilt, wenn der Versicherungsvertrag nicht für eine kürzere Zeit abgeschlossen wurde, der **Zeitraum eines Jahres**.

Dieser Zeitraum beginnt mit dem in der Police vereinbarten Versicherungsbeginn und wird **Versicherungsjahr** genannt.

2. Vertragsdauer und Vertragsverlängerung

Beträgt die Vertragsdauer weniger als ein Jahr, endet der Versicherungsvertrag ohne Kündigung.

Beträgt die vereinbarte Vertragsdauer mindestens ein Jahr, dann verlängert sich der Versicherungsvertrag automatisch auf unbestimmte Zeit, wenn der Versicherungsvertrag nicht spätestens einen Monat vor dem Ende der vereinbarten Vertragsdauer von einem Vertragspartner gekündigt wird.

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 Vertragsdauer.

Erfolgt jedoch keine Kündigung, können in der Folge beide Vertragspartner den sodann auf unbestimmte Zeit abgeschlossenen Versicherungsvertrag jeweils zum Ablauf eines Versicherungsjahres (siehe oben Pkt. 1) unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist kündigen.

Bei Versicherungsverträgen, deren Abschluss nicht zum Betrieb Ihres Unternehmens gehören (Verbraucherverträgen), gilt zudem Folgendes:

- 2.1 Wir verpflichten uns, Sie frühestens fünf Monate 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 (siehe unten Pkt. 2.2 und 2.3) zu informieren.
- 2.2 Sie haben ab Zugang dieser Verständigung (siehe den vorstehenden Pkt. 2.1), aber auch schon davor, die Möglichkeit, ihren Versicherungsvertrag zum Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer zu

kündigen. Ihre Kündigungserklärung ist nur dann wirksam, wenn sie spätestens einen Monat vor Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer in geschriebener Form bei uns einlangt.

- 2.3 Wenn Ihre Kündigung nicht spätestens ein Monat vor Ablauf der Vertragsdauer bei uns einlangt, verlängert sich der Versicherungsvertrag auf unbestimmte Zeit. Der sodann auf unbestimmte Zeit abgeschlossene Versicherungsvertrag kann von beiden Vertragspartnern unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von einem Monat jeweils zum Ablauf eines Versicherungsjahres gekündigt werden.

Artikel 16

Wann kann der Vertrag gekündigt werden?

Wann erlischt der Vertrag ohne Kündigung?

Kündigung nach Eintritt des Versicherungsfalles

1. Nach Eintritt des Versicherungsfalles können wir kündigen, wenn wir den Anspruch auf die Versicherungsleistung dem Grunde nach anerkannt oder die Versicherungsleistung erbracht haben, oder wenn Sie einen Anspruch auf Versicherungsleistung arglistig erhoben haben.

Die Kündigung ist innerhalb eines Monats

- nach Anerkennung dem Grunde nach;
- nach erbrachter Versicherungsleistung;
- nach Ablehnung des arglistig erhobenen Anspruches auf Versicherungsleistung von uns vorzunehmen.

Die Kündigung kann nur unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist erfolgen.

2. Nach Eintritt des Versicherungsfalles können Sie in den in Pkt. 1 genannten Fällen kündigen, darüber hinaus auch noch wenn wir einen gerechtfertigten Anspruch auf die Versicherungsleistung ablehnen oder seine Anerkennung verzögern. Weiters können Sie nach Entscheidung des Schiedsgutachters bzw. nach Rechtskraft des Urteiles im Falle eines Rechtsstreites vor Gericht kündigen.

In allen Fällen ist die Kündigung innerhalb eines Monats:

- nach Anerkennung dem Grunde nach;
 - nach erbrachter Versicherungsleistung;
 - nach Ablehnung des arglistig erhobenen Anspruches auf Versicherungsleistung;
 - nach Ablehnung des gerechtfertigten Anspruches auf die Versicherungsleistung;
 - nach Fälligkeit der Versicherungsleistung bei Verzögerung der Anerkennung (Art. 7 AUVB 2016);
 - nach Zustellung der Entscheidung des Schiedsgutachters (Art. 8 AUVB 2016);
 - nach Rechtskraft des Urteiles im Falle eines Rechtsstreites vor Gericht;
- von Ihnen vorzunehmen.

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

3. Uns steht die bis zur Vertragsauflösung anteilige Prämie zu.
4. **Erlischt der Vertrag**, weil die versicherte Person verstorben ist, so steht uns die bis zur Vertragsauflösung anteilige Prämie zu.

Artikel 17

Wer sind die Vertragspartner?

Vertragspartner dieser Unfallversicherung sind

- **Sie, als Versicherungsnehmerin bzw. Versicherungsnehmer**
und
- **wir, die Generali Versicherung AG, als Versicherer.**

1. Die **Rechte** aus diesem Vertrag werden ausschließlich von den **Vertragspartnern** ausgeübt.
2. Alle für Sie getroffenen Bestimmungen gelten sinngemäß auch für die versicherte Person und jene Personen, die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag geltend machen. Diese Personen sind neben Ihnen für die Erfüllung der Obliegenheiten (Art. 14 AUVB 2016) verantwortlich.

Artikel 18

Wer ist versichert?

1. 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 zu kündigen. Dieses Recht steht auch Ihnen zu.
2. Besteht bei unserem Unternehmen eine Unfallversicherung für zumindest einen Elternteil, wird der für ein **neugeborenes Kind** beantragte Versicherungsschutz für die ersten 6. Lebensmonate prämienfrei geboten.
3. Die Unfallversicherung kann gegen Unfälle, die Ihnen oder gegen Unfälle, die einem anderen zustoßen, genommen werden.
4. Eine Versicherung gegen Unfälle, die einem anderen zustoßen, gilt im Zweifel als **für Rechnung des anderen** genommen, das bedeutet, dass diesem die Versicherungsleistung zusteht. Die diesbezüglichen Vorschriften der §§ 75 ff VersVG – Versicherung für fremde Rechnung – sind mit der Maßgabe anzuwenden, dass die Ausübung der Rechte aus dem Versicherungsvertrag ausschließlich Ihnen zusteht.
5. Wird eine Versicherung gegen Unfälle, die einem anderen zustoßen, von Ihnen **für eigene Rechnung** genommen (die Versicherungsleistung steht Ihnen zu), 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.

Besondere Bedingung UVKU1513

Zusatzbedingung für die Kollektiv-Unfallversicherung

1. Versicherungsformen

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

- ohne Namensangabe oder
- mit Namensangabe der versicherten Personen.

2. Gemeinsame Bestimmungen

2.1. Versicherungssummen

Vereinbart sind

- fixe Versicherungssummen oder
- das Vielfache (Teil) des Jahresbezuges der einzelnen versicherten Person

2.2. Jahresbezug

2.2.1. Begriffsbestimmung

Anzurechnen sind alle Löhne, Gehälter, Provisionen und sonstige Entgelte, welche Bezeichnung sie auch immer tragen (z.B. Gefahren-, Montage-, Schmutzzulage, Weggelder usw.).

Nicht anzurechnen sind nur die freiwilligen außerordentlichen, nichtwiederkehrenden Zuwendungen, wie bei Betriebs- oder Dienstjubiläen, Unglücks- oder Krankheitsfällen und Betriebsveranstaltungen.

2.2.2. Jahresbezug als Versicherungssumme

Als Jahresbezug der versicherten Person gelten ihre tatsächlichen Bezüge während der dem Unfalltag vorangegangenen 12 Monate; wenn während dieser Zeit kein ununterbrochenes Dienstverhältnis bestanden hat, der so errechnete Jahresbezug eines vergleichbaren Dienstnehmers.

2.2.3. Als Maximalleistung der einzelnen versicherten Person wird bei einem unfallkausalen Invaliditätsgrad von 100% für „Unfallkapital“, „Zusatzkapital“, „Unfallrente“ (Kapitalwert) zusammen ein Betrag von EUR 2.500.000,-- für „Unfalltod“ ein Betrag von EUR 1.500.000,-- bestimmt.

2.3. Kumulrisiko

Erleiden mehrere durch denselben Versicherungsvertrag versicherte Personen durch dasselbe Unfallereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung, so gilt ein Betrag von EUR 5.000.000,-- als Höchstgrenze der Versicherungsleistungen.

Überschreitet die Summe der Ansprüche dieser versicherten Personen den Betrag von EUR 5.000.000,--, so wird die Leistung für jede einzelne versicherte Person im Verhältnis der Summe der vertraglichen Einzelansprüche zu diesem Betrag gekürzt.

2.4. Erlöschen des Versicherungsschutzes

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

3. Kollektiv-Unfallversicherung ohne Namensangabe

3.1. Versicherte Personen

Versichert sind alle zu einer eindeutig beschriebenen Gruppe gehörenden Personen zum gleichen Versicherungsumfang. Die Zuordnung der versicherten Personen hat so zu erfolgen, dass bei einem Unfall kein Zweifel über die Zugehörigkeit des Betroffenen zum versicherten Personenkreis besteht.

Wird im Leistungsfall festgestellt, dass zur Zeit des Unfalles die Anzahl der Personen höher war als die in der Polizze angeführte, so wird die Versicherungsleistung anteilmäßig gekürzt.

3.2. Prämienregulierung

3.2.1. Der Prämienberechnung wird zunächst eine den zu erwartenden Verhältnissen entsprechende Größe zugrundegelegt.

Nach Ablauf einer jeden Versicherungsperiode hat der Versicherungsnehmer die den tatsächlichen Verhältnissen entsprechenden Größen anzugeben und auf Verlangen nachzuweisen; dieser Verpflichtung hat der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach Erhalt der Anfrage des Versicherers nachzukommen.

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

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

3.2.3. Einblicksrecht des Versicherers

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

4. Kollektivunfallversicherung mit Namensangabe

4.1. Versicherte Personen

Versichert sind alle Personen, die dem Versicherer mit Angabe von Namen, Geburtsdatum, Beruf und Anschrift sowie den gewünschten Versicherungssummen bekanntgegeben werden.

4.2. An- und Abmeldung

Für Personen, die in den Versicherungsvertrag eingeschlossen werden sollen, tritt die Versicherung für diese Personen nach Zusage des Versicherungsschutzes durch den Versicherer in Kraft.

Personen, die nicht mehr versichert sein sollen, sind beim Versicherer abzumelden.

5. Eingeschränkte Anwendung der AUVB 2016

Für die Kollektivunfallversicherung gelten folgende Bestimmungen der AUVB 2016 als nicht vereinbart:

- Art. 9 (Was gilt bei erheblicher Verschlechterung des Gesundheitszustandes der versicherten Person?);
- Art. 12, Pkt. 3 – 7 (Prämienfreistellungen);

- Art. 13 (Was ist bei einer Änderung der Berufstätigkeit, Beschäftigung oder sportlichen Betätigung zu beachten?);
- Art. 16, Pkt. 4 (Wann erlischt der Vertrag ohne Kündigung?)

Ergänzende Bedingungen für den Premium-Unfallschutz (EUVBP 2016)

In Ergänzung zu den Allgemeinen Bedingungen für den Unfallschutz (AUVB 2016) gilt vereinbart:

Artikel 1

Was ist ein Unfall?

(Ergänzung zu Art. 6 AUVB 2016)

1. Unfreiwillig erlittene Gesundheitsschädigungen durch Ertrinken bzw. Ersticken unter Wasser sowie **tauchtypische Gesundheitsschädigungen** (Barotraumen (kompressionsbedingt und dekompensionsbedingt, auch Gasembolie), Dekompensionskrankheit) sind versichert, auch wenn kein Unfallereignis festgestellt werden kann.
2. **Krankheiten** gelten nicht als Unfälle, übertragbare Krankheiten auch nicht als Unfallfolgen.

Der Versicherungsschutz erstreckt sich jedoch auf:

- 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 der als Kinderlähmung, Frühsommer-Meningoencephalitis oder Borreliose diagnostizierten Krankheit konsultiert wurde.
Eine Leistung wird von uns nur für Tod oder dauernde Invalidität erbracht.
- Folgen des **Wundstarrkrampfes** und der **Tollwut**, wenn diese durch einen Unfall gemäß Art. 6, Pkt. 1 AUVB 2016 verursacht wurden.
- **Wundinfektionen** infolge einer Unfallverletzung

Artikel 2

Was ist nicht versichert?

Was ist eingeschränkt versichert?

(Ergänzung zu Art. 10, Pkt. 1.5. AUVB 2016)

Bewusstseinsstörung:

Es besteht Versicherungsschutz, wenn eine Bewusstseinsstörung durch **Alkoholisierung** verursacht wird – beim Führen von Kraftfahrzeugen zu Land, Wasser und in der Luft jedoch nur, wenn der Blutalkoholgehalt zum Unfallszeitpunkt unter 1,3 Promille liegt.

Artikel 3

Was versteht man unter „Dauernder Invalidität“?

Wie wird der Invaliditätsgrad bemessen?

1. Dauernde Invalidität (DI) liegt vor, wenn die versicherte Person durch den Unfall auf Lebenszeit in ihrer **körperlichen** oder **geistigen Leistungsfähigkeit** beeinträchtigt ist.
Der Eintritt dauernder Invalidität ist notwendige Voraussetzung für Zahlungen aus den Leistungsarten „**Unfallkapital**“, „**Zusatzkapital**“ und „**Unfallrente**“.

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

2. Die dauernde Invalidität muss
 - **innerhalb eines Jahres** nach dem Unfall eingetreten sein und
 - **innerhalb von 15 Monaten** 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.

3. Maßgeblich für die Ermittlung der dauernden Invalidität ist der Zustand der Beeinträchtigung der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit zum Zeitpunkt der ärztlichen Untersuchung bzw. zum Zeitpunkt der Erstellung des medizinischen Gutachtens.

Bei völligem Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane gelten zur Bemessung des **Invaliditätsgrades** ausschließlich, soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, die folgenden Bewertungsgrundlagen (Gliedertaxe):

| | |
|---|------|
| eines Armes | 70% |
| eines Daumens | 20% |
| eines Zeigefingers oder Mittelfingers | 10% |
| eines anderen Fingers | 5% |
| eines Beines | 70% |
| einer großen Zehe | 5% |
| einer anderen Zehe | 2% |
| der Sehkraft beider Augen | 100% |
| der Sehkraft eines Auges | 60% |
| sofern jedoch die Sehkraft des anderen Auges vor Eintritt | |
| des Versicherungsfalles bereits verloren war | 80% |
| des Gehörs beider Ohren | 60% |
| des Gehörs eines Ohres | 20% |
| sofern jedoch das Gehör des anderen Ohres vor Eintritt | |
| des Versicherungsfalles bereits verloren war | 50% |
| des Geruchssinnes | 10% |
| des Geschmackssinnes | 10% |
| der Milz | 10% |
| einer Niere | 20% |
| beider Nieren oder wenn die Funktion der zweiten Niere | |
| vor dem Eintritt des Versicherungsfalles bereits verloren war | 50% |
| der Stimme | 30% |
| des Magens | 20% |

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.

4. Bei **Teilverlust oder Funktionsbeeinträchtigung** gilt der entsprechende Teil des jeweiligen Prozentsatzes.
5. Ist die Funktion mehrerer Körperteile oder Sinnesorgane durch den Unfall beeinträchtigt, werden die ermittelten Invaliditätsgrade zusammengerechnet. Mehr als 100% werden jedoch nicht berücksichtigt.
6. War die Funktion der betroffenen Körperteile oder Sinnesorgane bereits vor dem Unfall dauernd beeinträchtigt, wird vom Invaliditätsgrad der Grad der Vorinvalidität abgezogen.
7. 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.
8. 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 ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.