

DEFINITIONEN

Hier finden Sie die Definitionen der Wörter, welche in diesem Dokument *kursiv* gedruckt sind.

Abreisedatum	Das geplante Datum, das <i>Sie</i> für den Reisebeginn gewählt haben, wie in <i>Ihren</i> Reiseunterlagen und in <i>Ihrer</i> <i>Polizze</i> angegeben.
Aktivität in großer Höhe	Eine Aktivität, die das Überschreiten einer Höhe von 4.500 Metern einschließt oder einschließen soll, außer als Passagier in einem Verkehrsflugzeug.
Angemessene und übliche Kosten	Der Betrag, welcher üblicherweise für eine bestimmte Dienstleistung in einem bestimmten geografischen Gebiet verrechnet wird. Die Gebühren müssen der Verfügbarkeit und Komplexität der Dienstleistung, der benötigten Teile/Materialien/Zubehörteile/Ausrüstung und entsprechend qualifizierter und lizenzierter Dienstleister angemessen sein.
Arzt	Eine Person, die gesetzlich befugt ist, Medizin oder Zahnmedizin zu praktizieren und über eine entsprechende Zulassung verfügt. Dies können nicht <i>Sie</i> , ein <i>Reisebegleiter</i> , <i>Ihr Familienmitglied</i> , ein <i>Familienmitglied des Reisebegleiters</i> oder das <i>Familienmitglied</i> der kranken oder <i>verletzten Person</i> sein.
Assistenz-Hund	Jeder Hund, der individuell für die Ausführung von Arbeiten oder Aufgaben zum Wohlergehen einer Person mit einer Behinderung, einschließlich einer körperlichen, sensorischen, psychiatrischen, intellektuellen oder anderen geistigen Behinderung, ausgebildet ist. Beispiele für Arbeiten oder Aufgaben sind u. a. die Führung blinder Menschen, die Warnung von Gehörlosen und das Ziehen eines Rollstuhls. Die abschreckende Wirkung von Kriminellen aufgrund der Anwesenheit eines Tieres und die Bereitstellung emotionaler Unterstützung, des Wohlbefindens, des Komforts oder der Kameradschaft gelten nicht als Arbeit oder Aufgabe im Sinne dieser Definition.
Beförderungsunternehmen	Ein Unternehmen mit einer Lizenz für die gewerbliche Beförderung von Passagieren gegen Gebühr auf dem Land-, Luft- oder Wasserweg. Dies umfasst nicht: <ol style="list-style-type: none"> 1. Mietwagenunternehmen; 2. private oder nicht-kommerzielle <i>Beförderungsunternehmen</i>; 3. angemietete Beförderungen, mit Ausnahme von Gruppenbeförderungen, die von <i>Ihrem Reiseanbieter</i> angemietet werden; oder 4. <i>öffentlichen Nahverkehr</i>.
Computersystem	Jedes Computer-, Hardware-, Software- oder Kommunikationssystem oder elektronische Gerät (einschließlich, aber nicht beschränkt auf Smartphones, Laptops, Tablets, tragbare Geräte), Server, Cloud, Mikrocontroller oder ähnliche Systeme, einschließlich aller zugehörigen Eingabe-, Ausgabe-, Datenspeichergeräte, Netzwerkeinrichtungen oder Sicherheitseinrichtungen.
Cyber-Risiko	Jegliche Verluste, Schäden, Haftungen, Ansprüche, Kosten oder Ausgaben jeglicher Art, die direkt oder indirekt durch einen oder mehrere der folgenden Fälle verursacht werden, dazu beitragen, daraus resultieren oder in Verbindung damit entstehen: <ol style="list-style-type: none"> 1. Jegliche unbefugte, böswillige oder illegale Handlung oder die Androhung einer solchen Handlung, die den Zugriff auf ein <i>Computersystem</i> oder dessen Verarbeitung, Verwendung oder Betrieb betrifft; 2. Jegliche Fehler oder Unterlassungen im Zusammenhang mit dem Zugriff auf ein <i>Computersystem</i> oder der Verarbeitung, Verwendung oder dem Betrieb eines <i>Computersystems</i>; 3. Jegliche teilweise oder vollständige Nichtverfügbarkeit oder der Ausfall des Zugriffs, der Verarbeitung, der Nutzung oder des Betriebs eines <i>Computersystems</i>; oder 4. Jegliche Nutzungsausfälle, Funktionsminderungen, Reparaturen, Ersatz, Wiederherstellung oder Reproduktion von Daten, einschließlich aller Beträge, die den Wert dieser Daten betreffen.
Epidemie	Eine ansteckende Krankheit, die von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) oder einer offiziellen Regierungsbehörde als <i>Epidemie</i> anerkannt oder bezeichnet wird.
Familienmitglied	<i>Ihr/e</i> : <ol style="list-style-type: none"> 1. Ehepartner (durch Eheschließung, eheähnliche Gemeinschaft oder eingetragene Lebenspartnerschaft); 2. <i>Mitbewohner</i>; 3. Eltern und Stiefeltern; 4. Kinder, Stiefkinder, Pflegekinder, Adoptivkinder oder Kinder, die sich im <i>Adoptionsverfahren</i> befinden; 5. Geschwister; 6. Großeltern und Enkelkinder;

7. Schwiegermutter, Schwiegervater, Schwiegersohn, Schwiegertochter, Schwager, Schwägerin und Schwiegergroßeltern;
8. Tanten, Onkel, Nichten und Neffen;
9. Erziehungsberechtigten und Vormunde;
10. im Haushalt lebende Betreuer, die eine Vergütung erhalten.

Gender-Hinweis	Damit <i>Ihre</i> Unterlagen besser lesbar sind, verwenden <i>wir</i> die männliche Form, wenn <i>wir</i> von Personen sprechen. <i>Wir</i> meinen damit stets alle Geschlechter.
Hauptwohnsitz	<i>Ihre</i> ständige, feste Wohnadresse für rechtliche und steuerliche Zwecke.
Klettersportarten	Eine Aktivität, bei der Gurte, Seile, Sicherungen, Steigeisen oder Eispickel verwendet werden. Dies umfasst nicht das beaufsichtigte Klettern auf künstlichen Oberflächen, die für das Freizeitsportklettern bestimmt sind.
Krankenhaus	Eine Akutversorgungseinrichtung, deren Hauptaufgabe darin besteht, kranke und verletzte Menschen unter der Aufsicht von <i>Ärzten</i> zu untersuchen und zu behandeln. <i>Sie</i> muss: <ol style="list-style-type: none"> 1. sich hauptsächlich mit der Erbringung stationärer diagnostischer und therapeutischer Dienstleistungen befassen; 2. medizinische Abteilungen haben, in welchen größere Operationen durchgeführt werden können; und 3. entsprechend lizenziert sein.
Medizinische Begleitung	Eine Person, die von <i>unserem</i> medizinischen Team beauftragt wurde und qualifiziert ist, eine schwerkranke oder verletzte Person während des Transports zu begleiten. Eine medizinische Begleitperson ist für die medizinische Versorgung der zu transportierenden Person ausgebildet. Dies kann kein Freund, <i>Reisebegleiter</i> oder <i>Familienmitglied</i> sein.
Medizinische Notwendigkeit	Eine Behandlung, die bei <i>Ihrer</i> Erkrankung, <i>Verletzung</i> oder <i>Ihrem</i> Gesundheitszustand erforderlich ist, die mit <i>Ihren</i> Symptomen vereinbar ist und die <i>Ihnen</i> sicher zur Verfügung gestellt werden kann. Eine solche Behandlung muss den Standards guter medizinischer Praxis entsprechen und darf nicht ausschließlich <i>Ihrem</i> oder dem Komfort des Anbieters dienen.
Mitbewohner	Eine Person, mit der <i>Sie</i> derzeit zusammenleben und mit der <i>Sie</i> mindestens 12 aufeinander folgende Monate zum Zeitpunkt des Polizzenabschlusses gelebt haben und die mindestens 18 Jahre alt ist.
Naturkatastrophe	Ein großräumiges extremes Wetterereignis oder geologisches Ereignis, das unter anderem Eigentum beschädigt, Transport- oder Versorgungseinrichtungen stört oder Menschen gefährdet, insbesondere: Erdbeben, Feuer, Überschwemmung, Hurrikan oder Vulkanausbruch.
Öffentlicher Nahverkehr	Nahverkehrsmittel oder andere städtische Verkehrsmittel (wie S-Bahn, Stadtbus, U-Bahn, Fähre, Taxi, Mietwagenfahrzeuge oder andere solche Verkehrsmittel), die <i>Sie</i> oder einen <i>Reisebegleiter</i> weniger als 150 Kilometer befördern.
Pandemie	Eine <i>Epidemie</i> die von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) oder einer offiziellen Regierungsbehörde als <i>Pandemie</i> anerkannt oder als solche bezeichnet wird.
Politisches Risiko	Alle Ereignisse in Zusammenhang mit organisiertem Widerstand oder Aktionen, die die Absicht haben oder implizieren, die regierenden Institutionen oder Personen zu stürzen, zu verdrängen oder zu ersetzen, einschließlich, aber nicht beschränkt auf: <ul style="list-style-type: none"> • Verstaatlichung; • Beschlagnahme; • Enteignung (einschließlich selektiver Diskriminierung und Zwangsaufgabe); • Deprivation, Benachteiligung; • Beschlagnahmung von zivilen Sachgütern; • Revolution; • Rebellion; • Aufstand; • Zivile Unruhen, die einen Anteil an einem Aufstand haben oder einem Aufstand gleichkommen; • Militärische und an sich gerissene Macht.
Polizze	Die Dokumentation über den zustande gekommenen Reiseversicherungsvertrag. Die <i>Polizze</i> enthält: das Polizzendokument (Versicherungsschein), die Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die Zusammenfassung <i>Ihres</i> Versicherungsschutzes inklusive Rücktrittsbelehrung und die Datenschutzerklärung.
Rechtswidrige Handlung	Eine Handlung, die dort, wo sie ausgeführt wird, gegen geltendes Recht verstößt.
Reise	Der Jahresschutz gilt auf jeder <i>Reise</i> innerhalb des Versicherungsjahres bei einer maximalen Reisedauer von 31 Tagen pro <i>Reise</i> ab einer Entfernung von 50 km vom Wohnort (bzw. bei Grenzübertritt) oder mindestens einer gebuchten Übernachtung.
Reiseanbieter	Ein Reisebüro, ein Reiseveranstalter, eine Fluggesellschaft, eine Kreuzfahrtgesellschaft, ein Hotel, eine Eisenbahngesellschaft oder ein anderer Anbieter von Reisedienstleistungen.
Reisebegleiter	Eine Person oder ein <i>Assistenz-Hund</i> , die/der mit <i>Ihnen</i> reist oder <i>Sie</i> auf <i>Ihrer</i> <i>Reise</i> begleitet. Ein Gruppen- oder Reiseleiter gilt nicht als <i>Reisebegleiter</i> , es sei denn, <i>Sie</i> teilen sich das gleiche Zimmer mit dem Gruppen- oder Reiseleiter.

Rückerstattung	Bargeld, eine Gutschrift oder ein Gutschein für zukünftige Reisen, den <i>Sie</i> von einem <i>Reiseanbieter</i> erhalten, oder eine Gutschrift oder <i>Rückerstattung</i> , die <i>Sie</i> von <i>Ihrem</i> Arbeitgeber, einer anderen Versicherungsgesellschaft, einem Kreditkarteninstitut oder einem anderen Unternehmen erhalten.
Sie oder Ihr, Ihre	Alle Personen, die als versicherte Personen in der <i>Polizze</i> angeführt sind.
Terroristischer Anschlag	Darunter verstehen <i>wir</i> Handlungen einer Person oder einer Gruppe einschließlich der Anwendung von Gewalt – jedoch nicht darauf beschränkt. Dies gilt unabhängig davon, ob allein oder im Namen oder in Verbindung mit einer oder mehreren Organisationen gehandelt wird. Die Handlung hat politische, religiöse, ethnische, ideologische oder ähnliche Zwecke. Sie verfolgt die Absicht – ist jedoch nicht darauf beschränkt –, eine Regierung zu beeinflussen und/oder die Öffentlichkeit oder einen Teil der Öffentlichkeit in Angst zu versetzen. Die Handlung wird von einer Regierungsbehörde oder nach dem geltendem Recht im Land Ihres Wohnsitzes als terroristisch eingestuft. Nicht unter den Begriff „ <i>terroristisches Ereignis</i> “ fallen allgemeine zivile Unruhen, Proteste, Ausschreitungen, <i>politische Risiken</i> oder Kriegshandlungen.
Verletzung	Eine körperliche <i>Verletzung</i> .
Versicherte Ereignisse	Die speziell genannten Situationen oder Ereignisse, für die <i>Sie</i> aufgrund dieser <i>Polizze</i> Versicherungsschutz haben.
Vorbestehende Erkrankung	Eine <i>Verletzung</i> , Krankheit oder ein medizinischer Zustand, die/ der innerhalb von 120 Tagen vor oder am Abschlusstag dieser <i>Polizze</i> aufgetreten ist und: <ol style="list-style-type: none"> der Anlass war, dass eine Person eine medizinische Untersuchung, Diagnose, Versorgung oder Behandlung durch einen <i>Arzt</i> in Anspruch genommen hat; Symptome gezeigt hat; die Person dazu veranlasst hat, von einem <i>Arzt</i> verschriebene Medikamente einzunehmen (es sei denn, die Erkrankung oder Symptome werden durch diese verschriebenen Medikamente kontrolliert und die Verschreibung hat sich nicht geändert). <p>Die Krankheit, <i>Verletzung</i> oder der medizinische Zustand muss nicht formell diagnostiziert werden, um als <i>vorbestehende Erkrankung</i> zu gelten.</p> <p>Beispielsweise zählt ein verstauchtes Knie, das in den 120 Tagen vor oder am Abschlusstag <i>Ihrer Polizze</i> behandelt wurde, als <i>vorbestehende Erkrankung</i>. Falls <i>Sie Ihre Reise</i> später absagen müssen, weil z.B. das verstauchte Knie jetzt operiert werden muss, oder weil <i>Ihre</i> Genesung länger dauert als erwartet, oder aus einem anderen Grund, der sich aus der Knieverstauchung ergibt, würde dies als eine <i>vorbestehende Erkrankung</i> angesehen.</p>
Wir, uns oder unser, unseres, unsere	AWP P&C S.A., Niederlassung für Österreich - unter dem Markennamen Allianz Travel.

WANN BEGINNT UND ENDET IHR VERSICHERUNGSSCHUTZ

Die *Polizze* tritt um 00:00 Uhr in Kraft, am Tag nachdem *wir Ihren* Antrag erhalten und *Sie* die volle Prämie gezahlt haben. Der Antrag und die volle Prämie müssen vor dem *Abreisedatum* eingegangen sein.

Der Versicherungsschutz wird nur für Schadenereignisse gewährt, die während der Laufzeit *Ihrer Polizze* eintreten.

Der Jahresschutz gilt für eine maximale Reisedauer von 31 Tagen pro *Reise*.

Ihr Versicherungsschutz endet an dem in *Ihrer* *Polizze* angeführten Enddatum. Es gibt jedoch Situationen, in denen *Ihre* *Polizze* an einem anderen Datum enden kann. Darüber hinaus endet *Ihr* Versicherungsschutz zu dem frühesten der folgenden Zeitpunkte:

- Um 23:59 Uhr des Tages, an dem *Sie* am Ausgangspunkt Ihrer *Reise* oder an Ihrem *Hauptwohnsitz* ankommen, oder
- 2 Tage nach dem Enddatum *Ihrer* *Polizze*.

Der Versicherungsvertrag ist auf unbestimmte Zeit (mindestens zwei Jahre) abgeschlossen. *Sie* oder *wir* können den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von 1 Monat erstmalig nach zwei Jahren, danach jeweils zum Ablauf des Versicherungsjahres schriftlich kündigen. Nach Eintritt eines Versicherungsfalles kann die Kündigung (abweichend von §96 VersVG) unter gleicher Frist erfolgen. Erfolgt keine Kündigung innerhalb dieses Zeitraumes, bleibt der Vertrag aufrecht.

BESCHREIBUNG DES VERSICHERUNGSSCHUTZES

In diesem Abschnitt werden *wir Ihnen* die vielen verschiedenen Arten des Versicherungsschutzes erläutern, die in *Ihrer* *Polizze* enthalten sind. *Wir* erläutern jede Art des Versicherungsschutzes sowie die Bedingungen und Obliegenheiten, die erfüllt sein müssen, damit der Versicherungsschutz gilt. Bitte beachten *Sie*, dass Ausschlüsse gelten können.

A. AUSLANDSKRANKENVERSICHERUNG

Wenn *Sie* während *Ihrer Reise* im Ausland aus einem der folgenden versicherten Gründe eine medizinische Notfallbehandlung erhalten, erstatten *wir Ihnen* die *angemessenen und üblichen Kosten* dieser Behandlung, bis zu der in der Zusammenfassung *Ihres* Versicherungsschutzes für die Auslandsrankenversicherung angeführten Versicherungssumme:

1. Im Rahmen *Ihrer* Auslandsreise erleiden *Sie* eine *Verletzung* bei einem Fahrradunfall, die ernsthafte, dauerhafte Gesundheitsschäden verursachen könnte, wenn sie nicht vor *Ihrer* Rückkehr nach Hause behandelt wird.

Wenn *Sie* stationär in ein *Krankenhaus* aufgenommen werden müssen, können *wir* dem *Krankenhaus* gegenüber eine Kostengarantie bis zur Höhe der maximalen Deckungssumme *Ihrer* Auslandsrankenversicherung geben, sofern diese akzeptiert wird.

WICHTIG: Bitte beachten *Sie*, dass dieser Versicherungsschutz subsidiär ist. Reichen *Sie Ihre* Rechnungen zuerst bei *Ihrer* Sozialversicherung ein. Sofern *Sie* nicht krankenversichert sind, reichen *Sie Ihre* Rechnungen bitte direkt bei *uns* ein. Jede Zahlung, die *Sie* von einem anderen Versicherungsanbieter oder einer anderen Einrichtung erhalten, wird von *Ihrem* Anspruch abgezogen.

Es gelten die folgenden Bedingungen und Ausschlüsse:

- a. Die Versorgung muss *medizinisch notwendig* sein, um als Notfall eingestuft zu werden und muss durch einen *Arzt* oder in einem *Krankenhaus* erfolgen.
- b. Dieser Versicherungsschutz deckt keine Versorgung, die nach dem Ende *Ihres* Versicherungsschutzes geleistet wird.
- c. Dieser Versicherungsschutz deckt keine Kosten für die Behandlung einer *Verletzung* oder eines Gesundheitszustands, die/der nicht während *Ihrer* Reise im Ausland entstanden ist.
- d. Mit diesem Versicherungsschutz werden keine Kosten übernommen für eine Versorgung, die keine Notfallversorgung ist, die lediglich eine allgemeine Dienstleistung ist oder die nachfolgend angeführt ist:
 1. Freiwillige kosmetische Operationen oder Pflege;
 2. Jährliche oder routinemäßige Untersuchungen;
 3. Langzeitpflege;
 4. Allergiebehandlungen (sofern nicht lebensbedrohlich);
 5. Untersuchung/Wartung bzw. Verlust/Schäden an/von Hörgeräten, Zahnprothesen, Brillen und Kontaktlinsen;
 6. Physiotherapie, Rehabilitation oder Palliativversorgung (außer, wenn dies zur Stabilisierung *Ihres* Gesundheitszustands erforderlich ist);
 7. Experimentelle Behandlung;
 8. Sonstige medizinische oder zahnmedizinische Behandlung, die kein Notfall ist.
- e. *Sie* dürfen nicht entgegen den Anordnungen oder Reisewarnungen einer Regierung oder einer anderen öffentlichen Behörde eines Landes, von dem aus oder durch das oder in das *Sie* unterwegs sind, reisen.

B. MEDIZINISCH NOTWENDIGER TRANSPORT

WICHTIG:

- Wenn *Ihr* Notfall unmittelbar und lebensbedrohlich ist, suchen *Sie* sofort die lokale Notfallversorgung auf.
- *Wir* sind kein Anbieter von medizinischen Diensten oder Notfalldiensten und dürfen auch nicht als solcher betrachtet werden.
- *Wir* handeln in Übereinstimmung mit allen nationalen und internationalen Gesetzen und Vorschriften; *unsere* Dienstleistungen unterliegen den Genehmigungen der zuständigen lokalen Behörden, aktiven Reisebeschränkungen und gesetzlichen Einschränkungen.

Transport ins nächste Krankenhaus (Sie werden zur nächstgelegenen geeigneten medizinischen Einrichtung transportiert)

Falls *Sie* sich auf *Ihrer Reise* bei einem Fahrradunfall verletzen, übernehmen *wir* die Kosten für den örtlichen Nottransport vom Ort des ersten Vorfalles zu einem *Arzt* oder einer medizinischen Einrichtung vor Ort. Wenn *wir* feststellen, dass die medizinischen Einrichtungen vor Ort nicht in der Lage sind, eine angemessene medizinische Behandlung durchzuführen:

1. wird *unser* medizinisches Team sich mit dem lokalen *Arzt* beraten und notwendige Informationen anfordern, um angemessene Entscheidungen bezüglich *Ihres* allgemeinen medizinischen Gesundheitszustands zu treffen;
2. werden *wir* das nächstgelegene geeignete verfügbare *Krankenhaus* oder eine andere geeignete verfügbare Einrichtung finden, Vorkehrungen für *Ihren* Transport dorthin treffen und für diesen Transport aufkommen;
3. werden *wir* eine *medizinische Begleitung* organisieren und bezahlen, sofern *wir* dies für notwendig erachten.

Die folgenden Bedingungen gelten für die Punkte 1, 2 und 3 oben:

- a. *Sie* oder jemand in *Ihrem* Namen muss sich mit *uns* in Verbindung setzen und *wir* werden alle Transportvorkehrungen im Voraus treffen. Sofern *wir* den Transport nicht autorisiert und arrangiert haben, zahlen *wir* nur bis zu dem Betrag, den *wir* gezahlt hätten, wenn *wir* die Vorkehrungen getroffen hätten. *Wir* übernehmen keine Verantwortung für Transportvereinbarungen, die *wir* nicht autorisiert oder arrangiert haben;
- b. Alle Entscheidungen über *Ihren* medizinischen Transport müssen von medizinischen Fachkräften getroffen werden, die in den jeweiligen Ländern, in denen sie praktizieren, zugelassen sind;

- c. Sie müssen sich an die Entscheidungen *unserer* Assistance- und medizinischen Teams halten. Sollten Sie sich nicht an diese halten, entbinden Sie uns rechtswirksam von jeglicher Verantwortung und Haftung für die Folgen Ihrer Entscheidungen und wir behalten uns das Recht vor, keinen Versicherungsschutz zu gewähren;
- d. Ein oder mehrere Anbieter von Notfalltransporten müssen willens und in der Lage sein, Sie von Ihrer aktuellen Standort zu dem ermittelten Krankenhaus oder der ermittelten Einrichtung zu transportieren;
- e. Sie dürfen nicht entgegen den Anordnungen oder Reisewarnungen einer Regierung oder einer anderen öffentlichen Behörde eines Landes, von dem aus oder durch das oder in das Sie unterwegs sind, reisen.

Medizinischer Rücktransport (Sie werden nach der Behandlung nach Hause transportiert)

Falls Sie sich während Ihrer Reise bei einem Fahrradunfall verletzen und von den behandelnden Ärzten die Flug- bzw. Beförderungstauglichkeit bestätigt wird, werden wir das Folgende tun:

1. Organisieren und Bezahlen Ihres Transports durch ein gewerbliches *Beförderungsunternehmen* in der gleichen Serviceklasse, die Sie ursprünglich gebucht haben, sofern keine weiteren medizinischen Maßnahmen notwendig sind, abzüglich allfälliger *Rückerstattungen* für nicht genutzte Tickets. Der Transport erfolgt zu einem der folgenden Ziele:
 - a. An Ihren Hauptwohnsitz;
 - b. An einen Ort Ihrer Wahl in Ihrem Wohnsitzland; oder
 - c. Zu einer medizinischen Einrichtung in der Nähe von Ihrem Hauptwohnsitz oder zu einem Ort Ihrer Wahl in Ihrem Wohnsitzland. In jedem Fall muss die medizinische Einrichtung gewillt und in der Lage sein, Sie als Patient aufzunehmen und muss von unserem medizinischen Team als medizinisch geeignet für Ihre weitere Versorgung genehmigt werden.
2. Organisieren und Bezahlen einer *medizinischen Begleitung*, falls unser medizinisches Team eine solche für notwendig erachtet.

Es gelten die folgenden Bedingungen:

- a. Für Ihren Transport müssen spezielle medizinische Voraussetzungen erfüllt werden (z. B. wenn mehr als ein Sitzplatz medizinisch notwendig ist, damit Sie reisen können);
- b. Sie oder jemand in Ihrem Namen muss sich mit uns in Verbindung setzen, und wir werden alle Transportvorkehrungen im Voraus treffen. Sofern wir den Transport nicht autorisiert und arrangiert haben, zahlen wir nur bis zu dem Betrag, den wir gezahlt hätten, wenn wir die Vorkehrungen getroffen hätten. Wir übernehmen keine Verantwortung für Transportvereinbarungen, die wir nicht autorisiert oder arrangiert haben;
- c. Alle Entscheidungen über Ihren Rücktransport müssen von medizinischen Fachkräften getroffen werden, die in den jeweiligen Ländern, in denen sie praktizieren, zugelassen sind;
- d. Sie müssen sich an die Entscheidungen *unserer* Assistance- und medizinischen Teams halten. Sollten Sie sich nicht an diese halten, entbinden Sie uns rechtswirksam von jeglicher Verantwortung und Haftung für die Folgen Ihrer Entscheidungen und wir behalten uns das Recht vor, keinen Versicherungsschutz zu gewähren;
- e. Ein oder mehrere Anbieter von Notfalltransporten müssen willens und in der Lage sein, Sie von Ihrer aktuellen Standort zu Ihrem gewählten Zielort zu transportieren;
- f. Sie dürfen *nicht* entgegen den Anordnungen oder Reisewarnungen einer Regierung oder einer anderen öffentlichen Behörde eines Landes, von dem aus oder durch das oder in das Sie unterwegs sind, reisen.

Überführungskosten (Ihre sterblichen Überreste werden nach Hause transportiert)

Wir organisieren und bezahlen die angemessenen und notwendigen Dienstleistungen, um Ihre sterblichen Überreste zu einem der folgenden Orte zu transportieren:

1. zu einem Bestattungsunternehmen in der Nähe Ihres Hauptwohnsitzes; oder
2. zu einem Bestattungsunternehmen in Ihrem Wohnsitzland.

Es gelten die folgenden Bedingungen:

- a. Jemand muss sich in Ihrem Namen mit uns in Verbindung setzen, und wir werden alle Transportvorkehrungen im Voraus treffen. Sofern wir den Transport nicht autorisiert und arrangiert haben, zahlen wir nur bis zu dem Betrag, den wir gezahlt hätten, wenn wir die Vorkehrungen getroffen hätten. Wir übernehmen keine Verantwortung für Transportvereinbarungen, die wir nicht autorisiert oder arrangiert haben; und
- b. Der Tod muss während Ihrer Reise eintreten.

Falls ein Familienmitglied beschließt, Ihre Beerdigung, Bestattung oder Einäscherung am Ort Ihres Todes zu arrangieren, erstatten wir die notwendigen Kosten bis zu dem Betrag, den uns der Transport Ihrer Überreste zu einem Bestattungsinstitut in der Nähe Ihres Hauptwohnsitzes gekostet hätte.

Suche und Bergung

Wir zahlen die Kosten für Such- und Rettungsaktionen durch ein professionelles Rettungsteam bis zur maximalen Leistung, die für die Suche und Bergung in der Zusammenfassung Ihres Versicherungsschutzes aufgeführt ist, wenn Sie während Ihrer Reise als vermisst gemeldet werden oder aus einer physischen Notsituation gerettet werden müssen.

C. ASSISTANCE SERVICES WÄHREND IHRER REISE

Wenn Sie während Ihrer Reise Assistance-Services benötigen, stehen wir Ihnen 24 Stunden am Tag zur Verfügung. Mit unserer globalen Präsenz und unseren mehrsprachigen Mitarbeitern sind wir für Sie da, um Ihnen zu helfen.

Einen Arzt oder eine medizinische Einrichtung finden

Wenn Sie während Ihrer Reise einen Arzt oder eine medizinische Einrichtung benötigen, sind wir Ihnen bei der Suche nach einem Arzt oder einer medizinischen Einrichtung behilflich.

Überwachung Ihrer Versorgung

Wenn Sie ins Krankenhaus eingeliefert werden, bleibt unser medizinisches Team mit Ihnen und dem Sie betreuenden Arzt in Kontakt. Wir können ebenfalls Ihre Familie und Ihren Arzt zu Hause über Ihre Erkrankung oder Verletzung informieren und sie über Ihren Status auf dem Laufenden halten.

ALLGEMEINE AUSSCHLÜSSE

Dieser Abschnitt beschreibt die allgemeinen Ausschlüsse, die für Ihre Polizza gelten. Ausschlüsse sind von dieser Versicherungspolizza nicht gedeckt und können daher zu keiner Versicherungsleistung führen.

Diese Polizza bietet keinen Versicherungsschutz für Schäden, die sich unmittelbar oder mittelbar aus einem der folgenden allgemeinen Ausschlüsse ergeben, wenn diese Sie, einen Reisebegleiter oder ein Familienmitglied betreffen:

1. Jeder Schaden, Zustand oder jedes Ereignis, der/das zum Zeitpunkt des Abschlusses Ihrer Polizza bekannt, vorhersehbar, beabsichtigt oder zu erwarten war;
2. Vorbestehende Erkrankungen;
3. Ihre vorsätzliche Selbstverletzung oder Ihr Selbstmord oder Selbstmordversuch;
4. Eine normale, komplikationsfreie Schwangerschaft oder Entbindung, es sei denn, eine normale, komplikationsfreie Schwangerschaft oder Entbindung ist ausdrücklich in Ihrem Versicherungsschutz eingeschlossen und über Stornoschutz oder Reiseabbruch gedeckt;
5. Fruchtbarkeitsbehandlungen oder Schwangerschaftsabbruch;
6. Der Konsum oder Missbrauch von Alkohol oder Drogen oder damit zusammenhängende körperliche Symptome. Dies gilt nicht für Medikamente, die von einem Arzt verschrieben werden und wie verschrieben verwendet werden;
7. Vorsätzlich verursachte Schäden;
8. Einsatz oder Arbeit als Besatzungsmitglied (einschließlich als Auszubildender oder Lernender/Student) an Bord eines Flugzeugs oder Nutzfahrzeugs oder eines kommerziellen Wasserfahrzeugs;
9. Teilnahme an einem oder Training für einen professionellen oder semiprofessionellen Sportwettbewerb;
10. Teilnahme an extremen, hochriskanten Sportarten und Aktivitäten im Allgemeinen, sowie Teilnahme an den folgenden Aktivitäten im Besonderen:
 - a. Fallschirmspringen, BASE-Jumping, Drachenfliegen oder vergleichbare Sportarten;
 - b. Bungee-Sprünge;
 - c. Höhlenforschung, Abseilen oder Höhlenklettern;
 - d. Skifahren oder Snowboarden außerhalb markierter Pisten oder in einem nur per Hubschrauber zugänglichen Gebiet;
 - e. Klettersport oder freies Klettern;
 - f. Jede Aktivität in großer Höhe;
 - g. Kampf oder Kampfsport;
 - h. Die Teilnahme an Motorsportrennen oder an Trainings für Motorsportrennen (zu Lande und zu Wasser);
 - i. Freitauchen;
 - j. Gerätetauchen in einer Tiefe von mehr als 20 Metern oder ohne einen Tauchlehrer.
11. Eine rechtswidrige Handlung, die zu einer Verurteilung führt, es sei denn, Sie, ein Reisebegleiter oder ein Familienmitglied sind das Opfer einer solchen Handlung;
12. Eine Epidemie oder Pandemie, sofern diese nicht ausdrücklich in den Abschnitten Stornoschutz, Reiseabbruch, Verspätungsschutz oder Auslandskrankenversicherung aufgeführt und durch diese abgedeckt ist;
13. Naturkatastrophe, außer wenn dies ausdrücklich vom Versicherungsschutz umfasst ist (Stornoschutz, Reiseabbruchversicherung, oder Verspätungsschutz);
14. Luft-, Wasser- oder andere Verschmutzung oder die Gefahr einer Schadstofffreisetzung, einschließlich thermischer, biologischer und chemischer Verschmutzung oder Kontamination;
15. Kernreaktion, Strahlung oder radioaktive Kontamination;
16. Krieg (erklärter oder nicht erklärter Krieg) oder kriegerische Handlungen;
17. Militärdienst, sofern nicht ausdrücklich im Rahmen des Stornoschutzes gedeckt;
18. Zivile Unruhen oder Aufruhr, es sei denn, diese sind ausdrücklich in Ihrem Versicherungsschutz eingeschlossen und über Reiseabbruch oder den Verspätungsschutz gedeckt;
19. Terroristische Anschläge, außer wenn diese ausdrücklich in den Abschnitten Stornoschutz, Reiseabbruchversicherung oder Verspätungsschutz erwähnt werden;
20. Reisewarnungen oder Verbote von Regierungen oder Behörden, außer wenn diese ausdrücklich im Rahmen von Stornoschutz oder Reiseabbruchversicherung gedeckt sind;
21. Politisches Risiko;
22. Cyber-Risiko;

23. Die vollständige Einstellung der Geschäftstätigkeit eines *Reiseanbieters* aufgrund der finanziellen Lage, mit oder ohne Insolvenzantrag;
24. Transportbeschränkungen seitens des *Beförderungsunternehmens* für jegliches Gepäck, einschließlich medizinischer Versorgung und Ausrüstung;
25. Gewöhnliche Abnutzung oder fehlerhafte Materialien oder Verarbeitung;
26. Von *Ihnen* oder einem *Reisebegleiter* grob fahrlässig verursachte Schäden;
27. Gesundheitsversorgung oder medizinische Behandlung jedweder Art, die der Anlass *Ihrer Reise* waren;
28. Reisen entgegen den Anordnungen oder Reisewarnungen von Regierungen oder anderen Behörden.

Diese *Polizze* bietet keinen Versicherungsschutz, keine Leistungen oder Dienstleistungen für Aktivitäten, die gegen geltende Gesetze oder Vorschriften verstoßen würden, insbesondere gegen Wirtschafts-/ Handelssanktionen oder Embargos.

WICHTIG: Sie haben keinen Anspruch auf Versicherungsleistungen wenn:

1. auf *Ihren* Reiseunterlagen keine Reisedaten angegeben sind; oder
2. die Reisedaten in *Ihrer Polizze* nicht *Ihren* tatsächlichen Reisedaten entsprechen (gilt nicht für Versicherungen, die mit einer One-Way-Buchung abgeschlossen wurden).

INFORMATIONEN ZU ANSPRÜCHEN IM SCHADENFALL

Schadenmeldung

Bevor Sie einen Schaden melden, prüfen Sie bitte *Ihre Polizze* und die Beschreibung *Ihres* Versicherungsschutzes. Beachten Sie, dass nicht jeder Schadenfall gedeckt ist, auch, wenn dieser plötzlich und unerwartet eingetreten ist.

WICHTIG: Hier finden Sie Informationen zur Abwicklung Ihres Schadenfalles. Es gelten jene Abschnitte für Sie, für welche laut der Zusammenfassung Ihres Versicherungsschutzes Deckung besteht.

Um *Ihren* Schadenfall online einzureichen:

- Öffnen Sie den Link www.allianz-protection.com;
- Geben Sie *Ihre* Polizzenummer; ein
- Überprüfen Sie, welche Formulare und Dokumente benötigt werden und laden Sie diese hoch;
- Reichen Sie *Ihren* Schadenfall ein, können Sie danach jederzeit den Status der Bearbeitung prüfen.

Um *Ihren* Schadenfall telefonisch oder per Mail einzureichen:

- Email: claims.at@allianz.com
- Telefon: +43 1 525 03-6822

Was ist bei jedem Schadenfall zu tun?

Sie sind verpflichtet, den Schaden möglichst gering zu halten und nachzuweisen. Holen Sie deshalb in jedem Fall bitte geeignete Nachweise zum Schadeneintritt (z.B. Schadenbestätigung, Attest) und zum Umfang des Schadens (z.B. Rechnungen, Belege) ein. Bitte senden Sie uns *Ihre* Schadenmeldung mit den entsprechenden Nachweisen unverzüglich zu.

Für alle Einreichungen sind folgende Nachweise erforderlich:

- Die ursprüngliche Buchungsbestätigung der *Reise* mit Angabe der gebuchten Leistung, der Reiseteilnehmer und des Reisepreises samt *Polizze*;
- Rechnungen, Belege und Zahlungsbestätigungen für alle entstandenen Kosten;
- Information, ob Sie anderweitig reiseversichert sind, wie durch eine Kreditkarte, private Krankenversicherung, Autofahrerclub etc.;
- Alle anderen relevanten und hilfreichen Dokumente, welche den eingereichten Schadenfall bestätigen;
- Bankverbindung mit Name und Adresse des Zahlungsempfängers.

Die genauen benötigten Nachweise für *Ihren* individuellen Schadenfall entnehmen Sie bitte bei Einreichung über das Online Portal dem Punkt „erforderliche Dokumente“.

Zur Vereinfachung finden Sie hier eine Übersicht der erforderlichen Dokumente.

Für die Abwicklung von Auslandskrankenversicherungs-Schäden benötigen wir:

- Arztbericht (mit Patientennamen, Diagnose, Behandlungsdaten);
- Arzt, bzw. Krankenhausrechnung inklusive Erledigungs-/Auszahlungsbestätigung der gesetzlichen Krankenkasse bzw. der privaten Krankenversicherung;
- Sonstige Rechnungen oder Belege mit Zahlungsbestätigung des Ausstellers, für die Ersatz gefordert wird.

ALLGEMEINE BESTIMMUNGEN UND BEDINGUNGEN

Anwendbares Recht

Es gilt Österreichisches Recht, Gerichtsstand ist Wien. Für Klagen gegen Verbraucher ist gemäß § 14 KSchG Gerichtsstand deren Wohnsitz, gewöhnlicher Aufenthalt oder Beschäftigungsort, sofern dieser im Inland liegt.

Anspruchsverlust auf die Versicherungsleistung

Es besteht Leistungsfreiheit für *uns*, wenn *Sie* aus Anlass des Versicherungsfalles, insbesondere in der Schadenanzeige, vorsätzlich unwahre Angaben machen, für den Schadenfall wesentliche Umstände verschweigen oder Beweismittel fälschen, auch wenn *uns* hierdurch kein Nachteil entsteht.

Wann zahlen wir die Entschädigungssumme

Unsere Geldleistungen sind mit Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfanges der Leistung nötigen Erhebungen fällig. 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.

Sind diese Erhebungen bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles nicht beendet, so können *Sie* in Anrechnung auf die Gesamtforderung Abschlagszahlungen in der Höhe des Betrages verlangen, den *wir* nach Lage der Sache mindestens zu zahlen haben. (Auszug aus § 11 VersVG)

Nebenabsprachen

Kein Vermittler ist ermächtigt, durch mündliche oder schriftliche Nebenabsprachen einen von den angeführten Allgemeinen Versicherungsbedingungen abweichenden Versicherungsschutz zuzusagen, oder eine für den Versicherer bindende Beurteilung eines Sachverhaltes vorzunehmen.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für Bike/E-Bike ÖRV Radsportverband Diebstahlschutz

A. Allgemeine Informationen

Wir haben uns bemüht, diese Dokumente einfach und leicht verständlich zu gestalten und gleichzeitig die Bedingungen für Ihren Versicherungsschutz klar zu beschreiben. Die Polizza wurde auf der Grundlage der Informationen ausgestellt, die Sie zum Zeitpunkt des Abschlusses angegeben haben. Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen bilden zusammen mit Ihrem Versicherungsschein den Vertrag zwischen Ihnen und uns. Einige Wörter und Ausdrücke haben eine besondere Bedeutung und sind in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen definiert. Zur besseren Lesbarkeit sind sie fettgedruckt.

A.1 Versicherungspolizze

Ihre Versicherungspolizze: Das abgeschlossene Versicherungsprodukt ist auf der Versicherungspolizze vermerkt.

Dokumente zur Versicherungspolizze: Der Versicherungsvertrag besteht aus folgenden Dokumenten:

- (1) Allgemeine Versicherungsbedingungen
- (2) Versicherungsschein
- (3) IPID

Bitte beachten Sie, dass Sie einen Kaufnachweis für den versicherten Gegenstand vorlegen müssen, wenn Sie einen Anspruch aus dieser Versicherung geltend machen wollen. Bitte bewahren Sie dieses Dokument an einem sicheren Ort auf.

Beginn des Versicherungsschutzes: Ihr Versicherungsschutz beginnt mit dem Abschluss des Versicherungsvertrages und ist in Ihrem Versicherungsschein angegeben, vorbehaltlich der Zahlung der Versicherungsprämie.

A.2 Versicherer / Wir / Uns / Unser

AWP P&C S.A., Niederlassung für Österreich

Linzer Straße 225, 1140 Wien
Handelsgericht: Wien, Firmennummer: 100329 v

Die AWP P&C S.A., ist eine Zweigniederlassung der AWP P&C S.A mit Firmensitz in Frankreich.
Aktiengesellschaft französischen Rechts
Sitz der Gesellschaft: Saint-Ouen (Frankreich)
Handelsregister: R.C.S. Bobigny 519 490 080
Vorstandsvorsitzender: Tomasz Kunzmann >

B. Leistungsübersicht

In der Leistungsübersicht werden alle versicherten Gegenstände und Ereignisse, die in Ihrer Versicherungspolize versichert sind, aufgeführt.

Ihre Polizza darf nicht später als 2 Wochen nach dem Kaufdatum des versicherten Gegenstandes bei einem professionellen Händler erworben worden sein. Sollte es älter sein kann bis maximal 4 Monate mit Originalkaufbelege und Fotodokumentation das Fahrrad nachversichert werden.

B.1 Versicherte Gegenstände

Fahrrad	✓
E-Bike	Versichert

B.2 Versicherte Ereignisse

Einbruchdiebstahl* Gewaltsames Eindringen in Gebäude oder Fahrzeuge	✓ Versichert
Diebstahl* eines mit einem zugelassenen Schloss gesicherten Fahrrads*	
Plünderung	
Raubüberfall	
Vandalismus	

Nachfolgend als Ereignis(e) bezeichnet.

***Der Fahrradrahmen muss mit einem zugelassenen Sicherheitsschloss an einem unbeweglichen Gegenstand verbunden werden.**

Definitionen der versicherten Gegenstände und versicherten Ereignisse finden Sie in Abschnitt D.

C. Versicherungsnehmer / Geografischer Geltungsbereich

Versicherungsnehmer / Versicherte Person / Sie / Ihr:

Als Versicherungsnehmer müssen Sie der alleinige Eigentümer des versicherten Gegenstandes sein und mindestens 14 Jahre alt sein.

Ihre persönlichen Daten und Ihre Adresse sind im Versicherungsschein vermerkt.

Der Versicherungsnehmer ist gleichzeitig versicherte Person und wird mit „versicherte Person / Sie“ bezeichnet.

Begünstigter: ist die versicherte Person, die auch Anspruch auf die versicherten Leistungen hat.

Geografischer Geltungsbereich der Versicherung: Die Versicherung gilt weltweit. max. 60 aufeinanderfolgende Tage.

Diese Versicherungspolize ist nur für Personen gültig, deren Wohnsitzland Österreich ist. Um einen durchgehend gültigen Versicherungsschutz gewährleisten zu können, dürfen Sie ihr Wohnsitzland nicht wechseln.

Die Assistance-Leistungen sind in Österreich und Weltweit gültig.

D. Begriffsbestimmungen

D.1 Allgemeine Definitionen

Allgemeine Definitionen, Begriffe und Ausdrücke, die in den Versicherungsbedingungen verwendet werden.

Zugelassenes Schloss: ein Schloss, für das Sie einen Eigentums- oder Kaufnachweis erbringen können und: Örtlich anerkannte Standards können verwendet werden

Identifikationsdaten des versicherten Gegenstands: Ein werkseitig erstellter und angewandter Code zur eindeutigen Identifizierung des versicherten Gegenstands (z. B. Rahmenidentifikationsnummer).

Widerrufsfrist: Der Zeitraum, in dem Sie Ihre Meinung ändern und diesen Versicherungsvertrag widerrufen können, woraufhin wir Ihnen die gezahlte Prämie in voller Höhe zurückerstatten, sofern Sie in diesem Zeitraum keinen Leistungsanspruch geltend gemacht haben.

Land des Wohnsitzes: Das Land, in dem Sie Ihren Hauptwohnsitz haben und mehr als 183 Tage im Jahr verbringen.

Versicherter Gegenstand : Fahrrad, E-Bike das als Einzelstück gekauft wurde (nicht in einem Massenverkauf enthalten) und sich zum Zeitpunkt des Abschlusses dieser Versicherung in gutem Zustand befindet und unbeschädigt ist.

Kaufdatum des versicherten Gegenstands: Das Datum, an dem der versicherte Gegenstand bei einem Fahrradfachhändler gekauft wurde und das auf dem Rechnungsbeleg angegeben ist.

Versichertes Ereignis: Alle im Abschnitt D.3 "Versicherte Ereignisse" beschriebenen Ereignisse, die abhängig von Ihrem abgeschlossenen Versicherungsvertrag, vom Versicherungsschutz umfasst sind.

Anschaffungspreis: Der Kaufpreis des versicherten Gegenstandes, und Zubehörs, gemäß Rechnungsbeleg (einschließlich Mehrwertsteuer).

Versicherungsdauer: Das ist der auf dem Versicherungsschein angegebene Zeitraum zwischen Beginn und Ende des Versicherungsvertrags.

Wohnsitz: Ständiger, fester Wohnsitz für rechtliche und steuerliche Zwecke im Wohnsitzland des Leistungsempfängers.

Versicherungsprämie: Der von Ihnen für die vertraglich vereinbarte Dauer des Versicherungsschutzes zu bezahlende Betrag einschließlich der Versicherungssteuer.

Kaufnachweis / Fahrrad-Identifikation: Der Rechnungsbeleg ist das Vertragsdokument, welches den Kauf des versicherten Gegenstands zum angegebenen Datum nachweist. Das Dokument muss bestimmte Angaben zur Identifizierung des versicherten Gegenstands enthalten, einschließlich Hersteller, Typ/Modell, Identifikationsdaten. Das Dokument sollte Ihren Namen und Ihre Adresse enthalten. Bitte bewahren Sie dieses Dokument mindestens bis zur Beendigung des Versicherungsschutzes und/oder bis zur endgültigen Regulierung eines von Ihnen geltend gemachten Schadenanspruchs auf.

Im Schadenfall werden wir das Dokument anfordern.

Wenn sich der versicherte Gegenstand nicht anhand der angegebenen Informationen auf dem Kaufnachweis identifizieren lässt, behalten wir uns das Recht vor, Ihren Anspruch auf Versicherungsleistungen abzulehnen.

Gebrauchtes Fahrrad: Fahrrad, das von einem autorisierten Anbieter in Bezug auf Leistung und Aussehen in einen neuwertigen Zustand versetzt wurde.

Gesichert mit einem zugelassenen Schloss: Der versicherte Gegenstand ist <an einem unbeweglichen festen Gegenstand/Objekt mit einem zugelassenen Sicherheitsschloss so zu befestigen, dass das Schloss gelöst oder der versicherte Gegenstand zerbrochen werden müsste, um den versicherten Gegenstand vom Objekt/Gegenstand zu trennen. Z.B.: Das zugelassene Sicherheitsschloss sichert den Rahmen und das Hinterrad am Objekt.

D.2 Gegenstand der Versicherung

Versicherungsschutz besteht für:

Fahrrad und E-Bike: Ein Fahrrad und E-Bike, das auf einem Rahmen mit Lenker und Sitz montiert ist und durch Pedale, die mit einem Rad verbunden sind, angetrieben wird; benötigt keinen Führerschein für die Benutzung auf der Straße oder im Gelände.

D.3 Versicherte Ereignisse:

In diesem Abschnitt sind alle gedeckten Ereignisse beschrieben, die abhängig von Ihrem abgeschlossenen Versicherungsvertrag, vom Versicherungsschutz umfasst sein können.

Welche Ereignisse in Ihrem Versicherungsvertrag gedeckt sind, können Sie Abschnitt B entnehmen.

➤ **Einbruch/ Diebstahl /Raub:**

- **Einbruchdiebstahl (gewaltsames Eindringen in Gebäude bzw. Räumlichkeiten eines Gebäudes oder Einbruch in ein Fahrzeug)**

Der versicherte Gegenstand wird zu einem bestimmten Zeitpunkt und an einem bestimmten Ort aus einem verschlossenen Gebäude oder Fahrzeug, das mit allen zur Verfügung stehenden Sicherheitsvorkehrungen gesichert ist, so dass körperliche Gewalt und gewaltsames Eindringen in den Raum erforderlich sind, entwendet.

- **Diebstahl (eines mit einem zugelassenen Sicherheitsschloss gesicherten Gegenstands):**
Der versicherte Gegenstand wird zu einem bestimmten Zeitpunkt von einem öffentlich zugänglichen Ort gestohlen, während er mit einem zugelassenen Schloss an einem unbeweglichen, festen Gegenstand (z. B. Laternenpfahl oder Fahrradständer) gesichert ist.

(Siehe Definition von „Gesichert mit einem zugelassenen Schloss“ und „Zugelassenes Schloss“ - in diesem Abschnitt)

- **Plünderung:**
Der versicherte Gegenstand wird zu einem bestimmten Zeitpunkt und an einem bestimmten Ort aus einem Gebäude oder von einer Person unter Anwendung von Gewalt während eines Aufruhrs oder ziviler Unruhen gestohlen.
- **Raubüberfall:**
Die unbefugte Wegnahme des versicherten Gegenstands durch einen oder mehrere Täter unter Anwendung oder Androhung physischer Gewalt oder Einschüchterung
- **Vandalismus, Sabotage oder versuchter Diebstahl:** Mut- und böswillige Beschädigung oder Zerstörung des versicherten Gegenstands durch eine oder mehrere Ihnen unbekannte Personen.
Wir können Sie um eine Kopie des Polizeiberichts bitten. Die Meldung bei der Polizei muss innerhalb von 2 Arbeitstagen erfolgen.

E. Deckungssummen, Selbstbehalt

E.1 Deckungssummen

Die maximale Deckungssumme ist auf 2.000,00€ beschränkt und verringert sich mit dem Alter des versicherten Gegenstands gemäß der folgenden Zeitwerttabelle, die den noch zu erhaltenden Prozentwert angibt:

Alter des versicherten Gegenstands	Deckungssumme / ursprünglicher Kaufpreis
Bis zu 5 Jahre	100%
6. Jahr	65%
7. Jahr	35%
8. Jahr	10%

Wir erstatten Ihnen maximal die Deckungssumme unter Berücksichtigung des Zeitwertabzuges, es sei denn, es wurde ausdrücklich etwas anderes in diesen Bedingungen vereinbart.

E.1.1 Entschädigung im Fall eines Diebstahls

Dieser Abschnitt gilt nur, wenn Sie sich für eine Diebstahlversicherung entschieden haben, wie in Ihrer Versicherungspolize angegeben.

Wenn Ihre Schadenmeldung zu einer Erstattung oder Ersatzleistung führt, erstatten wir Ihnen den versicherten Betrag unter Berücksichtigung des Zeitwertabzuges wie in der Tabelle unter E.1 Deckungssummen angegeben. Wenn ein Selbstbehalt anwendbar ist, ziehen wir diese vom Erstattungsbetrag ab, wie in der Tabelle unter E.2.1 angegeben.

F. Versicherte Leistungen

F.1 Reparatur, Ersatz oder Erstattung

Wenn Sie uns einen Schaden melden, der vom Versicherungsschutz umfasst ist, erstatten wir Ihnen folgende Kosten:

- Den Ersatz des versicherten Gegenstands laut der Zeitwerttabelle unter E.1

F.1.2 Ersatz oder Erstattung der Schadenkosten

Wenn im Fall von Diebstahl und ähnlichen Ereignissen:

Der versicherte Gegenstand nicht repariert werden kann oder die Ersatzteile nicht mehr verfügbar sind, oder

- Die Reparaturkosten oder die Kosten für die Wiederbeschaffung eines neuen Gegenstands den ursprünglichen Kaufpreis des versicherten Gegenstands gemäß Abschnitt E.1 übersteigen

Erstatten wir folgende Kosten:

- den Kaufpreis des versicherten Gegenstands gemäß Absatz E.1

Wurden Ihnen die Kosten für einen Schadenfall im Zusammenhang mit Diebstahl erstattet und wird der versicherte Gegenstand anschließend wiedererlangt, geht der versicherte Gegenstand einschließlich des mitgelieferten Zubehörs in unser Eigentum über.

G. Ausschlüsse

Die in diesem Abschnitt aufgeführten Ereignisse sind nicht vom Versicherungsschutz erfasst, außer das Ereignis ist ausdrücklich Bestandteil der von Ihnen abgeschlossenen Versicherungspolize.

G. 1 Produktspezifische Ausschlüsse

Schäden an und Ersatz von Verschleißteilen: Bestandteile des versicherten Gegenstandes, die normalerweise aufgrund von Verschleiß ersetzt werden, einschließlich, aber nicht beschränkt auf: Reifen, Schläuche, Ventile, Dichtungen, Flüssigkeiten, Bremsbeläge, Bremscheiben und Griffe

Kosmetische Schäden: Schäden, die nur das Aussehen des versicherten Gegenstands beeinträchtigen, nicht aber seine eigentliche Funktionalität oder sichere Nutzung. Zu den kosmetischen Schäden zählen unter anderem: Kratzer, Knicke, Beulen, Verfärbungen und kleine Risse.

Explosion: Schäden, die durch eine plötzliche Explosion durch ausgetretene Gase oder Dämpfe verursacht werden

Feuer: Schäden die durch Brand, Feuersbrunst, Hitze, Flammen unbekannter Ursache verursacht werden

Grobe Fahrlässigkeit: Bei Schäden, die durch grob fahrlässige Handlungen von der versicherten Person oder einem anderen Benutzer herbeigeführt wurden, sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

Vorsatz: Schäden, die von der versicherten Person oder einem anderen Benutzer des versicherten Gegenstands vorsätzlich herbeigeführt wurden.

Abnutzung und Verschleiß: Schäden, die bei normalem Gebrauch über einen gewissen Zeitraum hinweg natürlich und unvermeidlich auftreten.

Schäden, die durch das Eindringen von Fremdkörpern verursacht werden: Schäden, die durch Fremdkörper (z.B. Sand, Splitt oder Staub) verursacht werden, die in die versicherte Sache eingedrungen sind.

Entladener Akku /Batterie

Softwarebedingte Schäden oder Ereignisse: Schäden verursacht durch: Software; Softwarefehler; Datenträger; Computerviren; Programmierung; Programmierfehler.

Herstellerbezogene Ereignisse:

- Schäden aufgrund von Material- und Verarbeitungsfehlern, die während der Laufzeit der Herstellergarantie auftreten
- Schäden, die gemäß der Betriebsanleitung des Herstellers nur durch bestimmte Fahrrad-Spezialisten, d.h. einen Hersteller, Händler oder eine Reparaturwerkstatt, behoben werden dürfen.
- Pixel-Fehler
- Serienfehler in der Produktion sowie Rückrufaktionen durch den Hersteller.
- Konstruktions-, Fabrikations- oder sonstige Fehler in Bezug auf die Sicherheit der versicherten Sache

Wartungs-/Reinigungskosten: Zahlungen für die Beseitigung kosmetischer Schäden, die die Funktionsfähigkeit des versicherten Gegenstands nicht beeinträchtigen (einschließlich, aber nicht beschränkt auf: Kratzer, Schrammen, Abnutzung, Beulen, Dellen, Farbe, dekorative Aufbauten).

G.2 Allgemeine Ausschlüsse

Die unten aufgeführten Ereignisse und Gegenstände sind generell ausgeschlossen:

Verlieren, Stehen- oder Liegenlassen des versicherten Gegenstands bzw. der versicherten Teile

Veränderungen am versicherten Gegenstand /Gerätomanipulationen: Entfernen, Umgehen, Deaktivieren oder Verändern/Manipulieren des versicherten Geräts (z.B. Chiptuning).

Gewerbliche Nutzung: Schäden, die durch die Nutzung des versicherten Gegenstands für geschäftliche und nicht für private Zwecke verursacht werden.

Kosten für nicht genehmigte Transport- oder Versandgebühren: Kosten für nicht genehmigte Transport- oder Versandgebühren.

Gefälschte Artikel: Gefälschte Artikel und / oder nicht autorisierte Nachbildungen des echten Artikels.

Schäden durch externe Ereignisse:

Naturkatastrophen oder Katastrophen, durch äußere Ereignisse verursachte Schäden, wie Naturkatastrophen und Katastrophen, die sich nicht auf elektromagnetische Impulse beschränken, unabhängig davon, ob sie vom Menschen verursacht wurden oder natürlich entstanden, sind

Kernwaffen, Radioaktivität, Kernreaktionen oder durch ionisierende Strahlung verursachte Verseuchungen und Sickerschäden Verschmutzung oder Kontamination.

Krieg oder Bürgerkrieg (ob erklärt oder nicht), Einmarsch, Revolution, Aufstand, zivile Unruhen, politische Gewalttaten, Anschläge oder Terrorakte, Aussperrungen oder Arbeitskämpfe (Streik), Enteignungen oder ähnliche Eingriffe, Beschlagnahmen, behördliche Anordnungen oder sonstige staatliche Eingriffe

Drogen, Betäubungsmittel: die Folgen des Konsums von nicht ärztlich verordneten Drogen, Betäubungsmitteln und ähnlichen Substanzen.

Schäden durch Transport oder Versand durch Dritte: Schäden, die am versicherten Gegenstand während des Transports oder des Versands entstanden sind.

Schäden oder Funktionsstörungen, die durch Reinigung der versicherten Sache behoben werden können

Sach- oder Vermögensschäden: Direkte und indirekte Folgeschäden an Eigentum oder finanzielle Verluste. Dies umfasst die Kosten und Verluste, die dadurch entstehen, dass Sie Ihren versicherten Gegenstand nicht benutzen können

Bestehender Fehler oder Zustand: Zum Zeitpunkt des Abschlusses der Versicherungspolize war Ihnen etwas bekannt, das zu einem Schadenfall führen könnte.

Rechtswidrige Nutzung des Gegenstands: Rechtswidrige Nutzung des versicherten Gegenstands, einschließlich des Verstoßes gegen behördliche Verbote oder Vorschriften (z. B. die Nutzung nicht genehmigter Funkfrequenzen).

Unsachgemäße Lagerung des versicherten Gegenstands: Lagerung des versicherten Gegenstands an einem Ort, der nicht vom Hersteller empfohlen wird.

Missbräuchliche oder unsachgemäße Verwendung des Fahrrads und Verlust: Schäden, die durch Zweckentfremdung, unsachgemäße Installation oder unsachgemäßen Betrieb, die Verwendung des versicherten Gegenstandes für einen Zweck, für den er ursprünglich nicht vorgesehen war, verursacht werden. Schäden, die durch einen Gebrauch verursacht werden, der nicht mit den Anweisungen des Herstellers übereinstimmt.

Nicht autorisierte Reparaturen/Ersatzteile: Änderungen, Modifikationen, unsachgemäße Reparaturen/Eingriffe, die ohne unsere Genehmigung durchgeführt wurden, einschließlich Änderungen oder Modifikationen an internen Teilen. Jegliche Reparatur, die auf Ersatzteile zurückzuführen ist, die nicht vom Hersteller bereitgestellt oder versandt wurden.

Außerhalb des Landes Ihres Wohnsitzes: Jeder versicherte Gegenstand, der außerhalb der EU gekauft oder mehr als 60 aufeinanderfolgende Tage außerhalb Ihres Wohnsitzlandes platziert wurde.

Außerhalb des Zeitraums des Versicherungsschutzes: Jedes Ereignis, das vor dem Startdatum oder nach dem Enddatum Ihres Versicherungsschutzes eingetreten ist, wie auf Ihrem Versicherungsschein angegeben.

Gebrauchte Fahrräder (*Definition siehe Abschnitt D*), die nicht bei einem professionellen Einzelhändler gekauft wurden

Alle Kosten, die ohne unser vorheriges Einverständnis entstanden sind oder die nicht ausdrücklich in dieser Polize als gedeckt aufgeführt sind.

Leistungen, die die versicherte Person selbst oder eine dritte Partei, ohne unser vorheriges Einverständnis organisiert hat und keine Aktenzahl bzw. Schadennummer eingeholt hat.

Kosten, die sich nicht auf Originalrechnungen oder beglaubigte Kopien beziehen.

Wenn Sie nach einer Reparatur vor Ort, die wir in den letzten 28 Tagen bereits für Sie organisiert haben, keine dauerhafte Reparatur veranlasst haben. Es liegt in Ihrer Verantwortung, dafür zu sorgen, dass auf die von uns vor Ort durchgeführten Reparaturen so schnell wie möglich eine dauerhafte Reparatur folgt.

Cyber-Angriff: Jede Art von böswilliger Aktivität, die versucht, Ressourcen des Informationssystems oder die Informationen selbst zu erfassen, zu stören, zu verweigern, zu beeinträchtigen oder zu zerstören, und die zu einer Pannenhilfe führt.

H. Beginn, Widerruf, Beendigung und Ende des Versicherungsschutzes

H.1 Datum des Versicherungsabschlusses

Die Versicherung kann bis zu 1. Monat nach dem Kaufdatum des versicherten Gegenstandes abgeschlossen werden.

H.2 Beginn der Versicherungspolizze

Das Datum, ab dem Ihr versicherter Gegenstand von uns versichert wird, ist im Versicherungsschein angegeben, der Teil Ihrer Versicherungsdokumente ist. Bitte beachten Sie, dass der Versicherungsschutz erst dann beginnt, wenn Sie die Versicherungsprämie bezahlt haben.

H.3 Dauer und Ablauf der Versicherungspolizze

Ihr Versicherungsschutz endet automatisch mit Ablauf der in Ihrem Versicherungsschein angegebenen Versicherungsdauer, ohne dass es einer gesonderten Mitteilung bedarf.

H.4 Datum des Beginns des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt erst, wenn Sie die Prämie bezahlt haben.

H.5 Mehrfachversicherung / Ersatzansprüche gegen Dritte

Wenn Sie aufgrund einer anderen Versicherungspolizze, Anspruch auf Entschädigung haben, müssen Sie uns davon in Kenntnis setzen. Leistungsverpflichtungen aus anderen Versicherungsverträgen gehen unserer Eintrittspflicht vor. Wir werden jedoch Ersatz leisten, wenn Sie im Rahmen Ihres Versicherungsschutzes Anspruch auf Erstattung eines Schadens haben, der nicht durch eine andere Versicherung gedeckt ist.

Wenn wir im Voraus Deckung gewähren und Sie wegen des Schadenereignisses Ansprüche gegen Dritte haben, gehen diese auf uns über. Wenn Ihre Ansprüche gegen Dritte auf uns übergegangen sind, müssen Sie uns dies auf unseren Wunsch hin schriftlich bestätigen.

Wenn Sie mehr als eine Versicherung haben, die Sie für denselben Schaden versichert, müssen Sie den Anspruch nur bei einem Versicherer einreichen und diesem die Angaben zu allen anderen Versicherungen mitteilen. Der Versicherer wendet sich dann an alle anderen Versicherer, die den Versicherungsfall versichert haben, um eine Beteiligung an den Kosten zu erhalten.

H. 6 Erneuerung des Versicherungsschutzes

Nach unserem Ermessen kann Ihr Versicherungsschutz verlängert werden; wir sind jedoch nicht verpflichtet, Ihnen bei Beendigung dieses Versicherungsschutzes einen anderen Versicherungsschutz anzubieten oder einen Antrag anzunehmen, wenn Sie einen solchen stellen.

H.7 Besondere Gründe für das Erlöschen des Versicherungsschutzes

Sie müssen mit angemessener Sorgfalt vorgehen, um Ihren versicherten Gegenstand vor Unfallschäden, Verlust und Beschädigung zu schützen, und sich so verhalten, als ob Sie nicht versichert wären, und jeden potenziellen Anspruch minimieren.

Verletzen Sie eine Pflicht vorsätzlich, können wir die Versicherungs-Leistung verweigern. Verletzen Sie eine Pflicht grob fahrlässig, können wir die Leistung in dem Umfang kürzen, welcher der Schwere Ihres Verschuldens entspricht. Sie müssen beweisen, dass Sie nicht grob fahrlässig gehandelt haben.

Wenn Sie nachweisen, dass die Verletzung der Pflicht keinen Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht hat, müssen wir die Versicherungs-Leistung erbringen. Dies gilt nicht, wenn Sie arglistig gehandelt haben.

H.8 Widerrufsrecht

Sie haben das Recht, den Vertrag innerhalb von <14 >Tagen ohne Angabe von Gründen schriftlich unter den unten genannten Kontaktdaten zu widerrufen. Die Frist von <14 >Tagen beginnt, sobald Sie Ihre Versicherungspolize erhalten haben.

Wenn Sie während der Cooling-off-Periode keine gültigen Ansprüche geltend gemacht haben oder geltend machen werden, erhalten Sie eine vollständige Rückerstattung Ihrer Prämie.

Wenn Sie während der Cooling-off-Periode einen gültigen Anspruch geltend machen, sind Sie immer noch berechtigt, Ihren Vertrag zu kündigen, allerdings ziehen wir den Wert der bereits erhaltenen Leistung von der fälligen Erstattung ab. Bitte beachten Sie, dass dies in den meisten Fällen zu keiner Erstattung führt.

H.9 Wie Sie Ihre Versicherungspolize beenden können

Beendigung durch Sie:

Während der Widerrufsfrist

Bitte beachten Sie die beigefügte Widerrufsbelehrung in Bezug auf Ihr Widerrufsrecht.

Nach der Widerrufsfrist

Der Vertrag endet zum vereinbarten Zeitpunkt. Sie müssen nicht kündigen.

Beendigung durch uns

Wir sind unter bestimmten Voraussetzungen berechtigt, Ihren Versicherungsschutz schriftlich und mit sofortiger Wirkung zu kündigen, wenn Sie:

- beim Abschluss der Versicherung unredlich gehandelt oder unvollständige Angaben gemacht haben
- bei der Einreichung einer Forderung absichtlich falsche Angaben gemacht oder Tatsachen verschwiegen haben
- einen Betrug begangen oder versucht haben
- Uns getäuscht haben oder versucht haben, uns zu täuschen

I. Zahlung der Prämie

I.1 Zahlungstermin

Die Prämie ist von Ihnen zu zahlen. Die Zahlung der Prämie ist zum Zeitpunkt des Abschlusses des Versicherungsvertrags fällig. <Die Zahlung der Folgeprämien ist zum vereinbarten Zeitpunkt fällig.>

I.2 Folgen einer verspäteten oder ausbleibenden Prämienzahlung

Tritt der Versicherungsfall ein, müssen wir nur zahlen, wenn der erste oder einmalige Beitrag gezahlt wurde oder wenn Sie als Versicherungsnehmer die Nichtzahlung des Beitrags nicht zu vertreten haben. Dies müssen Sie uns nachweisen.

<Können wir den Folgebeitrag nicht zum vereinbarten Termin abbuchen, setzen wir Ihnen in Textform eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen. Für Schäden, die nach Ablauf dieser Frist eintreten, sind wir von der Leistungspflicht befreit, wenn Sie sich weiterhin in Zahlungsverzug befinden. Darüber hinaus können wir in diesem Fall den Vertrag fristlos kündigen. Wenn Sie die Zahlung innerhalb eines

Monats nach Wirksamwerden der Kündigung leisten, wird die Wirkung der Kündigung aufgehoben und der Vertrag tritt wieder in Kraft. Ansprüche, die nach der Zahlung entstehen, sind versichert.>

J. Wie man eine Schadenmeldung macht

J.1 Anforderungen im Schadenfall

Sie sollten alle Informationen zur Verfügung stellen, die wir ausdrücklich anfordern.

Während der Dauer des Versicherungsschutzes sind Sie verpflichtet, den versicherten Gegenstand nach besten Kräften in einwandfreiem Zustand zu halten und angemessene Sorgfalt walten zu lassen, um das Risiko von Schäden oder Verlusten zu verhindern oder zumindest zu minimieren.

Wenn der versicherte Gegenstand während der Laufzeit des Versicherungsvertrags beschädigt oder zerstört wird, müssen Sie uns so schnell wie möglich benachrichtigen und uns diesen (einschließlich des Zubehörs, das bei der Lieferung des beschädigten Gegenstandes enthalten war) ggf. zur Verfügung stellen, damit wir es untersuchen können.

Entstehen durch falsche oder unwahre Angaben Kosten, die bei wahrheitsgemäßen Angaben nicht entstanden wären, behalten wir uns das Recht vor, diese Kosten zu verlangen.

Besondere Pflichten im Fall eines Diebstahls

Der Schadennachweis im Zusammenhang mit Diebstahl muss zusammen mit einer Anzeigebestätigung und einem Bericht des Trackingunternehmens (falls zutreffend), mit den Identifikationsdaten Ihres Fahrrads eingereicht werden. Verlustanzeigen über verlorene Gegenstände werden nicht als Nachweis für einen Anspruch wegen Diebstahls akzeptiert. < Schlüssel einsenden >

Besondere Pflichten bei Vandalismus, Sabotage oder versuchtem Diebstahl

Der Schadennachweis muss zusammen mit einer polizeilichen Anzeigebestätigung, der den Vandalismus oder die Sabotage belegt, der Schadenmeldung beigelegt werden.

J.2 Frist für die Einreichung einer Schadenmeldung

Bitte kontaktieren Sie uns im Fall einer Beschwerde zeitnah.

Wir fordern Sie auf, Ihren Schaden <so schnell wie möglich zu melden/ Sie müssen Ihren Schaden innerhalb von [Anzahl der Tage, z. B. 30]> melden, damit der versicherte Gegenstand repariert werden kann und sich der Zustand des versicherten Gegenstands nicht weiter verschlechtert. Bei einer unangemessenen Verzögerung zwischen dem Eintritt des Schadensfalls und Ihrer Meldung an uns können wir Ihre Erstattung anpassen, wenn sich unsere Verpflichtungen aufgrund der Verzögerung erhöht haben.

Verletzen Sie eine Pflicht vorsätzlich, können wir die Versicherungs-Leistung verweigern. Verletzen Sie eine Pflicht grob fahrlässig, können wir die Leistung in dem Umfang kürzen, welcher der Schwere Ihres Verschuldens entspricht. Sie müssen beweisen, dass Sie nicht grob fahrlässig gehandelt haben.

Wenn Sie nachweisen, dass die Verletzung der Pflicht keinen Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht hat, müssen wir die Versicherungs-Leistung erbringen. Dies gilt nicht, wenn Sie arglistig gehandelt haben.

J.3 Schadenmeldung Kontaktdaten

Bitte nutzen Sie die Funktion „Schaden anlegen“ im SunRocks Kundenportal, wenn eine Reparatur oder ein Diebstahl stattgefunden hat. Dort sind Ihre Daten für eine Schadenmeldung bereits vorbelegt und gehen direkt zur uns. Ebenso erkennen Sie dort, welche Dokumente für eine Schadenabwicklung unerlässlich sind.

Sie können uns zusätzlich über unser E-Claim-Portal [Website z. B. <https://aristote.allianz-assistance.com> im Anhang] oder per E-Mail [E-Mail-Adresse im Anhang] oder per Telefon [Telefonnummer im Anhang] kontaktieren.

Es kann sein, dass Sie die folgenden Angaben machen müssen:

- Nachweis, dass der versicherte Gegenstand bei uns versichert ist, z. B. Ihre Zertifikatsnummer, Fahrrad-Identifikationsdaten
- Beschreibung des Schadens, der an der versicherten Sache entstanden ist
- Kaufnachweis für den versicherten Gegenstand
- Im Fall eines Unfallschadens: Wir können ein Foto des Schadens verlangen
- Im Fall eines Diebstahls: Wir benötigen einen Polizeibericht und das Aktenzeichen der Polizei

J.4 Schadenbearbeitung auf Seiten des Versicherers

Wir teilen Ihnen so bald wie möglich mit, ob wir Ihren Schaden nach Prüfung Ihres Anspruchs regulieren können. Sie dürfen ohne unsere Zustimmung keine separate Reparatur veranlassen.

J.5 Falsche Angaben / Erklärung / Verschweigen des Versicherungsnehmers

Sie müssen uns beim Abschluss der Versicherungspolize und bei der Geltendmachung eines Anspruchs vollständige und genaue Informationen zur Verfügung stellen. Wenn Sie uns falsche oder unvollständige Angaben machen, sind wir möglicherweise nicht in der Lage, Ihnen zu helfen oder Versicherungsschutz zu gewähren. Dies gilt auch, wenn Sie bei der Schadenregulierung nicht kooperieren oder wichtige Informationen oder Änderungen nicht weitergeben.

Wenn Sie oder eine in Ihrem Namen handelnde Person einen Anspruch geltend machen, der in irgendeiner Weise falsch oder betrügerisch ist, oder einen Anspruch mit falschen oder betrügerischen Angaben in Bezug auf das Versicherungsrisiko oder -dokument untermauern, verlieren Sie alle Leistungen, die Sie für diese Versicherungspolize bezahlt haben. Wir können auch die Kosten für alle erfolgreichen Ansprüche zurückfordern, die wir im Rahmen dieser Versicherungspolize reguliert haben und die sich später als betrügerisch herausstellen. Wenn Sie uns in betrügerischer Absicht falsche Informationen, Erklärungen oder Dokumente zur Verfügung stellen, können wir dies in Datenbanken zur Betrugsbekämpfung erfassen und auch andere Organisationen, einschließlich der Polizei, benachrichtigen.

L. Allgemeine Bestimmungen

L.1 Vertragliche Änderungen

Schriftliche Bestätigung: Alle Änderungen der Versicherungsbedingungen oder des Versicherungsscheins bedürfen der Bestätigung in Textform durch uns.

L.2 Änderung der Versicherungssteuer

Die in Rechnung gestellte Prämie enthält die Versicherungssteuer, die der Versicherungsnehmer in der gesetzlich festgelegten Höhe zu entrichten hat. Eine Erhöhung der Versicherungssteuer begründet kein Kündigungsrecht.

L.3 Übertragung der Versicherungspolize

Sie können diesen Versicherungsvertrag übertragen, wenn Sie den versicherten Gegenstand auf eine andere Person übertragen, die mindestens 18 Jahre alt ist und deren Wohnsitzland das gleiche ist wie das Ihre zum Zeitpunkt des Abschlusses dieses Vertrages. Der neue Versicherungsnehmer ist für den Rest der Versicherungsdauer versichert.

Sie müssen uns so bald wie möglich über die Übertragung informieren. Sie müssen die Identifikationsdaten des versicherten Gegenstands sowie den Namen, die Adresse, das Geburtsdatum und die E-Mail-Adresse des neuen Eigentümers angeben. Sie müssen dem neuen Eigentümer die vorliegenden Versicherungsbedingungen und den Kaufnachweis für den versicherten Gegenstand aushändigen und ihn über die Anzahl der von Ihnen geltend gemachten Ansprüche informieren, falls solche bestehen. Sie müssen den neuen Eigentümer darauf hinweisen, dass er sich mit uns in Verbindung setzen muss, um seine ausdrückliche Zustimmung und sein Einverständnis mit der Übertragung dieser Versicherungsbedingungen zu geben, damit die Übertragung Ihres Versicherungsschutzes abgeschlossen werden kann.

Die Polizza kann nicht auf ein neues Fahrrad übertragen werden.

<Die Polizza kann nicht auf einen neuen Eigentümer übertragen werden, aber eine Erstattung ist möglich.>

L.4 Datenschutz

Ihre persönlichen Daten werden in Übereinstimmung mit dem Datenschutzhinweis behandelt, der diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen beigefügt ist.

L.5 Wirtschaftssanktionsklausel (Internationale Sanktionen)

Diese Versicherungspolizza darf keinen Versicherungsschutz oder keine Leistung gewähren, soweit der Versicherungsschutz oder die Leistung gegen geltende Sanktionen, Gesetze oder Vorschriften der Vereinten Nationen, der Europäischen Union, der Vereinigten Staaten von Amerika oder andere geltende Wirtschafts- oder Handelssanktionen, Gesetze oder Vorschriften verstoßen würde. Wir lehnen Ansprüche gegenüber Personen, Unternehmen, Regierungen und anderen Beteiligten ab, wenn uns dies aufgrund nationaler oder internationaler Abkommen oder Sanktionen untersagt ist.

L.6 Beschwerdemöglichkeit

Unser Ziel ist es, erstklassige Leistungen zu bieten. Ebenso ist es uns wichtig, auf das Anliegen der versicherten Person einzugehen. Sollte die versicherte Person einmal mit unseren Produkten oder unserem Service nicht zufrieden sein, kann die versicherte Person sich jederzeit an uns wenden: quality.at@allianz.com (interne Beschwerdestelle gem. §127e VAG).

Ebenfalls kann die versicherte Person Versicherungsbeschwerden bei folgender Adresse melden: Beschwerdestelle über Versicherungsunternehmen im Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz gem. §33 VAG

Abteilung III/3,

Stubenring 1, 1010 Wien

Tel. +43 1 71100 -862501 oder -862504.

Email: versicherungsbeschwerde@sozialministerium.at

L.7 Garantie des Herstellers

Wenn Ihr versicherter Gegenstand nicht funktioniert, kann dies durch die ursprüngliche Herstellergarantie abgedeckt sein, oder Sie können gesetzliche Rechte nach dem Verbraucherrecht haben. Schadensersatzansprüche gegen Dritte gehen nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen bis zur Höhe der geleisteten Zahlung auf uns über, sofern Ihnen dadurch keine Nachteile entstehen.

L. 8 Entschädigungsanspruch gegen Dritte / andere Versicherer

Als Gegenleistung für die Zahlung der Entschädigung und bis zu deren Höchstbetrag treten wir in die Rechte und Ansprüche ein, die Sie gegenüber den für den Schaden Verantwortlichen haben oder geltend machen können. Wenn wir durch Ihr Handeln nicht mehr in der Lage sind, diese Maßnahmen zu ergreifen, können wir von allen oder einem Teil unserer Verpflichtungen Ihnen gegenüber entbunden werden.

Sie sind verpflichtet, den Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken. Verletzen Sie diese Pflicht vorsätzlich, sind wir insoweit nicht zur Leistung verpflichtet, als wir infolgedessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen können. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Pflicht sind wir berechtigt, die Leistung in einem der Schwere Ihres Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen grober Fahrlässigkeit tragen Sie.

Leistungsverpflichtungen aus anderen Versicherungsverträgen gehen unserer Eintrittspflicht vor.

L.9 Anwendbares Recht

Es gilt das Recht des Landes, in dem Sie Ihren Wohnsitz haben. Alle Mitteilungen und Unterlagen im Zusammenhang mit dieser Versicherungspolizze werden in Deutsch verfasst.

BEDINGUNGEN für die Unfallversicherung (UVB 2015)

Versicherungsnehmer ist die Person, die den Versicherungsvertrag mit der Wüstenrot Versicherungs-Aktiengesellschaft abschließt.

Versicherter (versicherte Person) ist die Person, für welche die Leistungen nach Abschnitt B versichert werden können.

Bezugsberechtigter (Begünstigter) ist die Person, die für den Empfang einer bestimmten Leistung benannt ist.

Versicherer ist die Wüstenrot Versicherungs-Aktiengesellschaft mit dem Sitz in A-5020 Salzburg, Alpenstraße 61, FN 34521 t, Landes- als Handelsgericht Salzburg.

U 117/V01

Seite 2 von 25

Inhaltsverzeichnis

Abschnitt A: Versicherungsschutz	3
Artikel A.1 Gegenstand der Versicherung	3
Artikel A.2 Versicherungsfall	3
Artikel A.3 Örtlicher Geltungsbereich	3
Artikel A.4 Zeitlicher Geltungsbereich	3
Artikel A.5 Beginn des Versicherungsschutzes, kostenloser Sofortschutz, vorläufige Deckung	3
Artikel A.6 Begriff des Unfalles	3
Abschnitt B: Versicherbare Leistungen	4
Artikel B.1 Unfallinvalidität	4
Artikel B.2 Unfallinvalidität mit Progression	5
Artikel B.2.1 Unfallinvalidität mit Progression 300 %	5
Artikel B.2.2 Unfallinvalidität mit Progression 500 % Medium	6
Artikel B.2.3 Unfallinvalidität mit Progression 500 % TOP ab 5 %	7
Artikel B.2.4 Unfallinvalidität mit Progression 500 % TOP ab 10 %	7
Artikel B.2.5 Unfallinvalidität mit Progression 500 % TOP	8
Artikel B.2.6 Unfallinvalidität mit Progression 750 % TOP ab 5 %	9
Artikel B.2.7 Unfallinvalidität mit Progression 750 % TOP ab 10 %	9
Artikel B.2.8 Unfallinvalidität mit Progression 750 % TOP	10
Artikel B.3 Zusatzinvalidität	10
Artikel B.4 Unfallinvaliditätspension 35/50	10
Artikel B.5 Unfalltod	11
Artikel B.6 Unfalltagegeld	11
Artikel B.7 Unfallspitalgeld	11
Artikel B.8 Heilkosten	11
Artikel B.9 Unfallkosten	12
Artikel B.10 Unfallkosten-Assistanceleistungen PLUS	12
Artikel B.11 Ersthilfeleistung bei Schwerverletzungen	16
Artikel B.12 Genesungsgeld	16
Artikel B.13 Knochenbruchpauschale	16
Artikel B.14 Unfallpauschale	17
Artikel B.15 Zusatzleistungen	17
Artikel B.16 Familienpaket	17
Artikel B.17 Sportpakete	17
Artikel B.18 Anspruchsstellung, Fälligkeit der Leistung, Verjährung	19
Artikel B.19 Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten (Ärztekommission)	20
Abschnitt C: Begrenzungen des Versicherungsschutzes	20
Artikel C.1 Ausschlüsse	20
Artikel C.2 Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes	21
Abschnitt D: Pflichten des Versicherungsnehmers	21
Artikel D.1 Beitrag	21
Artikel D.2 Anzeige der Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung des Versicherten sowie besonders gefährlicher Freizeitaktivitäten	22
Artikel D.3 Obliegenheiten	22
Abschnitt E: Vertragsdauer, Ende des Versicherungsvertrages	23
Artikel E.1 Versicherungsperiode, Vertragsdauer, Altersgrenzen	23
Artikel E.2 Kündigung, Erlöschen des Vertrages	24
Abschnitt F: Sonstige Vertragsbestimmungen	24
Artikel F.1 Rechtsstellung der am Vertrag beteiligten Personen	24
Artikel F.2 Erfüllungsort, Gerichtsstand	24
Artikel F.3 Form von Willenserklärungen und Anzeigen	24
Artikel F.4 Gebühren, Mehraufwendungen	25
Artikel F.5 Vertragsrecht, Versicherungsaufsichtsbehörde	25

Abschnitt A: Versicherungsschutz

Artikel A.1 Gegenstand der Versicherung

Der Versicherer bietet Versicherungsschutz, wenn dem Versicherten ein Unfall (Art. A.6) zustößt.

Die Leistungen, die versichert werden können, ergeben sich aus Abschnitt B. Aus der Versicherungsurkunde ist ersichtlich, welche Leistung(sart)en und Versicherungssummen auf Grund des Antrages versichert sind.

Artikel A.2 Versicherungsfall

Versicherungsfall ist der Eintritt eines Unfalles (Art. A.6).

Artikel A.3 Örtlicher Geltungsbereich

Die Versicherung gilt auf der ganzen Erde.

Artikel A.4 Zeitlicher Geltungsbereich

Versichert sind Unfälle, die während der Wirksamkeit des Versicherungsschutzes (Laufzeit des Versicherungsvertrages unter Beachtung der §§ 38, 39 und 39a VersVG) eingetreten sind.

Artikel A.5 Beginn des Versicherungsschutzes, kostenloser Sofortschutz, vorläufige Deckung

1. Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt, sobald der Versicherer die Annahme des Antrages in geschriebener Form oder durch Zustellung der Versicherungsurkunde bestätigt und der Versicherungsnehmer den ersten Beitrag rechtzeitig bezahlt hat (Art. D.1). Vor dem vereinbarten bzw. in der Versicherungsurkunde angegebenen Versicherungsbeginn besteht kein Versicherungsschutz. Eine Ausnahme hiervon besteht lediglich hinsichtlich des unter Pkt. 2. näher beschriebenen kostenlosen Sofortschutzes.

2. Kostenloser Sofortschutz

Für die Unfall-Vorsorge gewährt die Wüstenrot Versicherungs-AG einen kostenlosen Sofortschutz auf die beantragten Versicherungssummen

- beginnend ab Einlangen des Antrages in der Zentrale der Wüstenrot Versicherungs-AG
- bis zur Zustellung einer den Sofortschutz ablehnenden geschriebenen Mitteilung der Wüstenrot Versicherungs-AG, längstens bis zum auf das Antragsdatum nächstfolgenden Monatsersten.

Der kostenlose Sofortschutz gilt ausschließlich für den Fall, dass

- der auf das Antragsdatum folgende Monatserste als Versicherungsbeginn beantragt wird,
- der Antrag vollständig ausgefüllt und unterschrieben wurde
- die versicherte Person die Gesundheitsfragen vollständig beantwortet hat
- die versicherte Person nicht in ärztlicher Behandlung oder Kontrolle steht
- die versicherte Person keine Sportarten gegen Entgelt betreibt.

Der Sofortschutz gilt nicht für Unfallfolgen, die sich die versicherte Person bei den folgenden Sportarten zuzieht: Verteidigungs- und Kampfsportarten, Flugsport, Motorsport zu Lande und zu Wasser, Klettern und Tauchen, tiefer als 40 Meter Tauchtiefe. Die Versicherung dieser Risiken bedarf einer gesonderten Vereinbarung mit der Wüstenrot Versicherungs- AG.

Die aufgrund des kostenlosen Sofortschutzes erbrachte Versicherungsleistung ist mit einem Betrag von € 100.000,00 begrenzt.

3. Vorläufige Deckung

Soll über den kostenlosen Sofortschutz hinaus der Versicherungsschutz vor der Einlösung der Versicherungsurkunde beginnen (vorläufige Deckung), ist eine besondere Zusage der vorläufigen Deckung durch den Versicherer erforderlich. Sie endet mit der Aushändigung der Versicherungsurkunde.

Der Versicherer ist berechtigt, die vorläufige Deckung mit einer Frist von einer Woche in geschriebener Form zu kündigen. Dem Versicherer gebührt in diesem Fall der auf die Zeit des Versicherungsschutzes entfallende Beitrag.

Artikel A.6 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 körperliche Gesundheitsschädigung oder den Tod erleidet.
2. Als Unfall gelten auch folgende vom Willen des Versicherten unabhängige Ereignisse
 - a) Ertrinken, Ersticken, Erfrieren, Verhungern bzw. Verdursten;
 - b) Verbrennungen, Verbrühungen, Einwirkungen von Blitzschlag oder elektrischem Strom;
 - c) Einatmen von Gasen oder Dämpfen, Einnehmen von giftigen oder ätzenden Stoffen, es sei denn, dass diese Einwirkungen allmählich erfolgen;

U 117/V01

Seite 4 von 25

- d) Unfälle infolge eines Herzinfarktes oder Schlaganfalles, sowie ein Herzinfarkt oder Schlaganfall, der als Folge eines Unfalles eintritt;
 - e) Verrenkungen von Gliedern sowie Zerrungen und Zerreißen von an Gliedmaßen und an der Wirbelsäule befindlichen Muskeln, Sehnen, Bändern und Kapseln sowie Meniskusverletzungen. Hinsichtlich krankhaft abnutzungsbedingter Einflüsse findet insbesondere Art. C.2 Pkt. 3, Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes, Anwendung.
 - f) Unfälle bei der Ausübung der Sportart Tauchen bis zu einer Tauchtiefe von maximal 40 Metern, dies gilt auch für tauchtypische Gesundheitsschäden welche entstehen, ohne dass ein plötzlich von außen auf den Körper einwirkendes Ereignis vorliegt. Die Kosten einer Dekompressionskammer gelten als Berge- bzw. Heilkosten. Nicht versichert sind Eis- und Höhlentauchen.
 - g) Einnahme von für den Verzehr nicht vorgesehenen Stoffen oder verdorbenen Lebensmitteln (Lebensmittelvergiftung) und unabsichtliches Verschlucken von Kleinteilen.
 - h) Unfälle, die sich bei Rettungseinsätzen ereignen, wenn die dabei verursachte Gesundheitsschädigung auf eine äußere Einwirkung - ohne Berücksichtigung der weiteren Voraussetzungen gemäß Punkt 1 - zurückzuführen ist.
Ein Rettungseinsatz ist das Bemühen die Schädigung der körperlichen Unversehrtheit eines Menschen oder einer Sache abzuwehren bzw. insoweit eine Schädigung bereits eingetreten ist, deren Folgen zu minimieren.
3. Krankheiten gelten nicht als Unfälle, übertragbare Krankheiten auch nicht als Unfallfolgen. Folgen von Insektenstichen und -bissen sowie Folgen von Tierbissen, Borreliose, Kinderlähmung, Wundstarrkrampf und Tollwut, sind mitversichert, wenn die Erkrankung frühestens 3 Monate nach Vertragsbeginn bzw. spätestens 3 Monate nach Vertragsende eintritt.
Auf die Folgen der durch Zeckenbiss übertragenen Frühsommer-Meningoenzephalitis erstreckt sich der Versicherungsschutz, wenn die Erkrankung serologisch festgestellt und frühestens 15 Tage nach Vertragsbeginn, jedoch spätestens 15 Tage nach Vertragsende zum Ausbruch kommt.
Werden durch Schutzimpfungen gegen die vorstehend angeführten Infektionskrankheiten dauerhafte Gesundheitsschädigungen verursacht, besteht auch dafür Versicherungsschutz, wenn die Gesundheitsschädigung während der Vertragsdauer eintritt.
Als Krankheitsbeginn (Zeitpunkt des Versicherungsfalles) gilt der Tag, an dem erstmals ein Arzt wegen der als Folge des Insektenstiches und -bisses sowie als Folge des Tierbisses diagnostizierten Krankheit, der Borreliose, der Kinderlähmung oder Frühsommer-Meningoenzephalitis zu Rate gezogen wurde. Eine Leistung wird nur für Unfalltod oder Unfallinvalidität erbracht.
4. Der Versicherungsschutz gilt auch für Unfälle, die die versicherte Person als Fluggast in motorisierten Luftfahrzeugen, welche für die Personenbeförderung zugelassen sind, erleidet. 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.
5. Versichert sind auch Unfälle infolge Bewusstseinsstörungen, sofern diese nicht durch Drogen bzw. Suchtmittel oder missbräuchliche Verwendung von Medikamenten verursacht sind (siehe Art. C.1 Punkt 9). Unfälle verursacht durch Trunkenheit, sind mitversichert, beim Lenken von motorisierten Fahrzeugen jedoch nur, wenn der Blutalkoholgehalt zum Unfallzeitpunkt 0,8 ‰, bei allen anderen Unfällen 1,3 ‰ nicht übersteigt.
6. Für Unfälle, die sich bei der Ausübung von gefährlichen Sportarten bzw. Freizeitaktivitäten (z.B.: Tandem-Fallschirmspringen, Rafting, Parasailing, Bungeejumping, Ballonfahren, etc.) ereignen, besteht Versicherungsschutz, wenn diese nur während einer Urlaubsreise, oder nur einmalig oder nur anlassbezogen ausgeübt werden.

Abschnitt B: Versicherbare Leistungen

Die nachstehend beschriebenen Leistungen können versichert werden.

Die tatsächlich vereinbarten versicherten Leistungen und Versicherungssummen entnehmen Sie bitte der Versicherungsurkunde.

Artikel B.1 Unfallinvalidität

1. Ergibt sich innerhalb eines Jahres vom Unfalltag an gerechnet, dass als Folge des Unfalles eine dauernde Unfallinvalidität zurückbleibt, wird aus der hierfür versicherten Summe der dem Grade der Unfallinvalidität entsprechende Betrag gezahlt. Voraussetzung hierfür ist jedoch, dass die Unfallinvalidität von einem hierzu befugten, unbefangenen Facharzt schriftlich festgestellt und beim Versicherer - bei sonstigem Anspruchsverlust - in geschriebener Form innerhalb von 18 Monaten nach dem Unfall geltend gemacht wird.

2. **Für die Bemessung des Unfallinvaliditätsgrades gilt - unter Ausschluss jeder anderen Art des Nachweises eines höheren oder geringeren Invaliditätsgrades - folgende Bestimmung:**

bei völligem Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit

eines Armes	80 %
eines Daumens	20 %
eines Zeigefingers	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	50 %
des Gehörs beider Ohren	60 %
des Gehörs eines Ohres	30 %
des Geruchsinnes	10 %
des Geschmacksinnes	10 %
der Milz	10 %
der Niere	20 %
der Stimme	40 %

Bei teilweisem Verlust oder teilweiser Funktionsunfähigkeit der vorgenannten Körperteile oder Organe werden die vorstehend genannten Prozentsätze anteilig angewendet. Bei Funktionseinschränkungen von Armen und Beinen ist der Prozentsatz für die gesamte Extremität anteilig anzuwenden. Wenn bereits die zweite Niere vor dem Unfall oder als Unfallfolge beeinträchtigt ist, ist Punkt. 3 anzuwenden.

3. Für andere Körperteile und Sinnesorgane bemisst sich der Unfallinvaliditätsgrad danach, inwieweit die normale körperliche oder geistige Funktionsfähigkeit insgesamt beeinträchtigt ist. Dabei sind ausschließlich medizinische Gesichtspunkte zu berücksichtigen. Waren betroffene Körperteile oder Sinnesorgane oder deren Funktionen bereits vor dem Unfall dauernd beeinträchtigt, wird der Unfallinvaliditätsgrad um die Vorinvalidität gemindert.
4. Sind mehrere Körperteile oder Sinnesorgane durch den Unfall beeinträchtigt, werden die nach den vorstehenden Bestimmungen ermittelten Unfallinvaliditätsgrade zusammengerechnet. Der Invaliditätsgrad aus einem Unfall bzw. die Versicherungsleistung pro Versicherungsfall sind jedoch mit 100 % (der versicherten Summe) begrenzt.
5. Im ersten Jahr nach dem Unfall wird eine Invaliditätsleistung nur erbracht, wenn Art und Umfang der Unfallfolgen aus ärztlicher Sicht eindeutig feststehen und ein Ableben im ersten Jahr nach dem Unfall auszuschließen ist.
6. Steht der Grad der dauernden Unfallinvalidität nicht eindeutig fest, sind sowohl der Versicherte als auch der Versicherer berechtigt, den Unfallinvaliditätsgrad jährlich bis vier Jahre ab dem Unfalltag ärztlich neu bemessen zu lassen.
7. Stirbt der Versicherte
 - 7.1 unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall, besteht kein Anspruch auf Unfallinvaliditätsleistung;
 - 7.2 aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach dem Unfall, ist nach dem Grad der dauernden Unfallinvalidität zu leisten, mit dem aufgrund der zuletzt erstellten ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre;
 - 7.3 unfallbedingt oder aus unfallfremder Ursache später als ein Jahr nach dem Unfall, ist ebenfalls nach dem Grad der dauernden Unfallinvalidität zu leisten, mit dem aufgrund der zuletzt erstellten ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

Artikel B.2 Unfallinvalidität mit Progression

Artikel B.2.1 Unfallinvalidität mit Progression 300 %

Für Unfallinvaliditätsgrade unter 20 % wird die Versicherungsleistung gemäß Art. B.1 berechnet.

Erreicht oder übersteigt der nach Artikel B.1 festgestellte Unfallinvaliditätsgrad 21 %, so erhöht sich die Leistung jeweils auf den nachfolgend ausgewiesenen Prozentsatz der vereinbarten Versicherungssumme. Erreicht der Invaliditätsgrad 90 % oder mehr, erhöht sich die Leistung auf 300 % der vereinbarten Versicherungssumme.

U 117/V01

Seite 6 von 25

von	auf	von	auf	von	auf	von	auf
20	20	40	60	60	120	80	200
21	22	41	63	61	124	81	205
22	24	42	66	62	128	82	210
23	26	43	69	63	132	83	215
24	28	44	72	64	136	84	220
25	30	45	75	65	140	85	225
26	32	46	78	66	144	86	230
27	34	47	81	67	148	87	235
28	36	48	84	68	152	88	240
29	38	49	87	69	156	89	245
30	40	50	90	70	160	90	300
31	42	51	93	71	164	91	300
32	44	52	96	72	168	92	300
33	46	53	99	73	172	93	300
34	48	54	102	74	176	94	300
35	50	55	105	75	180	95	300
36	52	56	108	76	184	96	300
37	54	57	111	77	188	97	300
38	56	58	114	78	192	98	300
39	58	59	117	79	196	99	300
						100	300

Im Übrigen gelten die Bestimmungen des Artikel B.1.

Artikel B.2.2 Unfallinvalidität mit Progression 500 % Medium

Für Unfallinvaliditätsgrade von weniger als 25 % wird eine Invaliditätsleistung auf Basis der halben vereinbarten Versicherungssumme für dauernde Unfallinvalidität erbracht, die Berechnung der Versicherungsleistung erfolgt gemäß Artikel B.1.

Erreicht oder übersteigt der nach Artikel B.1 festgestellte Unfallinvaliditätsgrad 25 %, so erhöht sich die Leistung jeweils auf den nachfolgend ausgewiesenen Prozentsatz der vereinbarten Versicherungssumme. Erreicht der Invaliditätsgrad 90 % oder mehr, erhöht sich die Leistung auf 500 % der vereinbarten Versicherungssumme.

von	auf	von	auf	von	auf	von	auf
25	25	45	85	65	220	85	380
26	28	46	88	66	228	86	388
27	31	47	91	67	236	87	396
28	34	48	94	68	244	88	404
29	37	49	97	69	252	89	412
30	40	50	100	70	260	90	500
31	43	51	108	71	268	91	500
32	46	52	116	72	276	92	500
33	49	53	124	73	284	93	500
34	52	54	132	74	292	94	500
35	55	55	140	75	300	95	500
36	58	56	148	76	308	96	500
37	61	57	156	77	316	97	500
38	64	58	164	78	324	98	500
39	67	59	172	79	332	99	500
40	70	60	180	80	340	100	500

41	73	61	188	81	348
42	76	62	196	82	356
43	79	63	204	83	364
44	82	64	212	84	372

Im Übrigen gelten die Bestimmungen des Artikel B.1.

Artikel B.2.3 Unfallinvalidität mit Progression 500 % TOP ab 5 %

Für nach Artikel B.1 festgestellte Unfallinvaliditätsgrade von weniger als 5 % wird eine Invaliditätsleistung in Höhe eines Viertel des festgestellten Unfallinvaliditätsgrades erbracht. Für Unfallinvaliditätsgrade von 5 % bis inklusive 25 % wird die Versicherungsleistung gemäß Art B.1 berechnet.

Übersteigt der nach Artikel B.1 festgestellte Unfallinvaliditätsgrad 25 %, so erhöht sich die Leistung jeweils auf den nachfolgend ausgewiesenen Prozentsatz der vereinbarten Versicherungssumme. Erreicht der Invaliditätsgrad 90 % oder mehr, erhöht sich die Leistung auf 500 % der vereinbarten Versicherungssumme.

von	auf	von	auf	von	auf	von	auf
25	25	45	85	65	220	85	380
26	28	46	88	66	228	86	388
27	31	47	91	67	236	87	396
28	34	48	94	68	244	88	404
29	37	49	97	69	252	89	412
30	40	50	100	70	260	90	500
31	43	51	108	71	268	91	500
32	46	52	116	72	276	92	500
33	49	53	124	73	284	93	500
34	52	54	132	74	292	94	500
35	55	55	140	75	300	95	500
36	58	56	148	76	308	96	500
37	61	57	156	77	316	97	500
38	64	58	164	78	324	98	500
39	67	59	172	79	332	99	500
40	70	60	180	80	340	100	500
41	73	61	188	81	348		
42	76	62	196	82	356		
43	79	63	204	83	364		
44	82	64	212	84	372		

Im Übrigen gelten die Bestimmungen des Artikel B.1.

Artikel B.2.4 Unfallinvalidität mit Progression 500 % TOP ab 10 %

Für nach Artikel B.1 festgestellte Unfallinvaliditätsgrade von weniger als 10 % wird keine Invaliditätsleistung erbracht. Für Unfallinvaliditätsgrade von 10 % bis inklusive 25 % wird die Versicherungsleistung gemäß Art. B.1 berechnet.

Übersteigt der nach Artikel B.1 festgestellte Unfallinvaliditätsgrad 25 %, so erhöht sich die Leistung jeweils auf den nachfolgend ausgewiesenen Prozentsatz der vereinbarten Versicherungssumme. Erreicht der Invaliditätsgrad 90 % oder mehr, erhöht sich die Leistung auf 500 % der vereinbarten Versicherungssumme.

von	auf	von	auf	von	auf	von	auf
25	25	45	85	65	220	85	380
26	28	46	88	66	228	86	388
27	31	47	91	67	236	87	396

U 117/V01

Seite 8 von 25

28	34	48	94	68	244	88	404
29	37	49	97	69	252	89	412
30	40	50	100	70	260	90	500
31	43	51	108	71	268	91	500
32	46	52	116	72	276	92	500
33	49	53	124	73	284	93	500
34	52	54	132	74	292	94	500
35	55	55	140	75	300	95	500
36	58	56	148	76	308	96	500
37	61	57	156	77	316	97	500
38	64	58	164	78	324	98	500
39	67	59	172	79	332	99	500
40	70	60	180	80	340	100	500
41	73	61	188	81	348		
42	76	62	196	82	356		
43	79	63	204	83	364		
44	82	64	212	84	372		

Im Übrigen gelten die Bestimmungen des Artikel B.1.

Artikel B.2.5 Unfallinvalidität mit Progression 500 % TOP

Für Unfallinvaliditätsgrade unter 25 % wird die Versicherungsleistung gemäß Art. B.1 berechnet.

Erreicht oder übersteigt der nach Artikel B.1 festgestellte Unfallinvaliditätsgrad 25 %, so erhöht sich die Leistung jeweils auf den nachfolgend ausgewiesenen Prozentsatz der vereinbarten Versicherungssumme. Erreicht der Invaliditätsgrad 90 % oder mehr, erhöht sich die Leistung auf 500 % der vereinbarten Versicherungssumme.

von	auf	von	auf	von	auf	von	auf
25	25	45	85	65	220	85	380
26	28	46	88	66	228	86	388
27	31	47	91	67	236	87	396
28	34	48	94	68	244	88	404
29	37	49	97	69	252	89	412
30	40	50	100	70	260	90	500
31	43	51	108	71	268	91	500
32	46	52	116	72	276	92	500
33	49	53	124	73	284	93	500
34	52	54	132	74	292	94	500
35	55	55	140	75	300	95	500
36	58	56	148	76	308	96	500
37	61	57	156	77	316	97	500
38	64	58	164	78	324	98	500
39	67	59	172	79	332	99	500
40	70	60	180	80	340	100	500
41	73	61	188	81	348		
42	76	62	196	82	356		
43	79	63	204	83	364		
44	82	64	212	84	372		

Im Übrigen gelten die Bestimmungen des Artikel B.1.

Artikel B.2.6 Unfallinvalidität mit Progression 750 % TOP ab 5 %

Für nach Artikel B.1 festgestellte Unfallinvaliditätsgrade von weniger als 5 % wird eine Invaliditätsleistung in Höhe eines Viertel des festgestellten Unfallinvaliditätsgrades erbracht. Für Unfallinvaliditätsgrade von 5 % bis inklusive 25 % wird die Versicherungsleistung gemäß Art B.1 berechnet.

Übersteigt der nach Artikel B.1 festgestellte Unfallinvaliditätsgrad 25 %, so erhöht sich die Leistung jeweils auf den nachfolgend ausgewiesenen Prozentsatz der vereinbarten Versicherungssumme. Erreicht der Invaliditätsgrad 90 % oder mehr, erhöht sich die Leistung auf 750 % der vereinbarten Versicherungssumme.

von	auf	von	auf	von	auf	von	auf
25	25	45	125	65	330	85	570
26	30	46	130	66	342	86	582
27	35	47	135	67	354	87	594
28	40	48	140	68	366	88	606
29	45	49	145	69	378	89	618
30	50	50	150	70	390	90	750
31	55	51	162	71	402	91	750
32	60	52	174	72	414	92	750
33	65	53	186	73	426	93	750
34	70	54	198	74	438	94	750
35	75	55	210	75	450	95	750
36	80	56	222	76	462	96	750
37	85	57	234	77	474	97	750
38	90	58	246	78	486	98	750
39	95	59	258	79	498	99	750
40	100	60	270	80	510	100	750
41	105	61	282	81	522		
42	110	62	294	82	534		
43	115	63	306	83	546		
44	120	64	318	84	558		

Im Übrigen gelten die Bestimmungen des Artikel B.1.

Artikel B.2.7 Unfallinvalidität mit Progression 750 % TOP ab 10 %

Für nach Artikel B.1 festgestellte Unfallinvaliditätsgrade von weniger als 10 % wird keine Invaliditätsleistung erbracht. Für Unfallinvaliditätsgrade von 10 % bis inklusive 25 % wird die Versicherungsleistung gemäß Art. B.1 berechnet.

Erreicht oder übersteigt der nach Artikel B.1 festgestellte Unfallinvaliditätsgrad 25 %, so erhöht sich die Leistung jeweils auf den nachfolgend ausgewiesenen Prozentsatz der vereinbarten Versicherungssumme. Erreicht der Invaliditätsgrad 90 % oder mehr, erhöht sich die Leistung auf 750 % der vereinbarten Versicherungssumme.

von	auf	von	auf	von	auf	von	auf
25	25	45	125	65	330	85	570
26	30	46	130	66	342	86	582
27	35	47	135	67	354	87	594
28	40	48	140	68	366	88	606
29	45	49	145	69	378	89	618
30	50	50	150	70	390	90	750
31	55	51	162	71	402	91	750
32	60	52	174	72	414	92	750
33	65	53	186	73	426	93	750
34	70	54	198	74	438	94	750
35	75	55	210	75	450	95	750
36	80	56	222	76	462	96	750

U 117/V01

Seite 10 von 25

37	85	57	234	77	474	97	750
38	90	58	246	78	486	98	750
39	95	59	258	79	498	99	750
40	100	60	270	80	510	100	750
41	105	61	282	81	522		
42	110	62	294	82	534		
43	115	63	306	83	546		
44	120	64	318	84	558		

Im Übrigen gelten die Bestimmungen des Artikel B.1.

Artikel B.2.8 Unfallinvalidität mit Progression 750 % TOP

Für Unfallinvaliditätsgrade unter 25 % wird die Versicherungsleistung gemäß Art. B.1 berechnet.

Erreicht oder übersteigt der nach Artikel B.1 festgestellte Unfallinvaliditätsgrad 25 %, so erhöht sich die Leistung jeweils auf den nachfolgend ausgewiesenen Prozentsatz der vereinbarten Versicherungssumme. Erreicht der Invaliditätsgrad 90 % oder mehr, erhöht sich die Leistung auf 750 % der vereinbarten Versicherungssumme.

von	auf	von	auf	von	auf	von	auf
25	25	45	125	65	330	85	570
26	30	46	130	66	342	86	582
27	35	47	135	67	354	87	594
28	40	48	140	68	366	88	606
29	45	49	145	69	378	89	618
30	50	50	150	70	390	90	750
31	55	51	162	71	402	91	750
32	60	52	174	72	414	92	750
33	65	53	186	73	426	93	750
34	70	54	198	74	438	94	750
35	75	55	210	75	450	95	750
36	80	56	222	76	462	96	750
37	85	57	234	77	474	97	750
38	90	58	246	78	486	98	750
39	95	59	258	79	498	99	750
40	100	60	270	80	510	100	750
41	105	61	282	81	522		
42	110	62	294	82	534		
43	115	63	306	83	546		
44	120	64	318	84	558		

Im Übrigen gelten die Bestimmungen des Artikel B.1.

Artikel B.3 Zusatzinvalidität

Der Versicherer leistet im Versicherungsfall 100 % der vereinbarten Versicherungssumme, wenn der festgestellte Unfallinvaliditätsgrad 50 % erreicht oder übersteigt. Für Unfallinvaliditätsgrade von weniger als 50 % wird hingegen keine Leistung erbracht. Stirbt die versicherte Person unfallbedingt innerhalb des ersten Jahres nach dem Unfall besteht kein Anspruch auf Zusatzinvaliditätsleistung.

Haben Krankheiten oder Gebrechen, die schon vor dem Unfall bestanden haben, die Unfallfolgen beeinflusst, ist der Invaliditätsgrad entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens zu verringern. Es wird daher der Anteil von nicht mit dem Unfall zusammenhängenden Krankheiten und Gebrechen an den Unfallfolgen jedenfalls berücksichtigt. Im Übrigen gelten die Bestimmungen des Artikel B.1.

Artikel B.4 Unfallinvaliditätspension 35/50

1. Der Versicherer leistet im Versicherungsfall eine monatliche Pension in der vereinbarten Höhe, wenn der nach Artikel B.1 festgestellte Unfallinvaliditätsgrad 50 % erreicht oder übersteigt.

Erreicht der nach Artikel B.1 festgestellte Unfallinvaliditätsgrad mindestens 35 % jedoch weniger als 50 %, wird die halbe vereinbarte monatliche Pension ausbezahlt. Für Unfallinvaliditätsgrade von weniger als 35 % wird hingegen keine Leistung erbracht. Stirbt die versicherte Person unfallbedingt innerhalb des ersten Jahres nach dem Unfall besteht kein Anspruch auf eine Unfallinvaliditätspension 35/50.

2. Die Pension wird monatlich im Nachhinein bis zum Ableben der versicherten Person bezahlt. Bei Ableben der versicherten Person werden die monatlichen Pensionszahlungen bis zum Ablauf von 20 Jahren ab Pensionszahlungsbeginn an die dann bezugsberechtigte Person fortgesetzt.
3. Die zur Auszahlung gelangende Pension unterliegt keiner jährlichen Aufwertung (Wertanpassung).
4. Vor Pensionszahlungsbeginn kann die Pension auf Verlangen des Versicherungsnehmers durch eine einmalige Kapitalzahlung, errechnet nach versicherungsmathematischen Grundsätzen, abgelöst werden.
5. Im Übrigen gelten die Bestimmungen des Artikel B.1.

Artikel B.5 Unfalltod

1. Tritt innerhalb eines Jahres vom Unfalltag an gerechnet der Tod als Folge des Unfalles ein, wird die für den Unfalltod vereinbarte Versicherungssumme gezahlt.
2. Auf die Unfalltodleistung werden nur Zahlungen, die für Unfallinvalidität (mit oder ohne Progression), für Unfallinvaliditätspension und für Ersthilfeleistung bei Schwerverletzungen aus demselben Ereignis geleistet worden sind, angerechnet. Einen Mehrbetrag an Leistung für Unfallinvalidität (mit oder ohne Progression), für Unfallinvaliditätspension und für Ersthilfeleistung bei Schwerverletzungen kann der Versicherer nicht zurückverlangen.
3. Für alleine und mitversicherte Kinder bis zum vollendeten 15. Lebensjahr werden im Rahmen der Versicherungssumme nur die aufgewendeten angemessenen Begräbniskosten ersetzt.

Artikel B.6 Unfalltagegeld

1. Unfalltagegeld wird bei dauernder oder vorübergehender Unfallinvalidität für die Dauer der vollständigen unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit im Beruf oder in der Beschäftigung des Versicherten für längstens 365 Tage innerhalb von vier Jahren ab dem Unfalltag gezahlt.
2. Übt der Versicherte im Unfallszeitpunkt keinen Beruf aus, wird die Dauer der unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit nach allgemeiner medizinischer Erfahrung bzw. nach Maßgabe der unfallbedingten Beeinträchtigung körperlicher Funktionen ermittelt.

Artikel B.7 Unfallspitalgeld

1. Unfallspitalgeld wird für jeden Kalendertag, an dem sich die versicherte Person wegen eines Versicherungsfalles in medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung befindet, für längstens 365 Tage innerhalb von vier Jahren ab dem Unfalltag gezahlt.
2. Als Spitäler gelten Krankenanstalten und Sanatorien, die sanitätsbehördlich genehmigt sind, unter ständiger ärztlicher Leitung und Betreuung stehen und sich nicht auf die Anwendung bestimmter Behandlungsmethoden beschränken sowie Rehabilitationszentren der Sozialversicherungsträger.
3. Nicht als Spitäler gelten z.B. Erholungs- und Genesungsheime, Altersheime und deren Krankenabteilungen sowie Kuranstalten, ferner Heil- und Pflegeanstalten für Nerven- und Geisteskranke.

Artikel B.8 Heilkosten

1. Pro Versicherungsfall werden Heilkosten bis zur Höhe der hierfür vereinbarten Versicherungssumme ersetzt, sofern sie innerhalb von vier Jahren vom Unfalltag an gerechnet entstehen.
Die Leistungen werden ausschließlich nachrangig erbracht, d.h. erst wenn alle anderen Möglichkeiten des Kostenersatzes ausgeschöpft sind (z.B.: Sozialversicherungsträger, Mitversicherer). Wird dem Versicherer an Stelle der Abrechnung des Sozialversicherungsträgers (Kostenersatz) eine Information über die Ablehnung des Kostenersatzes übermittelt, werden nur 80 % des Rechnungsbetrages im Rahmen der versicherten Summe ersetzt. Allfällige Vergütungen, auch wenn sie nachträglich erfolgen, sind auf die Leistungen des Versicherers anzurechnen bzw. diesem weiterzugeben.
Im Rahmen der versicherten Summe werden auch Kosten der Sonderklasse ersetzt, soweit nicht von einem sonstigen Leistungsträger Ersatz zu leisten ist.
2. Heilkosten sind die Kosten, die zur Behebung der Unfallfolgen aufgewendet wurden und nach ärztlicher Verordnung, dem in Österreich anerkannten medizinischen Wissensstand folgend, notwendig waren. Hierzu zählen auch die notwendigen Kosten der ärztlichen Behandlung und Untersuchung, des Verletzentransportes zur erstmaligen ärztlichen Behandlung, einer physikalischen Behandlung, der Leihgebühren für Heilbehelfe (z.B.: Gehhilfen, Rollstuhl), der erstmaligen Anschaffung künstlicher Gliedmaßen und eines Zahnersatzes sowie anderer, nach ärztlichem Ermessen erforderlicher erstmaliger Anschaffungen.

3. Kosten für Erholungsreisen sowie für Bade- und Erholungsaufenthalte, ferner Kosten der Reparatur oder der Wiederbeschaffung eines Zahnersatzes, künstlicher Gliedmaßen oder sonstiger künstlicher Behelfe werden nicht ersetzt.

Artikel B.9 Unfallkosten

Pro Versicherungsfall werden Unfallkosten bis zur Höhe der hierfür vereinbarten Versicherungssumme ersetzt, sofern sie innerhalb von vier Jahren vom Unfalltag an gerechnet entstehen. Die Leistungen werden ausschließlich nachrangig erbracht, d.h. erst wenn alle anderen Möglichkeiten des Kostenersatzes ausgeschöpft sind (z.B.: Sozialversicherungsträger, Mitversicherer). Wird dem Versicherer an Stelle der Abrechnung des Sozialversicherungsträgers (Kostenersatz) eine Information über die Ablehnung des Kostenersatzes übermittelt, werden nur 80% des Rechnungsbetrages im Rahmen der versicherten Summe ersetzt. Allfällige Vergütungen, auch wenn sie nachträglich erfolgen, sind auf die Leistungen des Versicherers anzurechnen bzw. diesem weiterzugeben.

Unfallkosten sind:

1. Heilkosten

Heilkosten sind die Kosten, die zur Behebung der Unfallfolgen aufgewendet wurden und nach ärztlicher Verordnung, dem in Österreich anerkannten medizinischen Wissensstand folgend, notwendig waren.

Hierzu zählen auch die notwendigen Kosten der ärztlichen Behandlung und Untersuchung, des Verletztentransportes zur erstmaligen ärztlichen Behandlung, einer physikalischen Behandlung, der Leihgebühren für Heilbehelfe (z.B.: Gehhilfen, Rollstuhl), der erstmaligen Anschaffung künstlicher Gliedmaßen und eines Zahnersatzes sowie anderer, nach ärztlichem Ermessen erforderlicher erstmaliger Anschaffungen.

Kosten für Erholungsreisen sowie für Bade- und Erholungsaufenthalte, ferner Kosten der Reparatur oder der Wiederbeschaffung eines Zahnersatzes, künstlicher Gliedmaßen oder sonstiger künstlicher Behelfe werden nicht ersetzt.

Nicht ersetzt werden die Kosten für eine Unterbringung in der Sonderklasse in Spitälern, Krankenanstalten, privaten Sanatorien und gleichartigen Gesundheitseinrichtungen.

2. Berge- und Suchkosten

Das sind Kosten, die notwendig werden, wenn die versicherte Person einen Unfall erlitten hat oder in Berg- oder Wassernot geraten ist und verletzt oder unverletzt geborgen werden muss bzw. durch einen Unfall oder infolge Berg- oder Wassernot den Tod erleidet und deren Bergung erfolgen muss.

Bergungskosten sind die nachgewiesenen Kosten des Suchens nach der versicherten Person und ihres Transportes bis zur nächsten befahrbaren Straße oder bis zu dem, dem Unfallort nächstgelegenen Spital inklusive der dabei entstandenen Kosten der medizinischen Versorgung.

3. Bergung mittels Rettungshubschrauber (nach Freizeitunfällen)

Wenn andere Bergungsmittel nicht möglich sind, bzw. wenn schwere gesundheitliche Schäden zu befürchten sind, werden die Kosten auch für ein Rettungsflugzeug (Rettungshubschrauber) einer hierfür eingerichteten Organisation übernommen.

Kein Versicherungsschutz besteht in diesem Zusammenhang für Unfälle bei einer entgeltlich oder hauptberuflich ausgeübten sportlichen Betätigung.

4. Rücktransport- und Rückholkosten

das sind die unfallbedingten Kosten des ärztlich empfohlenen Verletztentransportes, wenn die versicherte Person außerhalb ihres Wohnortes verunfallt ist und von der Unfallstelle bzw. dem Krankenhaus, in das sie eingeliefert wurde, an ihren Wohnort bzw. zu dem, ihrem Wohnort nächstgelegenen Krankenhaus gebracht wird.

Auch die Kosten eines Hin- und Rücktransportes von der Wohnung der versicherten Person bzw. dem Krankenhaus, in dem sich die versicherte Person wegen eines Versicherungsfalles in Behandlung befindet, zu einer Rehabilitationseinrichtung (wie z.B.: Weißer Hof, u. dgl.), die zur Beseitigung der Unfallfolgen aufgesucht wird, werden ersetzt.

Bei einem tödlichen Unfall werden die Kosten der Überführung des Toten bis € 5.000,00 zu dessen letztem Wohnort in Österreich bezahlt.

Artikel B.10 Unfallkosten-Assistanceleistungen PLUS

Pro Versicherungsjahr werden Unfallkosten maximal bis zur Höhe der hierfür vereinbarten Versicherungssumme ersetzt. Darüber hinaus sind bei den Unfallkosten für einzelne Leistungsarten weitere Begrenzungen der Versicherungsleistung vorgesehen (vgl. Pkt. 1.1.1, 1.2, 1.5, 1.6, 1.7, 1.8, 1.9). Die Leistungsbegrenzung von Assistanceleistungen ergeben sich aus Pkt. 3.1.1, 3.3, 3.4.

Die Leistungen werden ausschließlich nachrangig erbracht, d.h. erst wenn alle anderen Möglichkeiten des Kostenersatzes ausgeschöpft sind (z.B.: Sozialversicherungsträger, Mitversicherer). Allfällige Vergütungen, auch wenn sie nachträglich erfolgen, sind auf die Leistungen des Versicherers anzurechnen bzw. diesem weiterzugeben.

Bei Abschluss der Leistungsart Unfallkosten-Assistanceleistungen PLUS ist auch eine Beitragsbefreiung bei unfreiwilliger Arbeitslosigkeit mitumfasst. Eine nähere Beschreibung dazu ist in den "Bedingungen für die Zusatzversicherung Beitragsgutschrift bei unfreiwilliger Arbeitslosigkeit" enthalten.

Als **Ausland** gelten alle Länder der Erde mit Ausnahme der Republik Österreich.

Der Begriff des **Unfalles** ist in Artikel A.6. definiert.

1. **UNFALLKOSTEN** sind:

1.1. Bergungs- und Transportkosten	bis zu € 20.000,00
1.2. Verlegungskosten	bis zu € 20.000,00
1.3. Rücktransport- und Rückholkosten (aus dem Ausland)	
1.4. Überführungskosten (aus dem Ausland)	
1.5. Heil- und Begleitkosten	bis zu € 6.000,00
1.6. Behandlungskosten (im Ausland)	bis zu € 40.000,00
1.7. Kosmetische Operationen	bis zu € 20.000,00
1.8. Rehabilitationskosten	bis zu € 20.000,00
1.9. Fixkostenersatz	bis zu € 8.000,00

1.1 Bergungs- und Transportkosten (nach Freizeitunfällen)

1.1.1 Bei Freizeitunfällen organisiert der Versicherer die Bergung bzw. Rettung und übernimmt die notwendigen Kosten bis zu € 20.000,00, wenn der Versicherte

- einen Unfall erlitten hat oder in Berg- oder Wassernot geraten ist und verletzt oder unverletzt geborgen werden muss, oder

- durch einen Unfall oder infolge Berg- oder Wassernot den Tod erleidet und seine Bergung erfolgen muss.

1.1.2 Bergungskosten sind die nachgewiesenen Kosten des Suchens nach dem Versicherten, der medizinischen Erstversorgung und seines Transportes bis zur nächsten befahrbaren Straße. Wenn andere Bergungsmittel nicht möglich sind, bzw. wenn schwere gesundheitliche Schäden zu befürchten sind werden die Kosten auch für ein Rettungsflugzeug (Rettungshubschrauber) einer hierfür eingerichteten Organisation übernommen.

1.1.3 Der Versicherungsschutz umfasst die Organisation und den Ersatz der Kosten eines infolge Unfalles erforderlichen, medizinisch begründeten und ärztlich angeordneten Transportes von der Unfallstelle in das nächstgelegene Krankenhaus inklusive der dabei entstandenen Kosten der medizinischen Versorgung. Wenn schwere gesundheitliche Schäden zu befürchten sind, werden die Kosten auch für ein Rettungsflugzeug (Rettungshubschrauber) einer hierfür eingerichteten Organisation übernommen.

1.2 Verlegungskosten

Der Versicherer ersetzt nach einem Unfall (weltweit) und bei einer akuten Erkrankung (im Ausland) die Kosten bis zu € 20.000,00 für eine medizinisch notwendige und ärztlich angeordnete Verlegung des Versicherten, das ist der Transport von einem erstversorgenden Krankenhaus in ein Schwerpunktkrankenhaus oder in ein Krankenhaus mit einer speziellen Fachabteilung.

1.3 Rücktransport- und Rückholkosten (aus dem Ausland)

1.3.1 Der Versicherer organisiert und übernimmt die Kosten eines infolge Unfalles oder akuter Erkrankung erforderlichen, ärztlich angeordneten und medizinisch notwendigen Rücktransportes aus dem Ausland an den Wohnsitz des Versicherten bzw. zu einem dem Wohnsitz naheliegenden Krankenhaus, einschließlich der beim Transport notwendigen ärztlichen Versorgung und Betreuung. Voraussetzung ist, dass der Transport durch eine behördlich zugelassene Rettungsorganisation erfolgt.

Für einen solchen Rücktransport aus dem Ausland wird unbeschränkt Versicherungsschutz geboten. Die dafür aufgewendeten Kosten werden jedoch der vereinbarten Versicherungssumme für Unfallkosten-Assistanceleistungen zur Gänze angerechnet, sodass für weitere Unfallkosten (vgl. Pkt. 1) und Assistanceleistungen (vgl. Pkt. 3.) maximal der verbleibende Differenzbetrag geleistet wird.

1.3.2 Der Versicherer organisiert und übernimmt im Falle des Rücktransportes des verunfallten oder akut erkrankten Versicherten nach Pkt. 1.3.1 aus dem Ausland die Mehrkosten der gemeinsamen Rückholung von mitreisenden, im gemeinsamen Haushalt mit der versicherten Person lebenden Kindern und des Ehepartners (Lebensgefährten) oder einer Begleitperson minderjähriger versicherter Personen. Unter Mehrkosten sind jene Kosten zu verstehen, die durch die Nichtverwendbarkeit oder nur teilweisen Verwendbarkeit gebuchter und bezahlter Rückflugtickets bzw. sonstiger Fahrausweise entstehen.

1.4 Überführungskosten (aus dem Ausland)

Im Todesfall des Versicherten nach Unfall oder akuter Erkrankung im Ausland organisiert der Versicherer die Überführung der Leiche bzw. übernimmt er die nachweislich aufgewendeten Kosten der Überführung bis zu dessen letztem Wohnort.

1.5 Heil- und Begleitkosten

Pro Versicherungsfall werden Heil- und Begleitkosten im In- und Ausland bis zu € 6.000,00 ersetzt.

Die Leistungen werden ausschließlich nachrangig erbracht, d.h. erst wenn alle anderen Möglichkeiten des Kostenersatzes ausgeschöpft sind (z.B.: Sozialversicherungsträger, Mitversicherer). Wird dem Versicherer an Stelle der Abrechnung des Sozialversicherungsträgers (Kostenersatz) eine Information über die Ablehnung des Kostenersatzes übermittelt, werden nur 80% des Rechnungsbetrages im Rahmen der versicherten Summe ersetzt.

Allfällige Vergütungen, auch wenn sie nachträglich erfolgen, sind auf die Leistungen des Versicherers anzurechnen bzw. diesem weiterzugeben.

Im Rahmen der versicherten Summe werden auch Kosten der Sonderklasse (Mehrbettzimmer) ersetzt.

1.5.1 Heilkosten sind die Kosten, die zur Behebung der Unfallfolgen aufgewendet wurden und nach ärztlicher Verordnung, dem in Österreich anerkannten medizinischen Wissensstand folgend, notwendig waren und innerhalb von vier Jahren vom Unfalltag an gerechnet entstehen. Hierzu zählen auch die notwendigen Kosten der ärztlichen Behandlung und Untersuchung, des Verletztentransportes zur erstmaligen ärztlichen Behandlung, einer physikalischen Behandlung, Leihgebühren für Heilbehelfe (z.B.: Gehhilfen, Rollstuhl) Kosten der erstmaligen Anschaffung künstlicher Gliedmaßen und eines Zahnersatzes sowie anderer, nach ärztlichem Ermessen erforderlicher erstmaliger Anschaffungen.

1.5.2 Wird aufgrund des Unfalles eines versicherten Kindes ein Krankenhausaufenthalt erforderlich, werden die für die Unterbringung einer Begleitperson vom Krankenhaus dafür verrechneten Verpflegskosten der allgemeinen Gebührenklasse, im Rahmen der vereinbarten Versicherungssumme gegen Vorlage der Originalrechnung übernommen.

1.6 Behandlungskosten (nur im Ausland)

Im Falle eines Unfalles oder einer akuten Erkrankung im Ausland übernimmt der Versicherer die nachgewiesenen Kosten (Behandlungskosten) für die stationäre und ambulante Heilbehandlung operativer und nicht operativer Art in Krankenhäusern und Sanatorien; die ärztliche Behandlung außerhalb eines Krankenhauses ebenso wie einen medizinisch notwendigen ärztlich angeordneten Krankentransport zur ärztlichen Behandlung, auch wenn dieser auf dem Luftweg erfolgt.

Pro Versicherungsfall werden Behandlungskosten im Ausland bis zu € 40.000,00 ersetzt, sofern nicht von einem Sozialversicherungsträger Ersatz zu leisten ist oder von einem sonstigen Leistungsträger Ersatz geleistet wurde. Allfällige Vergütungen, auch wenn sie nachträglich erfolgen, sind auf die Leistungen des Versicherers anzurechnen bzw. diesem weiterzugeben.

1.7 Kosmetische Operationen

1.7.1 Wird durch einen Unfall die Körperoberfläche der versicherten Person derart beschädigt oder verformt, dass nach Abschluss der Heilbehandlung ihr äußeres Erscheinungsbild dauernd beeinträchtigt ist und entschließt sich die versicherte Person, sich zum Zwecke der Beseitigung dieses Mangels einer kosmetischen Operation zu unterziehen, übernimmt der Versicherer je Versicherungsfall die mit der Operation und der klinischen Behandlung in Zusammenhang stehenden Kosten für Arzthonorar, Medikamente, Verbandszeug und sonstige ärztlich verordnete Heilmittel sowie die Kosten für die Unterbringung und Verpflegung in der allgemeinen Gebührenklasse der Klinik bis zu € 20.000,00.

1.7.2 Ersetzt werden nur jene Operationskosten und nur jene Kosten der klinischen Behandlung, die durch den Unfall nachweislich entstanden sind.

1.8 Rehabilitationskosten

Ist nach einem Unfall mit großer Wahrscheinlichkeit mit einer dauernden Unfallinvalidität von zumindest 35 % zu rechnen, werden Kosten für Maßnahmen der Rehabilitation bis zu € 20.000,00 durch den Versicherer übernommen. Voraussetzung dafür ist, dass die Kosten im Rahmen des durch den Versicherer organisierten Rehabilitationsmanagements laut Punkt 3.2 innerhalb von 2 Jahren nach dem Unfall entstehen. Werden Maßnahmen durch den Versicherten selbst veranlasst, werden Kosten nur im Rahmen der Heilkosten ersetzt.

1.9 Fixkosten

Ist nach einem Unfallereignis, die versicherte Person unfallbedingt zu 100 % (völlig) arbeitsunfähig, werden Fixkosten (Wohnraummiete inkl. Betriebskosten), Kreditzahlungen für Wohnraumschaffung, Alimente, sowie Versicherungsprämien für Sachversicherungen und reine Risikolebensversicherungen bei Wüstenrot bis max. € 1.000,00 pro Monat übernommen.

Die genannten Fixkosten werden nach einer Karenz von 4 Monaten für höchstens 8 Monate, bei ununterbrochener/durchgehender Arbeitsunfähigkeit aufgrund des Unfallereignisses, jeweils monatlich gegen entsprechende Zahlungsnachweise, die auf die versicherte Person lauten, im Nachhinein ersetzt. Die Fixkosten müssen nachweislich bereits vor dem Unfallereignis bestanden haben und durch die versicherte Person bezahlt worden sein.

2. **AUSSCHLÜSSE** (gelten nicht für Assistanzenleistungen gemäß Pkt. 3.)

Eine Leistungspflicht besteht nicht:

2.1 für bestehende chronische Leiden und Folgen;

2.2 für Krankheiten und Gebrechen, die in den letzten 6 Monaten vor Versicherungsbeginn behandelt worden oder behandlungsbedürftig gewesen sind und deren Folgen;

2.3 für Kosten von Impfungen und Pflegepersonal sowie vom Versicherer nicht bzw. nicht mit seiner Zustimmung in Auftrag gegebene ärztliche Gutachten und Atteste;

2.4 für Behandlungskosten im Ausland die durch eine Unterbringung in der Sonderklasse in Spitälern, Krankenanstalten, privaten Sanatorien und gleichartigen Gesundheitseinrichtungen entstehen;

2.5 für Kosten von Erholungsreisen sowie von Bade- und Erholungsaufenthalten, ferner für Kosten der Reparatur oder der Wiederbeschaffung eines Zahnersatzes, künstlicher Gliedmaßen oder sonstiger künstlicher Behelfe;

2.6 für Schwangerschaftskomplikationen, Entbindungen, Fehlgeburten und Schwangerschaftsunterbrechungen mit allen Folgen, außer wenn diese durch einen Unfall herbeigeführt werden.

3. **ASSISTANCELEISTUNGEN**

Über die in Pkt. 1. angeführten Unfallkosten hinaus ist nach einem Unfall gemäß Artikel A.6. die Organisation und Kostenübernahme für die nachstehend angeführten Dienstleistungen mitversichert.

3.1 Dienstleistungen im Haushaltsbereich, soweit diese notwendig sind, von der versicherten Person in Folge eines Unfalles nicht durchgeführt und auch nicht von einer anderen im selben Haushalt des Versicherten lebenden Person übernommen werden können:

- Haushaltshilfe
- häusliche Versorgung der erkrankten oder verunfallten Person
- Essensversorgung
- Wohnungsreinigung
- Wohnungssicherung
- Versorgung und Betreuung von Kindern im selben Haushalt
- Versorgung und Betreuung von Haustieren im selben Haushalt
- unaufschiebbare Behördenwege.

3.1.1 Ersetzt werden die durch den Assisteur organisierten Leistungen durch Professionisten bis zu € 100,- pro Tag. Voraussetzung für die Inanspruchnahme der Dienstleistungen ist ein zumindest 24-stündiger Spitalaufenthalt des Versicherten aufgrund eines Unfalles. Die Dienstleistungen können bereits ab dem Eintritt der Unfallfolgen in Anspruch genommen werden, wenn die Voraussetzung eines mindestens 24-stündigen unfallbedingten Spitalaufenthaltes mit großer Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist. Eine Leistung für privat erbrachte Dienstleistungen (z.B.: durch Familienangehörige, Freunde, Nachbarn, etc.) ist nicht vorgesehen.

Die organisierten Leistungen werden für einen Zeitraum von maximal 6 Wochen, ab dem ersten Tag der stationären Aufnahme in einem Spital bzw. ab dem Unfalltag, ersetzt, sofern sie innerhalb von vier Jahren, vom Unfalltag an gerechnet, entstehen.

Liegen mehrere Ereignisse in einem Kalenderjahr vor, die zu einer Inanspruchnahme von Dienstleistungen im Haushaltsbereich führen, ist der Leistungsanspruch auf insgesamt 6 Wochen im Kalenderjahr beschränkt. Die Kosten der Dienstleistungen werden nur in Österreich übernommen.

3.2 Rehabilitationsmanagement

Nach einem Unfall mit dauernder Unfallinvalidität - wenn mit großer Wahrscheinlichkeit mit einer dauernden Invalidität von zumindest 35 % zu rechnen ist - werden in Österreich organisiert:

- Psychologische Beratung
- Beratung für Lebensplanung
- Beratung für Berufsumschulung
- Beratung für Wohnungsumbau
- medizinische Rehabilitationsmaßnahmen.

Entstehen dem Versicherten - durch vom Rehabilitationsmanagement veranlasste Maßnahmen - Kosten, so sind diese im Rahmen des Punktes 1.8 (Rehabilitationskosten) versichert.

U 117/V01

Seite 16 von 25

3.3 Der Versicherer übernimmt nach einem Unfall im Ausland die Organisation und die innerhalb einer Woche nach dem Ereignis anfallenden notwendigen Kosten eines Dolmetschers bis zu einem Höchstbetrag von € 800,00.

3.4 Der Versicherer übernimmt nach einem Unfall die Organisation und die Kosten einer einmaligen Rechtsberatung über die rechtlichen Auswirkungen des Unfalles bis zu einem Höchstbetrag von € 100,00.

Artikel B.11 Ersthilfeleistung bei Schwerverletzungen

1. Der Versicherer erbringt nach einem Unfall gemäß den nachstehenden Bestimmungen eine Ersthilfeleistung in Höhe der hierfür vereinbarten Versicherungssumme bei folgenden schweren Verletzungen, soweit diese nicht innerhalb eines Monats nach Eintritt des Unfalles zum Tod des Versicherten führen:

- Querschnittlähmung nach Schädigung des Rückenmarks;
- Amputation eines Fußes oberhalb des oberen Sprunggelenkes oder einer Hand oberhalb des Handgelenkes;
- Schweres Schädel-Hirntrauma mit zweifelsfrei nachgewiesener Hirnquetschung und/oder Hirnblutung und Bewusstlosigkeit;
- Verbrennung 2. oder 3. Grades von mehr als 30 % der Körperoberfläche;
- Erblindung oder hochgradige Sehbehinderung beider Augen. Als hochgradige Sehbehinderung gilt eine Verminderung der Sehschärfe auf höchstens 1/20 der normalen Sehschärfe.

Schwere Mehrfachverletzung:

- Fraktur von mehreren Wirbelkörpern;
- Fraktur von zwei langen Röhrenknochen an unterschiedlichen Extremitäten;
- Gewebeerstörende Schäden an zwei inneren Organen;

Kombination aus mindestens zwei der folgenden Verletzungen:

- Fraktur eines langen Röhrenknochens,
- Fraktur des Beckens, sofern die Stabilität des Beckens beeinträchtigt ist,
- Fraktur eines Wirbelkörpers,
- Gewebeerstörender Schaden eines inneren Organs.

2. Das Vorliegen einer schweren Verletzung im Sinne dieser Bedingungen ist durch einen ausführlichen Bericht der behandelnden Ärzte nachzuweisen. Der Anspruch auf Ersthilfeleistung bei Schwerverletzungen entsteht einen Monat nach Eintritt des Unfalles.

Artikel B.12 Genesungsgeld

Genesungsgeld wird im Anschluss an den unfallbedingten Spitalsaufenthalt (vgl. Art. B.7 Punkt 2 und 3) für die gleiche Anzahl von Tagen, an denen sich der Versicherte wegen eines Versicherungsfalles in medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung befand, höchstens jedoch für 100 Tage innerhalb von 4 Jahren ab dem Unfalltag, in folgender Höhe gewährt:

Für den 1. bis 10. Tag	100 %
Für den 11. bis 20. Tag	50 %
Für den 21. bis 100. Tag	25 %

des vereinbarten Genesungsgeldes.

Mehrere stationäre Spitalaufenthalte wegen desselben Unfalles werden wie ein ununterbrochener Spitalaufenthalt gewertet.

Artikel B.13 Knochenbruchpauschale

Erleidet die versicherte Person unfallbedingt einen Zehen- oder Fingerbruch oder einen Nasenbeinbruch leistet der Versicherer eine Pauschale in Höhe von € 150,-. Für alle anderen Knochenbrüche wird eine Pauschale in Höhe von € 500,- bezahlt.

Voraussetzung ist, dass der Knochenbruch nach dem Unfallereignis ärztlich festgestellt und behandelt wird sowie radiologisch dokumentiert ist. Die Knochenbruchpauschale wird nur einmal, pro versichertem Ereignis und pro Kalenderjahr bezahlt, auch wenn mehrere Knochenbrüche und/oder Verletzungen von Wachstumsfugen eingetreten sind.

Wird bei Kindern (bis zum vollendeten 19. Lebensjahr) eine Wachstumsfuge durch den Unfall nachweislich verletzt und ärztlich behandelt, wird der zutreffende Pauschalbetrag geleistet.

Kein Anspruch auf die Pauschalleistung besteht für Knochenabsplitterungen, knöcherne Aus- bzw. Abrisse, sowie Mikrofrakturen (Bone bruise).

Artikel B.14 Unfallpauschale

Befindet sich die versicherte Person wegen eines Versicherungsfalles mehr als 14 Tage in ununterbrochener, medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung, erbringt der Versicherer eine einmalige Pauschalleistung in der Höhe von € 2.000,00. Ein Anspruch auf diese Versicherungsleistung besteht pro Kalenderjahr nur einmal. Als Spitäler gelten die in Artikel B.7 Pkt. 2 genannten Krankenanstalten.

Artikel B.15 Zusatzleistungen

Der Versicherer übernimmt die erforderlichen Kosten, die durch die Erfüllung der in Artikel D.3 Pkt. 2. bestimmten Obliegenheiten entstehen. Ausgenommen bleiben hiervon Kosten nach Artikel D.3 Pkt. 2.4.

Nicht ersetzt werden die Kosten für ärztliche Bestätigungen oder Gutachten, welche nicht durch den Versicherer beauftragt wurden. Gleiches gilt für die Kosten eines Rechtsbeistandes, außer die Beziehung war wegen eines vertragswidrigen Verhaltens des Versicherers geboten.

Artikel B.16 Familienpaket

Für die Familienunfallversicherung (Tarif 230/15) und die Alleinerzieherunfallversicherung (Tarif 231/15) gelten nachstehende Punkte mitversichert:

1. Schülerhilfe

erleidet ein schulpflichtiges, versichertes Kind einen versicherten Unfall, so zahlt der Versicherer eine Schülerhilfe in Höhe von € 500,00, wenn das verunfallte Kind länger als 3 Kalenderwochen ab Unfalltag an der Teilnahme am Unterricht verhindert war. Als Nachweis ist eine ärztliche Bestätigung über die Verhinderung am Schulunterricht teilzunehmen, vorzulegen.

2. Schutz gegen FSME

der Versicherer übernimmt die Kosten des Impfers (nicht die Impfkosten), in den vorgeschriebenen Impfindervallen, gegen Rechnungsnachweis, für alle im Vertrag versicherten Personen.

3. Beitragsfreie Weiterführung des Vertrages bei Tod des Versicherungsnehmers für längstens 5 Jahre

Hat der Versicherungsnehmer bei Abschluss der Unfallversicherung das 45. Lebensjahr noch nicht vollendet und stirbt er vor Beendigung des Vertrages, so wird die Unfallversicherung beitragsfrei mit unveränderten Leistungen für die dann noch versicherten Personen, ab dem auf den Todestag folgenden Monatsersten, für längstens 5 Jahre weitergeführt.

4. Ersatzhelm (für Kinder bis zum max. 19. Lebensjahr)

wird aufgrund eines versicherten Unfalles, mit ärztlich bestätigtem Behandlungsverlauf, aus dem der Zusammenhang des Unfallereignisses mit der Beschädigung des Schutzhelms (Ski-, Fahrrad-, oder Reithelm) eines versicherten Kindes erkennbar ist, der Schutzhelm derart beschädigt, dass dieser nicht mehr verwendbar ist, werden die nachgewiesenen Kosten (Originalrechnung) einer Neuanschaffung bis maximal € 200,00 durch den Versicherer übernommen.

Artikel B.17 Sportpakete

Ist in dem abgeschlossenen Versicherungsvertrag die Leistungsart "Sportpaket 1 oder 2" versichert, so hat der Versicherte im Versicherungsfall ausschließlich Anspruch auf die nachfolgend beschriebenen Versicherungsleistungen.

Der Begriff des **Unfalles** ist in Artikel A.6. definiert.

1. Versicherungsfall und versicherte Sportarten

Versicherungsfall ist der Eintritt eines Unfalles (Artikel A.6) bei Ausübung einer im Sportpaket 1 oder 2 versicherten Sportart.

1.1 Sportpaket 1

umfasst die vereinsmäßig, nicht hauptberuflich ausgeübten Sportarten inklusive Meisterschaften, Wettkämpfen und Wettbewerben, sowie dem zugehörigen Training:

- Fußball in der 4. und 5. österreichischen Leistungsklasse
- Handball (3. und 4. Spielklasse)
- Basketball, Football, Rugby (alle 3 nur in der 2. Spielklasse)

Darüber hinausgehende Leistungsklassen können nur nach individueller Vereinbarung versichert werden.

1.2 Sportpaket 2

umfasst die Sportarten des Sportpaketes 1 und zusätzlich die nachstehend angeführten vereinsmäßig, nicht hauptberuflich ausgeübten Sportarten inklusive Meisterschaften, Wettkämpfen und Wettbewerben, sowie dem zugehörigen Training:

- Eishockey (2. und 3. Spielklasse)
- Snowboarding, nordischer und alpiner Schisport (im Landeskader)
- Karate, Jiu Jitsu, Taekwondo, Krav Maga, Judo;

U 117/V01

Seite 18 von 25

Weiters sind die nachstehend angeführten, nicht hauptberuflich ausgeübten Sportarten umfasst (eine vereinsmäßige Ausübung ist nicht Voraussetzung):

- Radfahren (Bahn- und Straßenrennen), Mountainbike-Rennen, Enduro/Motocross (bis 600 ccm), Motorradfahren (Rundstreckenrennen, bis 600 ccm), Quadfahren (Rundstreckenrennen, bis 600 ccm).
- Triathlon
- Klettern alpin ab Schwierigkeitsgrad 5 bis inklusive Schwierigkeitsgrad 7,
- Begehung von Klettersteigen ab Schwierigkeitsgrad C bis inklusive Schwierigkeitsgrad E;
- Kitesurfen

2. Vereinbarte Versicherungsleistungen für Sportpaket 1 oder 2:

1. Unfallinvalidität mit Progression 500 % TOP ab 10 %
Versicherungssumme € 80.000,-, Leistung somit bis zu € 400.000,-
2. Unfalltod € 25.000,-
3. Berge-, Such- und Rückholkosten bis zu € 25.000,-
4. Heilkosten (im In- und Ausland) bis zu € 4.000,-
5. Unfallspitalgeld € 25,- (pro Tag)

1. Unfallinvalidität mit Progression 500 % TOP ab 10 %

Für nach Artikel B.1 festgestellte Unfallinvaliditätsgrade von weniger als 10 % wird keine Invaliditätsleistung erbracht. Für Unfallinvaliditätsgrade von 10 % bis inklusive 25 % wird die Versicherungsleistung gemäß Artikel B.1 berechnet.

Übersteigt der nach Artikel B.1 festgestellte Unfallinvaliditätsgrad 25 %, so erhöht sich die Leistung jeweils auf den nachfolgend ausgewiesenen Prozentsatz der vereinbarten Versicherungssumme. Erreicht der Invaliditätsgrad 90 % oder mehr, erhöht sich die Leistung auf 500 % der vereinbarten Versicherungssumme.

von	auf	von	auf	von	auf	von	auf
25	25	45	85	65	220	85	380
26	28	46	88	66	228	86	388
27	31	47	91	67	236	87	396
28	34	48	94	68	244	88	404
29	37	49	97	69	252	89	412
30	40	50	100	70	260	90	500
31	43	51	108	71	268	91	500
32	46	52	116	72	276	92	500
33	49	53	124	73	284	93	500
34	52	54	132	74	292	94	500
35	55	55	140	75	300	95	500
36	58	56	148	76	308	96	500
37	61	57	156	77	316	97	500
38	64	58	164	78	324	98	500
39	67	59	172	79	332	99	500
40	70	60	180	80	340	100	500
41	73	61	188	81	348		
42	76	62	196	82	356		
43	79	63	204	83	364		
44	82	64	212	84	372		

Im Übrigen gelten die Bestimmungen des Artikel B.1.

2. Unfalltod

2.1 Tritt innerhalb eines Jahres vom Unfalltag an gerechnet der Tod als Folge des Unfalles ein, wird die für den Unfalltod vereinbarte Versicherungssumme in Höhe von € 25.000,00 gezahlt.

2.2 Auf die Unfalltodleistung werden nur Zahlungen, die für Unfallinvalidität (mit Progression 500 % TOP ab 10 %) aus demselben Ereignis geleistet worden sind, angerechnet. Einen Mehrbetrag an Leistung für Unfallinvalidität (mit Progression 500 % TOP ab 10 %) kann der Versicherer nicht zurückverlangen.

2.3 Für alleine versicherte Kinder bis zum vollendeten 15. Lebensjahr werden im Rahmen der Versicherungssumme nur die aufgewendeten angemessenen Begräbniskosten ersetzt.

3. Berge-, Such- und Rückholkosten

Pro Versicherungsfall werden Berge-, Such- und Rückholkosten im In- und Ausland bis zu € 25.000,00 ersetzt, sofern nicht von einem Sozialversicherungsträger Ersatz zu leisten ist oder von einem sonstigen Leistungsträger Ersatz geleistet wurde. Allfällige Vergütungen, auch wenn sie nachträglich erfolgen, sind auf die Leistungen des Versicherers anzurechnen bzw. diesem weiterzugeben.

3.1 Bergkosten sind Kosten, die notwendig werden, wenn die versicherte Person einen Unfall erlitten hat oder in Berg- oder Wassernot geraten ist und verletzt oder unverletzt geborgen werden muss bzw. durch einen Unfall oder infolge Berg- oder Wassernot den Tod erleidet und seine Bergung erfolgen muss. Im Rahmen der vereinbarten Versicherungssumme werden auch die notwendigen Kosten einer Bergung mittels Rettungshubschrauber ersetzt.

3.2 Suchkosten sind die nachgewiesenen Kosten des Suchens nach der versicherten Person und ihres Transportes bis zur nächsten befahrbaren Straße oder bis zu dem, dem Unfallort nächstgelegenen Spital.

3.3 Rückholkosten sind die unfallbedingten Kosten des ärztlich empfohlenen Verletztentransportes, wenn die versicherte Person außerhalb ihres Wohnortes verunfallt ist und von der Unfallstelle bzw. dem Krankenhaus, in das sie eingeliefert wurde, an ihren Wohnort bzw. zu dem, ihrem Wohnort nächstgelegenen Krankenhaus gebracht wird.

Bei einem tödlichen Unfall werden auch die nachweislich aufgewendeten Kosten - im Rahmen der versicherten Summe - der Überführung des Toten zu dessen letztem Wohnort in Österreich bezahlt.

4. Heilkosten

Pro Versicherungsfall werden Heilkosten im In- und Ausland bis zu Euro 4.000,- ersetzt.

Die Leistungen werden ausschließlich nachrangig erbracht, d.h. erst wenn alle anderen Möglichkeiten des Kostenersatzes ausgeschöpft sind (z.B.: Sozialversicherungsträger, Mitversicherer). Wird dem Versicherer an Stelle der Abrechnung des Sozialversicherungsträgers (Kostenersatz) eine Information über die Ablehnung des Kostenersatzes übermittelt, werden nur 80% des Rechnungsbetrages im Rahmen der versicherten Summe ersetzt.

Allfällige Vergütungen, auch wenn sie nachträglich erfolgen, sind auf die Leistungen des Versicherers anzurechnen bzw. diesem weiterzugeben.

Im Rahmen der versicherten Summe werden auch Kosten der Sonderklasse (Mehrbettzimmer) ersetzt.

4.1 Heilkosten sind die Kosten, die zur Behebung der Unfallfolgen aufgewendet wurden und nach ärztlicher Verordnung, dem in Österreich anerkannten medizinischen Wissensstand folgend, notwendig waren und innerhalb von vier Jahren vom Unfalltag an gerechnet entstehen. Hierzu zählen die notwendigen Kosten der ärztlichen Behandlung und Untersuchung, des Verletztentransportes zur erstmaligen ärztlichen Behandlung, einer physikalischen Behandlung, Leihgebühren für Heilbehelfe (z.B.: Gehhilfen, Rollstuhl) Kosten der erstmaligen Anschaffung künstlicher Gliedmaßen und eines Zahnersatzes sowie anderer, nach ärztlichem Ermessen erforderlicher erstmaliger Anschaffungen.

4.2 Kosten für Erholungsreisen sowie für Bade- und Erholungsaufenthalte, ferner Kosten der Reparatur oder der Wiederbeschaffung eines Zahnersatzes, künstlicher Gliedmaßen oder sonstiger künstlicher Behelfe werden nicht ersetzt.

4.3 Nicht ersetzt werden im Ausland die Kosten für eine Unterbringung in der Sonderklasse in Spitälern, Krankenanstalten, privaten Sanatorien und gleichartigen Gesundheitseinrichtungen.

5. Unfallspitalgeld

5.1 Unfallspitalgeld in Höhe von € 25,00 wird für jeden Kalendertag, an dem sich die versicherte Person wegen eines Versicherungsfalles in medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung befindet, für längstens 365 Tage innerhalb von vier Jahren ab dem Unfalltag gezahlt.

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

5.3 Nicht als Spitäler gelten z.B. Erholungs- und Genesungsheime, Altersheime und deren Krankenabteilungen sowie Kuranstalten, ferner Heil- und Pflegeanstalten für Nerven- und Geistesranke.

Artikel B.18 Anspruchsstellung, Fälligkeit der Leistung, Verjährung

1. Die Versicherungsleistung ist mit Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung(en) des Versicherers nötigen Erhebungen fällig. Die Fälligkeit tritt jedoch unabhängig

davon ein, wenn der Versicherungsnehmer nach Ablauf von zwei Monaten seit dem Begehren nach einer Leistung eine Erklärung des Versicherers verlangt, aus welchen Gründen die Erhebungen noch nicht beendet werden konnten und der Versicherer diesem Verlangen nicht binnen eines Monats entspricht.

2. Steht die Leistungspflicht nur dem Grunde nach fest, kann der Versicherungsnehmer Vorschüsse bis zu der Höhe des Betrages verlangen, den der Versicherer nach Lage der Sache mindestens zu zahlen haben wird.
3. Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Steht der Anspruch einem Dritten zu, so beginnt die Verjährung zu laufen, sobald diesem sein Recht auf die Leistung des Versicherers bekannt geworden ist. Ist dem Dritten dieses Recht nicht bekannt geworden, so verjähren seine Ansprüche erst nach zehn Jahren.
4. Hat der Versicherungsnehmer bzw. ein berechtigter Dritter einen Anspruch angemeldet, so ist die Verjährung bis zum Erhalt einer Entscheidung in geschriebener Form des Versicherers gehemmt, die zumindest mit der Anführung einer der Ablehnung zu Grunde gelegten Tatsache und gesetzlichen oder vertraglichen Bestimmung begründet ist. Nach zehn Jahren tritt die Verjährung jedenfalls ein.
5. Lehnt der Versicherer eine Leistung aus dem Vertrag ab, so ist er von der Verpflichtung zur Leistung endgültig frei, wenn der Anspruch vom Versicherungsnehmer bzw. dem Berechtigten nicht innerhalb eines Jahres nach Erhalt der Ablehnung gerichtlich geltend gemacht wird.

Die Frist beginnt erst zu laufen, nachdem der Versicherer die Leistung in geschriebener Form dem Versicherungsnehmer bzw. dem Berechtigten gegenüber in einer dem Absatz 4 entsprechenden Weise abgelehnt und gleichzeitig auf diese mit dem Ablauf der Frist verbundene Rechtsfolge hingewiesen hat. Die Frist ist für die Dauer von Vergleichsverhandlungen über den erhobenen Anspruch und für die Zeit, in der der Versicherungsnehmer bzw. der Berechtigte ohne Verschulden an der rechtzeitigen gerichtlichen Geltendmachung des Anspruchs gehindert ist, gehemmt.

Artikel B.19 Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten (Ärztekommission)

Bei diesem Versicherungsvertrag ist kein Schiedsverfahren zur Klärung allfälliger Ansprüche aufgrund eines Unfalles vorgesehen. Ein solches kann jedoch im Einzelfall nach einem Unfallereignis von den Vertragsparteien vereinbart werden.

Abschnitt C: Begrenzungen des Versicherungsschutzes

Artikel C.1 Ausschlüsse

Ausgeschlossen von der Versicherung sind Unfälle der versicherten Person

1. als Luftfahrzeugführer bzw. Luftfahrtgeräteführer (von zum Beispiel: Flugzeugen, Segelflugzeugen, Hänge- oder Paragleitern, Hubschraubern, Tragschraubern und Fallschirmen, Luftschiffen, Ballonen, etc.), soweit er nach österreichischem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt;
2. bei Beteiligung an motorsportlichen Wettbewerben (auch Wertungsfahrten und Rallyes) und den dazugehörigen Trainingsfahrten;
3. bei der Ausübung von Sportarten, wenn an Landes-, Bundes- oder internationalen Wettbewerben teilgenommen wird und am offiziellen Training;
4. beim Klettern alpin ab Schwierigkeitsgrad 5, sowie Begehung von Klettersteigen ab Schwierigkeitsgrad C;
5. beim Versuch oder der Begehung gerichtlich strafbarer Handlungen, für die Vorsatz Tatbestandsmerkmal ist;
6. die unmittelbar oder mittelbar mit Kriegsereignissen jeder Art zusammenhängen;
6.1 Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die versicherte Person auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen wird. Dieser Versicherungsschutz erlischt spätestens 14 Tage 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.
7. durch innere Unruhen, wenn der Versicherte daran auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;
8. die mittelbar oder unmittelbar durch jegliche Einwirkung von Nuklearwaffen, chemischen oder biologischen Waffen, durch Kernenergie oder durch den Einfluss ionisierender Strahlen im Sinne der jeweils geltenden Fassung des Strahlenschutzgesetzes verursacht werden, außer jene, die durch Heilbehandlungen aufgrund eines Versicherungsfalles veranlasst waren;
9. infolge einer Bewusstseinsstörung hervorgerufen durch Drogen, Suchtmitteln, missbräuchlicher Verwendung von Medikamenten oder Trunkenheit (beim Lenken von motorisierten Fahrzeugen jedoch nur, wenn zum Unfallzeitpunkt der Blutalkoholgehalt 0,8 ‰, bei allen anderen Unfällen der Blutalkoholgehalt 1,3 ‰ übersteigt).

10. durch Gesundheitsschädigung bei Heilmaßnahmen und Eingriffen am Körper der versicherten Person. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Heilmaßnahmen und Eingriffe durch einen, von diesem Vertrag gedeckten, Unfall veranlasst waren.

Artikel C.2 Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes

1. Eine Versicherungsleistung wird nur für die durch den eingetretenen Unfall hervorgerufenen Folgen (körperliche Schädigung oder Tod) erbracht.
2. Bei der Bemessung des Unfallinvaliditätsgrades wird ein Abzug in Höhe einer Vorinvalidität nur vorgenommen, wenn durch den Unfall eine körperliche oder geistige Funktion betroffen ist, die schon vorher beeinträchtigt war.
Die Vorinvalidität wird nach Artikel B.1 Pkt. 2. und 3. bemessen.
3. Haben schon vor dem Unfall bestandene Krankheiten oder Gebrechen bei der durch ein Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt oder die Unfallfolgen beeinflusst, wird
 - 3.1 im Falle einer Invalidität der Prozentsatz des Invaliditätsgrades,
 - 3.2 bei Unfalltaggeld, Genesungsgeld oder Unfallspitalgeld die Anzahl der leistungsbegründenden Tage,
 - 3.3 bei den sonstigen versicherten Leistungsarten die Versicherungsleistungentsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens verringert, sofern der Anteil der bestandenen Krankheiten oder Gebrechen mindestens 25 % beträgt. Dies gilt insbesondere für Verletzungen, die durch krankhaft abnutzungsbedingte Einflüsse verursacht oder mitverursacht worden sind.
4. Für organisch bedingte Störungen des Nervensystems wird eine Leistung nur erbracht, wenn und soweit diese Störung auf eine durch den Unfall verursachte organische Schädigung zurückzuführen ist. Seelische Fehlhaltungen (Neurosen, Psychosen, Psychoneurosen) gelten nicht als Unfallfolgen.
5. Für Bandscheibenvorfälle wird eine Leistung nur erbracht, wenn sie durch direkte mechanische Einwirkung auf die Wirbelsäule entstanden sind und es sich nicht um eine Verschlimmerung von vor dem Unfall bestandenen Krankheitserscheinungen handelt.
6. Für Bauch- und Unterleibsbrüche jeder Art wird eine Leistung nur erbracht, wenn sie durch eine von außen kommende mechanische Einwirkung direkt herbeigeführt worden sind und nicht anlagebedingt waren.

Abschnitt D: Pflichten des Versicherungsnehmers

Artikel D.1 Beitrag

1. Die Beiträge sind Jahres- oder einmalige Beiträge, die für den Versicherer kostenfrei zu bezahlen sind. Sie sind abhängig vom Wohnsitz der versicherten Person bei Abschluss des Vertrages.
Die Beiträge können nach Vereinbarung auch in halbjährlichen, vierteljährlichen oder monatlichen Raten bezahlt werden. Wird Ratenzahlung vereinbart, so hat der Versicherer trotzdem mit Beginn des Versicherungsjahres Anspruch auf den gesamten Jahresbeitrag; die nach der ersten Beitragsrate zu zahlenden Raten gelten bis zu den in der Vereinbarung festgelegten Fälligkeitsterminen gestundet.
2. Der erste und/oder einmalige Beitrag einschließlich Gebühren und der Versicherungssteuer in der jeweils geltenden Höhe ist vom Versicherungsnehmer gegen Aushändigung der Versicherungsurkunde und Aufforderung zur Beitragszahlung innerhalb von 14 Tagen zu zahlen (Einlösung der Versicherungsurkunde). Ist der erste oder einmalige Beitrag zur Zeit des Eintritts des Versicherungsfalles und nach Ablauf der vorgenannten Frist noch nicht gezahlt, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, es sei denn, dass der Versicherungsnehmer an der rechtzeitigen Zahlung des Beitrages ohne sein Verschulden gehindert war.
Darüber hinaus kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten, solange die Zahlung nicht bewirkt ist. Es gilt als Rücktritt, wenn der Anspruch auf den Beitrag nicht innerhalb dreier Monate vom Fälligkeitstag an gerichtlich geltend gemacht wird.
3. Folgebeiträge sind jeweils zu dem in der Versicherungsurkunde angegebenen Fälligkeitstag zu bezahlen. Wird ein Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, so kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten schriftlich eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen bestimmen. Tritt der Versicherungsfall nach Ablauf dieser Frist ein und ist der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung des Folgebeitrages in Verzug, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, es sei denn, dass der Versicherungsnehmer an der rechtzeitigen Zahlung des Beitrages ohne sein Verschulden gehindert war.
Darüber hinaus kann der Versicherer nach Ablauf der Frist das Versicherungsverhältnis ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen, wenn der Versicherungsnehmer mit der Zahlung in Verzug ist. Die Kündigung kann bereits mit der Zahlungsfrist verbunden werden, so dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer in diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist.

Die Wirkungen der Kündigung fallen fort, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, falls die Kündigung mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach dem Ablauf der Zahlungsfrist die Zahlung nachholt, sofern nicht bereits der Versicherungsfall eingetreten ist.

4. Der Versicherer kann sowohl bei nicht rechtzeitiger Bezahlung des Folgebeitrages als auch des Erstbeitrages unter Setzung einer Nachfrist von zwei Wochen Terminverlust geltend machen und den noch offenen Beitrag(steil) für das laufende Versicherungsjahr - auch bei vereinbarter Ratenzahlung gemäß Pkt. 1. - sofort verlangen.
5. Im Übrigen gelten für die Folgen nicht rechtzeitiger Beitragszahlung die §§ 38, 39 und 39a Versicherungsvertragsgesetz.

Artikel D.2 Anzeige der Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung des Versicherten sowie besonders gefährlicher Freizeitaktivitäten

1. Veränderungen der im Antrag anzugebenden Berufstätigkeit, Beschäftigung oder der besonders gefährlichen Freizeitaktivitäten der versicherten Person sind unverzüglich in geschriebener Form anzuzeigen. Einberufungen zum ordentlichen Präsenzdienst, zum Zivildienst sowie zu kurzfristigen militärischen Reserveübungen gelten nicht als Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung.
 - Ergibt sich für die neue Berufstätigkeit, Beschäftigung oder die besonders gefährlichen Freizeitaktivitäten der versicherten Person nach dem Vertrag zugrundeliegenden Tarif des Versicherers ein niedrigerer Beitrag, so ist vom Zugang der Anzeige an nur dieser Beitrag zu bezahlen.
 - Ergibt sich für die neue Berufstätigkeit, Beschäftigung oder die besonders gefährlichen Freizeitaktivitäten ein höherer Beitrag, so besteht für die Dauer von drei Monaten ab dem Zeitpunkt, zu welchem dem Versicherer die Anzeige hätte zugehen müssen, auch für die neue Berufstätigkeit, Beschäftigung oder die besonders gefährlichen Freizeitaktivitäten der volle Versicherungsschutz. Danach besteht voller Versicherungsschutz nur bei Zahlung einer - dem höheren Risiko - angepassten Prämie.
 - Tritt ein auf die neue Berufstätigkeit, Beschäftigung oder die besonders gefährlichen Freizeitaktivitäten zurückzuführender Versicherungsfall nach Ablauf der drei Monate ein, ohne dass inzwischen eine Einigung über den Mehrbeitrag erreicht worden wäre, so werden die Leistungen des Versicherers in der Weise bemessen, dass dem Vertrag als Versicherungssummen jene Beträge zugrunde gelegt werden, welche sich nach den für die neue Berufstätigkeit, Beschäftigung oder die besonders gefährlichen Freizeitaktivitäten erforderlichen Beitragssätzen aufgrund der tatsächlichen in der Versicherungsurkunde berechneten Beiträge ergeben.
2. Bietet der Versicherer für die neue Berufstätigkeit, Beschäftigung oder die besonders gefährlichen Freizeitaktivitäten grundsätzlich keinen Versicherungsschutz an, finden die Bestimmungen der §§ 23ff. VersVG (Gefahrenerhöhung) Anwendung. Nach diesen kann der Versicherer den Vertrag bei Vorliegen einer Gefahrenerhöhung mit sofortiger Wirkung kündigen. Das Kündigungsrecht erlischt, wenn der Versicherer hiervon nicht innerhalb eines Monats ab Kenntnis der Gefahrenerhöhung Gebrauch macht. Zudem ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Unfall nach der Erhöhung der Gefahr eintritt.
3. Als besonders gefährliche Freizeitaktivitäten gelten solche, die aufgrund des erhöhten Unfallrisikos hinsichtlich des vereinbarten Versicherungsschutzes zu einer Gefahrenerhöhung führen. Dazu zählen beispielsweise: Paragleiten, Canyoning, Rafting, Boxen, Kampfsportarten, Klettern (ab Schwierigkeitsgrad 4), Tauchen ab einer Tauchtiefe von 40 Metern, Teilnahme an Expeditionen, etc.
Eine Gefahrenerhöhung liegt dann vor, wenn durch erhebliche Änderung der Umstände der Eintritt des Versicherungsfalles wahrscheinlicher wird.

Artikel D.3 Obliegenheiten

1. Obliegenheiten vor Eintritt des Versicherungsfalles

Als Obliegenheit, deren Verletzung die Leistungsfreiheit des Versicherers gemäß § 6 Abs. 2 VersVG bewirkt, wird bestimmt, dass der Versicherte als Lenker eines Kraftfahrzeuges in jedem Fall die kraftfahrrechtliche Berechtigung besitzt, die für das Lenken des Fahrzeuges auf Straßen mit öffentlichem Verkehr vorgeschrieben ist; dies gilt auch dann, wenn das Fahrzeug nicht auf Straßen mit öffentlichem Verkehr gelenkt wird. Die Leistungsfreiheit des Versicherers tritt nicht ein, wenn die Verletzung keinen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalles oder soweit sie keinen Einfluss auf den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung gehabt hat.

2. Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalles

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

2.1 Ein Unfall ist dem Versicherer unverzüglich, in geschriebener Form anzuzeigen.

2.2 Ein Todesfall ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen und zwar auch dann, wenn der Unfall bereits gemeldet ist.

2.3 Nach dem Unfall ist unverzüglich ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen und die ärztliche Behandlung bis zum Abschluss des Heilverfahrens fortzusetzen; ebenso ist für eine angemessene Krankenpflege und nach Möglichkeit für die Abwendung und Minderung der Unfallfolgen zu sorgen.

2.4 Die Unfallmeldung ist dem Versicherer unverzüglich zuzusenden; außerdem sind dem Versicherer alle verlangten sachdienlichen Auskünfte zu erteilen.

2.5 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 vom Versicherer verlangten Auskünfte zu erteilen und Berichte zu liefern. Ist der Unfall einem Sozialversicherer oder weiteren privaten Versicherern gemeldet, so sind auch diese im vorstehenden Sinne zu ermächtigen.

2.6 Die mit dem Unfall befassten Behörden sind zu ermächtigen und zu veranlassen, die vom Versicherer verlangten Auskünfte zu erteilen.

2.7 Der Versicherer kann verlangen, dass sich der Versicherte durch die vom Versicherer bezeichneten Ärzte untersuchen lässt.

2.8 Wird Anspruch auf Unfallspitalgeld, Genesungsgeld oder die Unfallpauschale gestellt, so ist dem Versicherer, nach der Entlassung aus dem Spital eine Aufenthaltsbestätigung der Spitalverwaltung mit angegebener Diagnose zuzusenden.

2.9 Im Falle der Mitversicherung von Unfallkosten, Unfallkosten-Assistanceleistungen PLUS oder Heilkosten, sind dem Versicherer die Originalbelege zu überlassen.

2.10 Die Leistungsfreiheit des Versicherers tritt nicht ein, wenn die Obliegenheitsverletzung weder vorsätzlich noch grob fahrlässig erfolgt. Insofern sich der Vorsatz nicht darauf bezieht, die Leistungspflicht des Versicherers zu beeinflussen oder die für die Feststellung der Leistungspflicht wesentlichen Umstände zu beeinträchtigen, besteht Leistungspflicht des Versicherers, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder auf die Feststellung des Versicherungsfalles noch auf die Feststellung oder den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung Einfluss hat.

Abschnitt E: Vertragsdauer, Ende des Versicherungsvertrages

Artikel E.1 Versicherungsperiode, Vertragsdauer, Altersgrenzen

1. Als Versicherungsperiode gilt, wenn der Versicherungsvertrag nicht für eine kürzere Zeit abgeschlossen ist, der Zeitraum eines Jahres.
2. Wird der Versicherungsvertrag auf unbestimmte Zeit abgeschlossen, so verzichten Versicherungsnehmer und Versicherer für die Dauer von 2 Jahren auf die Ausübung des Kündigungsrechtes. Nach Ablauf des zweiten Versicherungsjahres kann der Versicherungsvertrag von beiden Vertragsparteien zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, erstmals somit zum Ablauf des dritten Versicherungsjahres, unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von einem Monat in geschriebener Form gekündigt werden. Das Versicherungsjahr richtet sich nach dem ursprünglichen Versicherungsbeginn. Das Kündigungsrecht nach Artikel E.2 Punkt 1. bleibt davon unberührt.
3. Wird der Versicherungsvertrag auf eine bestimmte Zeit abgeschlossen, so verlängert sich der Vertrag jeweils um ein weiteres Jahr, wenn er nicht unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zum Ende der Vertragsdauer bzw. zum Ende jeder nachfolgenden Versicherungsperiode in geschriebener Form gekündigt wird.
4. Bei der Kinder-Unfall-Vorsorge wird der Versicherungsvertrag mit Ablauf jenes Versicherungsjahres, in dem das versicherte Kind das 19. Lebensjahr vollendet hat auf den entsprechenden Tarif für Erwachsene umgestellt. Stimmt der Versicherungsnehmer dieser Änderung nicht zu, endet der Versicherungsvertrag mit Ablauf des Versicherungsjahres in dem das versicherte Kind das 19. Lebensjahr vollendet hat.
5. Der Versicherungsschutz für mitversicherte Kinder endet mit Ablauf des Versicherungsjahres, in welchem das jeweilige Kind das 19. Lebensjahr vollendet hat. Diese Kinder bleiben darüber hinaus bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres mitversichert, sofern diese an der Adresse des Versicherungsnehmers ihren Hauptwohnsitz haben (die Mitversicherung gilt auch dann, wenn der Hauptwohnsitz nur wegen Schulbesuch, bzw. Studium verlegt werden muss) und sofern und solange für diese die staatliche Familienbeihilfe bezogen wird. Der Versicherungsschutz gilt auch für die Dauer des ordentlichen Präsenz- oder Zivildienstes sofern dieser innerhalb der Altersgrenze geleistet wird.
6. Für Erwachsene gelten die vereinbarten Versicherungssummen bis zum Ende des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 75. Lebensjahr vollendet. Ab diesem Zeitpunkt reduzieren sich die Versicherungssummen für diese versicherte Person um 25 %.

Artikel E.2 Kündigung, Erlöschen des Vertrages

1. Kündigung nach Eintritt des Versicherungsfalles
 - 1.1 Nach Eintritt des Versicherungsfalles kann der Versicherungsnehmer kündigen, wenn der Versicherer einen gerechtfertigten Anspruch auf die Versicherungsleistung ablehnt oder seine Anerkennung verzögert. In diesen Fällen ist die Kündigung vorzunehmen innerhalb eines Monats
 - nach Ablehnung des gerechtfertigten Anspruches auf die Versicherungsleistung;
 - nach Rechtskraft des Urteiles im Fall eines Rechtsstreites vor Gericht;Die Kündigung kann per sofort oder zum Ende der laufenden Versicherungsperiode erfolgen.
 - 1.2 Nach Eintritt des Versicherungsfalles kann der Versicherer kündigen, wenn er den Anspruch auf eine Versicherungsleistung dem Grunde nach anerkannt oder eine Versicherungsleistung erbracht hat, oder wenn der Versicherungsnehmer einen Anspruch auf Versicherungsleistung arglistig erhoben hat. Die Kündigung ist vorzunehmen innerhalb eines Monats
 - nach Anerkennung dem Grunde nach;
 - nach erbrachter Versicherungsleistung;
 - nach Ablehnung des arglistig erhobenen Anspruches auf Versicherungsleistung.Die Kündigung kann nur unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist erfolgen. Falls der Versicherungsnehmer einen Anspruch arglistig erhoben hat, kann der Versicherer mit sofortiger Wirkung kündigen.
 - 1.3 Dem Versicherer gebührt der auf die verstrichene Vertragslaufzeit entfallende anteilige Beitrag.
2. Erlischt der Vertrag, weil der Versicherte gestorben ist oder wird der Vertrag vorzeitig aufgelöst, so gebührt dem Versicherer der Beitrag nur für die bis dahin verstrichene Vertragslaufzeit.
3. Ordentliche Kündigung (vgl. Art. E.1 Pkt. 2).

Abschnitt F: Sonstige Vertragsbestimmungen

Artikel F.1 Rechtsstellung der am Vertrag beteiligten Personen

1. Die Unfallversicherung kann gegen Unfälle, die dem Versicherungsnehmer 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 bis 79 VersVG sind mit der Maßgabe anzuwenden, dass die Ausübung der Rechte aus dem Versicherungsvertrag ausschließlich dem Versicherungsnehmer zusteht. Wird eine Versicherung gegen Unfälle, die einem anderen zustoßen, vom Versicherungsnehmer für eigene Rechnung genommen, so ist zur Gültigkeit des Vertrages die schriftliche Zustimmung des anderen notwendig. Ist der andere geschäftsunfähig oder in der Geschäftsfähigkeit beschränkt und steht die Vertretung in den ihn betreffenden Angelegenheiten dem Versicherungsnehmer zu, so kann dieser 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. Diese Personen sind neben dem Versicherungsnehmer für die Erfüllung der Obliegenheiten, der Schadenminderungs- und Rettungspflicht verantwortlich.

Artikel F.2 Erfüllungsort, Gerichtsstand

1. Erfüllungsort für die beiderseitigen Verpflichtungen aus dem Versicherungsvertrag, insbesondere jene der Beitragszahlung sowie der Versicherungsleistung, ist jeweils der Sitz des Versicherers.
2. Der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen, die zur selbständigen Geltendmachung von Ansprüchen aus dem Versicherungsverhältnis berechtigt sind, können diese auch bei den Gerichten geltend machen, in deren Sprengel sie ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt oder ihren Sitz im Inland haben.

Artikel F.3 Form von Willenserklärungen und Anzeigen

1. Für alle Erklärungen und Informationen des Versicherungsnehmers, versicherten Personen oder sonstigen Dritten genügt es zur Wirksamkeit, wenn sie in geschriebener Form erfolgen und dem Versicherer zugehen. Der geschriebenen Form wird durch einen Text in Schriftzeichen, aus dem die Person des Erklärenden hervorgeht (z.B. Telefax oder E-Mail), entsprochen. Ausgenommen hiervon sind Erklärungen, für welche gesetzlich die Schriftform vorgesehen ist oder für welche die Schriftform ausdrücklich und gesondert vereinbart wurde. Schriftform bedeutet, dass dem Erklärungsempfänger das Original der Erklärung vom Erklärenden eigenhändig unterschrieben zugehen muss.

Bloß mündlich abgegebene Erklärungen und Informationen des Versicherungsnehmers, der versicherten Personen oder sonstigen Dritten sind nicht wirksam.

2. Wenn der Versicherungsnehmer seinen Wohnort wechselt (bzw. bei Änderung seiner Postanschrift) muss er dem Versicherer seine neue Adresse unverzüglich mitteilen. Andernfalls können für ihn Nachteile entstehen, da der Versicherer ihm gegenüber abzugebende Erklärungen an seine, dem Versicherer zuletzt bekannt gegebene Adresse zusenden kann. In diesem Fall wird die Erklärung des Versicherers zu dem Zeitpunkt wirksam, in dem sie dem Versicherungsnehmer ohne die Änderung der Anschrift bei regelmäßiger Beförderung zugegangen wäre und dieser bei seiner Anwesenheit davon hätte Kenntnis nehmen können.
3. Die mit der Vermittlung von Versicherungsgeschäften betrauten Personen sind nicht bevollmächtigt, Erklärungen für den Versicherer abzugeben oder Geld bzw. Geldeswert für den Versicherer in Empfang zu nehmen.

Artikel F.4 Gebühren, Mehraufwendungen

1. Es werden nur jene Abgaben, Portospesen und Gebühren zusätzlich verrechnet, die durch einen vom Versicherungsnehmer veranlassten Mehraufwand entstehen. Derartige Mehraufwendungen sind
 - die Gebühr nach unberechtigtem Widerruf oder Nichteinlösung einer uns erteilten Einzugsermächtigung zuzüglich der uns von der Bank verrechneten Rückbuchungsgebühr;
 - die üblichen Kosten der Mahnung bei Zahlungsverzug;
 - die dem Versicherer verrechneten Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistung;
 - die Kosten der Ausstellung einer Ersatzurkunde bei Verlust der Versicherungsurkunde;
 - die ortsüblichen Kosten der Anfertigung von Kopien aus der Vertragskorrespondenz;
 - die Kosten der Vormerkung einer Vinkulierung, Verpfändung oder Abtretung;
 - die Kosten der Durchführung von nach dem Vertrag nicht geschuldeten Vertragsänderungen.Die Höhe der jeweiligen Gebühr kann bei uns erfragt werden und richtet sich nach dem Zeitpunkt der Inanspruchnahme der Dienstleistung. Die jeweils aktuell geltenden Kosten für Mehraufwendungen sind unter www.wuestenrot.at/gebuehrenblatt veröffentlicht.
2. Aus der Nichtgeltendmachung von Kosten derartiger Mehraufwendungen, auch über einen längeren Zeitraum hinweg, kann kein Verzicht für die Zukunft abgeleitet werden.

Artikel F.5 Vertragsrecht, Versicherungsaufsichtsbehörde

Auf diesen Vertrag kommt österreichisches Recht zur Anwendung. Die Versicherungsaufsicht obliegt der "Finanzmarktaufsicht" (FMA), A-1090 Wien, Otto-Wagner-Platz 5.

ÖRV Gruppenversicherungsvertrag K6RAHM

Zielmarkt

- Mitglieder des Österreichischen Radsportverbands (ÖRV), einschließlich ÖRV-Vorstand, Präsidium, Trainer, Betreuer, Schiedsrichter, Funktionäre, die ÖRV-Landesverbände sowie die
 - Besitzer der Cycling Austria Member Card, Cycling Austria Member Card Family und Cycling Austria-Guide Card sowie Cycling Austria Member Card Guest und Cycling Austria Member Card Guest Family bzw.
 - Besitzer der Cycling Austria-Licence Card (national, international)

mit Wunsch/Bedürfnis im Rahmen eines Gruppenversicherungsvertrages sich und/oder seine Angehörigen vor den Folgen eines Radunfalls finanziell abzusichern

mit Bedürfnis/Wunsch sich finanziell zur Deckung von gerichtlichen und außergerichtlichen Kosten abzusichern.

mit Bedürfnis/Wunsch sich vor finanziellen Forderungen nach einem Personen- bzw. Sachschaden gegenüber Dritten abzusichern.

- Der Kunde muss eine natürliche oder juristische Person sein und einen (Wohn-)Sitz sowie Steuerpflicht in Österreich haben (ausgenommen Besitzer der Cycling Austria Member Card Guest und Cycling Austria Member Card Guest Family).
- Ausnahmen müssen gesondert angefragt bzw. geprüft werden.