

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

bitte beachten Sie in Ihrem eigenen Interesse und zur Wahrung Ihrer Rechte aus dem vorliegenden Versicherungsvertrag folgende Punkte:

Grundlagen des Vertrages

Die in der Polizza genannten Versicherer sowie die gegebenenfalls angeführten Mitversicherer bieten - jede Gesellschaft für ihren Anteil - für das in der Versicherungspolizza beschriebene Risiko Versicherungsschutz. Die gegenseitigen Rechte und Pflichten ergeben sich aus dem Antrag, der vorliegenden Versicherungspolizza, den Versicherungsbedingungen und dem Versicherungsvertragsgesetz. Es ist österreichisches Recht anzuwenden.

Vertragsdauer

Ist die Vertragsdauer kürzer als 1 Jahr, endet der Versicherungsvertrag zum vereinbarten Ablauftermin, ohne dass es einer Kündigung bedarf.

Vorzeitiges Kündigungsrecht für Verbraucher im Sinne des KSchG

Verträge, die nach dem 31. März 1994 für eine Dauer von mehr als drei Jahren abgeschlossen wurden, kann der Versicherungsnehmer zum Ende des dritten oder jedes darauffolgenden Jahres unter Einhaltung einer Frist von einem Monat schriftlich kündigen.

Belehrung über das Rücktrittsrecht

(1) Sie können von Ihrem Versicherungsvertrag innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in geschriebener Form (z. B. Brief, Fax, E-Mail) zurücktreten.

(2) Die Rücktrittsfrist beginnt mit der Verständigung vom Zustandekommen des Versicherungsvertrages (= Zusendung der Polizza bzw. Versicherungsschein), jedoch nicht, bevor Sie den Versicherungsschein und die Versicherungsbedingungen einschließlich der Bestimmungen über die Prämienfestsetzung oder -änderung und diese Belehrung über das Rücktrittsrecht erhalten haben.

(3) Die Rücktrittserklärung ist zu richten an: UNIQA Österreich Versicherungen AG, Untere Donaustraße 21, 1029 Wien, auch per E-Mail an info@uniqa.at. Zur Wahrung der Rücktrittsfrist reicht es aus, dass Sie die Rücktrittserklärung vor Ablauf der Rücktrittsfrist absenden. Die Erklärung ist auch wirksam, wenn sie in den Machtbereich Ihres Versicherungsvertreeters gelangt.

(4) Mit dem Rücktritt enden ein allfällig bereits gewährter Versicherungsschutz und Ihre künftigen Verpflichtungen aus dem Versicherungsvertrag. Hat der Versicherer bereits Deckung gewährt, so gebührt ihm eine der Deckungsdauer entsprechende Prämie. Wenn Sie bereits Prämien an den Versicherer geleistet haben, die über diese Prämie hinausgehen, so hat sie Ihnen der Versicherer ohne Abzüge zurückzuzahlen.

(5) Ihr Rücktrittsrecht erlischt spätestens einen Monat, nachdem Sie den Versicherungsschein ein-

schließlich dieser Belehrung über das Rücktrittsrecht erhalten haben, es sei denn, diese Belehrung wäre derart fehlerhaft, dass sie Ihnen die Möglichkeit nimmt, Ihr Rücktrittsrecht im Wesentlichen unter denselben Bedingungen wie bei zutreffender Belehrung auszuüben.

Prämie

Die Erst- oder Einmalprämie ist nach Erhalt der Polizza bzw. bei späterem Vertragsbeginn zu diesem Zeitpunkt fällig. Folgeprämien sind zu den in der Polizza angeführten Zeitpunkten fällig. Wird die Erst- oder Einmalprämie nicht binnen 14 Tagen (oder ohne verschuldeten weiteren Verzug) nach Erhalt der Polizza bzw. ab späterem Vertragsbeginn bezahlt, erlischt der Versicherungsschutz auch dann, wenn eine vorläufige Deckungszusage (Sofortschutz) erteilt wurde.

Sonstiges

- Der ungekürzte Name bzw. Firmenwortlaut des Versicherungsnehmers ist aus dem Antrag ersichtlich.
- Abweichungen der Polizza vom Antrag sind in der Versicherungspolizza auffällig gekennzeichnet. Die Abweichung gilt als genehmigt, wenn der Versicherungsnehmer nicht innerhalb eines Monats nach Zugang der Versicherungspolizza in geschriebener Form widerspricht.
- Eine Neufassung der Polizza enthält den ab dem Änderungszeitpunkt letztgültigen Vertragsstand und ersetzt eine vorangegangene Polizza. Nicht räge ergänzen eine vorangegangene Polizza oder Neufassung.
- Vereinbarungen und Erklärungen gelten nur dann, wenn sie vom Versicherer in geschriebener Form bestätigt werden.
- Bitte geben Sie jede Änderung, welche das Versicherungsverhältnis beeinflusst, unverzüglich in geschriebener Form bekannt.
- Wir stehen Ihnen in allen Versicherungsangelegenheiten gerne zur Verfügung. Bitte wenden Sie sich an Ihre Betreuerin bzw. Ihren Betreuer an das nächstgelegene Service Center oder an unsere zuständige Landesdirektion.
- Geben Sie bitte Polizzen- bzw. Schadennummer an - Ihr Anliegen kann dadurch schneller bearbeitet werden.

Datenschutz

UNIQA Österreich Versicherungen AG, Untere Donaustraße 21, 1029 Wien, Tel.: +43 50677-670, E-Mail-Adresse: info@uniqa.at.

Ihre Daten sind bei uns gut aufgehoben! Wir achten darauf, dass sie sicher sind, rechtmäßig verwendet und geheim gehalten werden. Interessiert Sie mehr? Besuchen Sie unseren Bereich Datenschutz auf www.uniqa.at. Haben Sie noch Fragen? Sie erreichen unseren Datenschutzbeauftragten gerne unter datenschutz@uniqa.at.

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

bitte beachten Sie in Ihrem eigenen Interesse und zur Wahrung Ihrer Rechte aus dem vorliegenden Versicherungsvertrag folgende Punkte:

Grundlagen des Vertrages

Die in der Polizza genannten Versicherer sowie die gegebenenfalls angeführten Mitversicherer bieten - jede Gesellschaft für ihren Anteil - für das in der Versicherungspolizza beschriebene Risiko Versicherungsschutz. Die gegenseitigen Rechte und Pflichten ergeben sich aus dem Antrag, der vorliegenden Versicherungspolizza, den Versicherungsbedingungen und dem Versicherungsvertragsgesetz. Es ist österreichisches Recht anzuwenden.

Vertragsdauer

Ist die Vertragsdauer kürzer als 1 Jahr, endet der Versicherungsvertrag zum vereinbarten Ablauftermin, ohne dass es einer Kündigung bedarf.

Vorzeitiges Kündigungsrecht für Verbraucher im Sinne des KSchG

Verträge, die nach dem 31. März 1994 für eine Dauer von mehr als drei Jahren abgeschlossen wurden, kann der Versicherungsnehmer zum Ende des dritten oder jedes darauffolgenden Jahres unter Einhaltung einer Frist von einem Monat schriftlich kündigen.

Belehrung über das Rücktrittsrecht

- (1) Sie können von Ihrem Versicherungsvertrag innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in geschriebener Form (z. B. Brief, Fax, E-Mail) zurücktreten.
- (2) Die Rücktrittsfrist beginnt mit der Verständigung vom Zustandekommen des Versicherungsvertrages (= Zusendung der Polizza bzw. Versicherungsschein), jedoch nicht, bevor Sie den Versicherungsschein und die Versicherungsbedingungen einschließlich der Bestimmungen über die Prämienfestsetzung oder -änderung und diese Belehrung über das Rücktrittsrecht erhalten haben.
- (3) Die Rücktrittserklärung ist zu richten an: UNIQA Österreich Versicherungen AG, Untere Donaustraße 21, 1029 Wien, auch per E-Mail an info@uniqa.at. Zur Wahrung der Rücktrittsfrist reicht es aus, dass Sie die Rücktrittserklärung vor Ablauf der Rücktrittsfrist absenden. Die Erklärung ist auch wirksam, wenn sie in den Machtbereich Ihres Versicherungsvertreters gelangt.
- (4) Mit dem Rücktritt enden ein allfällig bereits gewährter Versicherungsschutz und Ihre künftigen Verpflichtungen aus dem Versicherungsvertrag. Hat der Versicherer bereits Deckung gewährt, so gebührt ihm eine der Deckungsdauer entsprechende Prämie. Wenn Sie bereits Prämien an den Versicherer geleistet haben, die über diese Prämie hinausgehen, so hat sie Ihnen der Versicherer ohne Abzüge zurückzuzahlen.
- (5) Ihr Rücktrittsrecht erlischt spätestens einen Monat, nachdem Sie den Versicherungsschein ein-

schließlich dieser Belehrung über das Rücktrittsrecht erhalten haben, es sei denn, diese Belehrung wäre derart fehlerhaft, dass sie Ihnen die Möglichkeit nimmt, Ihr Rücktrittsrecht im Wesentlichen unter denselben Bedingungen wie bei zutreffender Belehrung auszuüben.

Prämie

Die Erst- oder Einmalprämie ist nach Erhalt der Polizza bzw. bei späterem Vertragsbeginn zu diesem Zeitpunkt fällig. Folgeprämien sind zu den in der Polizza angeführten Zeitpunkten fällig. Wird die Erst- oder Einmalprämie nicht binnen 14 Tagen (oder ohne verschuldeten weiteren Verzug) nach Erhalt der Polizza bzw. ab späterem Vertragsbeginn bezahlt, erlischt der Versicherungsschutz auch dann, wenn eine vorläufige Deckungszusage (Sofortschutz) erteilt wurde.

Sonstiges

- Der ungekürzte Name bzw. Firmenwortlaut des Versicherungsnehmers ist aus dem Antrag ersichtlich.
- Abweichungen der Polizza vom Antrag sind in der Versicherungspolizza auffällig gekennzeichnet. Die Abweichung gilt als genehmigt, wenn der Versicherungsnehmer nicht innerhalb eines Monats nach Zugang der Versicherungspolizza in geschriebener Form widerspricht.
- Eine Neufassung der Polizza enthält den ab dem Änderungszeitpunkt letztgültigen Vertragsstand und ersetzt eine vorangegangene Polizza. Nicht räge ergänzen eine vorangegangene Polizza oder Neufassung.
- Vereinbarungen und Erklärungen gelten nur dann, wenn sie vom Versicherer in geschriebener Form bestätigt werden.
- Bitte geben Sie jede Änderung, welche das Versicherungsverhältnis beeinflusst, unverzüglich in geschriebener Form bekannt.
- Wir stehen Ihnen in allen Versicherungsangelegenheiten gerne zur Verfügung. Bitte wenden Sie sich an Ihre Betreuerin bzw. Ihren Betreuer an das nächstgelegene Service Center oder an unsere zuständige Landesdirektion.
- Geben Sie bitte Polizzen- bzw. Schadennummer an - Ihr Anliegen kann dadurch schneller bearbeitet werden.

Datenschutz

UNIQA Österreich Versicherungen AG, Untere Donaustraße 21, 1029 Wien, Tel.: +43 50677-670, E-Mail-Adresse: info@uniqa.at. Ihre Daten sind bei uns gut aufgehoben! Wir achten darauf, dass sie sicher sind, rechtmäßig verwendet und geheim gehalten werden. Interessiert Sie mehr? Besuchen Sie unseren Bereich Datenschutz auf www.uniqa.at. Haben Sie noch Fragen? Sie erreichen unseren Datenschutzbeauftragten gerne unter datenschutz@uniqa.at.



Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Schüler-Kollektivunfallversicherung (Schüler-AUVB 2020), Fassung 6/2020

Inhaltsverzeichnis

Versicherungsschutz

- Wer ist versichert? – Artikel 1
- Was ist versichert? – Artikel 2
- Was gilt als Versicherungsfall? – Artikel 3
- Wo gilt die Versicherung? – Artikel 4
- Wann gilt die Versicherung? – Artikel 5
- Wann beginnt und endet der Versicherungsschutz? – Artikel 6
- Was ist ein Unfall? – Artikel 7

Versicherungsleistungen

- Was kann versichert werden? – Artikel 8 bis 13
- Was zahlen wir zusätzlich? – Artikel 14
- Wann sind unsere Leistungen fällig und wann verjähren Sie? - Artikel 15
- Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten – Artikel 16

Begrenzung des Versicherungsschutzes

- In welchen Fällen zahlen wir nicht? – Artikel 17 und 18

Pflichten des Versicherungsnehmers

- Wann ist die Prämie zu bezahlen? – Artikel 19
- Was ist vor Eintritt eines Versicherungsfalles zu beachten? Was ist nach Eintritt eines Versicherungsfalles zu tun? – Artikel 20

Sonstige Vertragsbestimmungen

- Allgemeine Bestimmungen, Vertragsgrundlagen – Artikel 21
- Wo können Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag gerichtlich geltend gemacht werden? – Artikel 22
- Wie sind Erklärungen abzugeben? – Artikel 23
- Welches Recht ist anzuwenden? – Artikel 24
- Beschwerdestellen – Artikel 25

Versicherungsschutz

Wer ist versichert? – Artikel 1

UNIQA (als Versicherer) und die Schule/der Elternverein/der Verein (als Versicherungsnehmer) haben einen Gruppenversicherungsvertrag geschlossen. Durch ihre Nennung durch den Versicherungsnehmer an UNIQA treten Kinder/Jugendliche als „versicherte Personen“ diesem Gruppenversicherungsvertrag bei.

Was ist versichert? – Artikel 2

Wir bieten Versicherungsschutz, wenn der versicherten Person während des versicherten Zeitraumes (Artikel 6) im Zusammenhang mit der Teilnahme am Schulunterricht, an Schulveranstaltungen oder in der Freizeit ein Unfall zustößt. Der Versicherungsschutz erstreckt sich auch auf Unfälle während der Ferien, bzw. auch während einer Feriarbeit, soweit es sich um eine im Rahmen des Lehrplanes vorgeschriebene Tätigkeit handelt. Feriarbeit gilt nicht mitversichert.

Welche Leistungen und Versicherungssummen vereinbart sind, ist aus der Polizza ersichtlich.

Die Bestimmungen gelten sinngemäß auch für Kinder in Kindergärten.

Was gilt als Versicherungsfall? – Artikel 3

Versicherungsfall ist der Eintritt des Unfalles (Artikel 7 – Begriff des Unfalles).

Wo gilt die Versicherung? – Artikel 4

Die Versicherung gilt auf der ganzen Erde.

Wann gilt die Versicherung? – Artikel 5

Versichert sind Unfälle, die während der Wirksamkeit des Versicherungsschutzes (Laufzeit des Versicherungsvertrages) eingetreten sind.

Wann beginnt und endet der Versicherungsschutz? – Artikel 6

Der Versicherungsschutz beginnt mit Abschluss des Versicherungsvertrages, frühestens mit dem ersten Tag des angegebenen Schuljahres und endet mit dem 1.10. des darauffolgenden Schuljahres. In diesem Zeitraum gilt der Versicherungsschutz rund um die Uhr.

Für den einzelnen Schüler erlischt der Versicherungsschutz in jedem Fall mit dem Austritt aus der Schule oder Anstalt, für deren Schüler die gegenständliche Gruppenunfallversicherung abgeschlossen wurde.

Was ist ein Unfall? – Artikel 7

1. Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.
2. Als Unfall gelten auch folgende Ereignisse:
Verrenkungen von Gliedern sowie Zerrungen und Zerreißen von an Gliedmaßen und an der

- Wirbelsäule befindlichen Muskeln, Sehnen, Bändern und Kapseln sowie Meniskusverletzungen.
3. Krankheiten gelten nicht als Unfälle. Übertragbare Krankheiten gelten auch nicht als Unfallfolgen. Dies gilt nicht für Kinderlähmung, die durch Zeckenbiss übertragene Frühsommer-Meningoencephalitis und Lyme-Borreliose im Rahmen der Bestimmungen des Art. 14 sowie für Wundstarrkrampf und Tollwut.
 4. Der Versicherungsschutz gilt auch für Unfälle, die die versicherte Person als Fluggast, Pilot oder Besatzungsmitglied in zum zivilen Luftfahrtverkehr zugelassenen Motorflugzeugen (ausgenommen Motorsegler und Ultralights) erleidet. Die Versicherung erstreckt sich jedoch nicht auf die Teilnahme an Wettbewerben, das Ausführen von Rekord- oder Kunstflügen, das Einfliegen von Neukonstruktionen und bewilligungspflichtigen Erprobungsflügen, sowie Flüge mit Spezialaufgaben (Schädlingsbekämpfung, Lichtbildaufnahmen, Lastenabwürfe etc.).

- des Geschmackssinnes 5 %
- der Milz 10 %
- der Stimme 30 %
- der Niere 20 %

Wenn bereits die zweite Niere vor dem Unfall oder als Unfallfolge beeinträchtigt ist, ist Art. 8 Abs. 3, Dauernde Invalidität anzuwenden.

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

3. Für andere Körperteile und Sinnesorgane bemisst sich der Invaliditätsgrad danach, inwieweit die normale körperliche oder geistige Funktionsfähigkeit insgesamt beeinträchtigt ist. Dabei sind ausschließlich medizinische Gesichtspunkte zu berücksichtigen. Waren betroffene Körperteile oder Sinnesorgane oder deren Funktionen bereits vor dem Unfall dauernd beeinträchtigt, wird der Invaliditätsgrad um die Vorinvalidität gemindert.
4. Sind mehrere Körperteile oder Sinnesorgane durch den Unfall beeinträchtigt, werden die nach den vorstehenden Bestimmungen ermittelten Invaliditätsgrade zusammengerechnet. Mehr als 100% werden jedoch nicht berücksichtigt.
5. Progressive Leistung 25% – 400%
In Abänderung der Regelungen über die Höhe der Versicherungsleistungen in Art. 8 Pkt. 2 leisten wir
 - bis zu einem Invaliditätsgrad von 25% entsprechend dem Invaliditätsgrad
 - den 25% übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades bis unter 50% mit 2facher Leistung
 - den 50% übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades bis unter 91% mit 3facher Leistung
 - ab 91% Invaliditätsgrad werden 400% der Versicherungssumme geleistet.
6. Steht der Grad der dauernden Invalidität nicht eindeutig fest, sind sowohl die versicherte Person als auch wir berechtigt, den Invaliditätsgrad jährlich bis 4 Jahre ab dem Unfalltag ärztlich neu bemessen zu lassen.
7. Stirbt die versicherte Person
 - unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall, bezahlen wir keine Leistung für dauernde Invalidität;
 - aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach einem Unfall, leisten wir nach dem Grad der dauernden Invalidität mit dem aufgrund der zuletzt erstellten ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre;
 - unfallbedingt oder aus unfallfremder Ursache später als ein Jahr nach dem Unfall, leisten wir ebenfalls nach dem Grad der dauernden Invalidität, mit dem aufgrund der zuletzt erstellten ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

Versicherungsleistungen

Was kann versichert werden? – Artikel 8 bis 13 (Die davon vereinbarten Leistungen sind der Polizza zu entnehmen).

Dauernde Invalidität – Artikel 8

1. Voraussetzung für die Leistung:
Die versicherte Person ist durch den Unfall auf Dauer in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt. Die Invalidität ist innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten. Sie ist unter Vorlage eines Befundberichtes, aus dem Art und Umfang der Gesundheitsschädigung und die Möglichkeit einer auf Lebenszeit verbleibenden Invalidität hervorgeht, bei uns geltend gemacht worden. Kein Anspruch auf Invaliditätsleistung besteht, wenn die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall stirbt.
2. Art und Höhe der Leistung:
Die Leistung erfolgt in Form einer einmaligen Kapitalleistung in Prozent der Versicherungssumme. Der Prozentsatz entspricht dem Invaliditätsgrad. Bei völligem Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane gelten ausschließlich die folgenden Invaliditätsgrade:
 - eines Armes 70 %
 - eines Daumens 20 %
 - eines Zeigefingers 10 %
 - eines anderen Fingers 5 %
 - eines Beines 70 %
 - einer großen Zehe 5 %
 - einer anderen Zehe 2 %
 - der Sehkraft beider Augen 100 %
 - Sehkraft eines Auges 35 %
 - sofern die Sehkraft des anderen Auges vor Eintritt des Versicherungsfalles bereits verloren war 65 %
 - des Gehörs beider Ohren 60 %
 - des Gehörs eines Ohres 15 %
 - sofern jedoch das Gehör des anderen Ohres vor Eintritt des Versicherungsfalles bereits verloren war 45 %
 - des Geruchssinnes 10 %

Todesfall – Artikel 9

Tritt innerhalb eines Jahres, vom Unfalltag an gerechnet, der Tod als Folge des Unfalles ein, bezahlen wir die für den Todesfall versicherte Summe. Haben wir eine Leistung für dauernde Invalidität aus demselben Ereignis erbracht, wird diese für die Todesfalleistung angerechnet. Einen Mehrbetrag an Leistungen für Dauerinvalidität können wir nicht zurückverlangen.



Unfallkosten – Artikel 10

Bis zur Höhe der dafür vereinbarten Versicherungssumme werden von uns Unfallkosten ersetzt. Vorausgesetzt, dass diese innerhalb von 4 Jahren, vom Unfalltag an gerechnet, entstehen und nicht von einem Sozialversicherungsträger Ersatz zu leisten ist oder von einem sonstigen Leistungsträger Ersatz geleistet wurde.

Unfallkosten sind:

1. Heilkosten,
die zur Behebung der Unfallfolgen aufgewendet wurden und nach ärztlicher Verordnung notwendig waren. Dazu zählen auch die notwendigen Kosten des Verletztentransportes, der erstmaligen Anschaffung künstlicher Gliedmaßen und eines Zahnersatzes sowie anderer, nach ärztlichem Ermessen erforderlicher erstmaliger Anschaffungen. Kosten für Bade-, Erholungsreisen und -aufenthalte, Kosten für die Reparatur oder Wiederbeschaffung eines Zahnersatzes, künstlicher Gliedmaßen oder sonstiger künstlicher Behelfe ersetzen wir nicht.
2. Bergungskosten gemäß Artikel 11, wenn diese über die Versicherungssumme für Bergungskosten hinaus gehen.
3. Rückholkosten,
das sind die unfallbedingten Kosten des ärztlich empfohlenen Verletztentransportes, wenn die versicherte Person außerhalb ihres Wohnortes verunfallt ist, von der Unfallstelle bzw. dem Krankenhaus, in das sie nach dem Unfall gebracht wurde, an ihren Wohnort bzw. zum nächstgelegenen Krankenhaus. Bei einem tödlichen Unfall werden auch die Kosten der Überführung des Toten zu dessen letztem Wohnort in Österreich bezahlt.
4. Pflegekosten,
die für einen pflegebedürftigen Versicherten aufgewendet werden. Voraussetzung für den Ersatz der Pflegekosten ist die Vornahme der Pflege durch eine dazu befugte Person bzw. durch eine dafür eingerichtete Organisation oder in einer dafür geeigneten Einrichtung. Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn der Versicherte infolge eines Unfalles (siehe Artikel 7 unter „Was ist ein Unfall“) so hilflos ist, dass er zumindest für 3 der gewöhnlichen und regelmäßigen wiederkehrenden Grundverrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens in erheblichem Umfang täglich die Hilfe einer anderen Person benötigt. Zu diesen Grundverrichtungen zählen Aufstehen und Zubettgehen, An- und Auskleiden, Körperpflege, Zubereitung und Aufnahme der Nahrung, Aufsuchen der Toilette, Einnahme von Medikamenten und Wundpflege. Ein Versicherter gilt jedenfalls als pflegebedürftig, wenn er dauernd bettlägerig ist und nicht ohne fremde Hilfe aufstehen kann. Die Pflegebedürftigkeit ist ärztlich nachzuweisen.
5. Kosmetische Operationen
Leistungen können bei uns beansprucht werden, wenn durch einen Unfall die Körperoberfläche der versicherten Person derart beschädigt oder verformt ist, dass nach Abschluss der Heilbehandlung das äußere Erscheinungsbild der versicherten Person hierdurch dauernd beeinträchtigt ist. Entschließt sich die versicherte Person zur Behebung dieser Schäden zu einer kosmetischen Operation, so übernehmen wir die mit der Operation und der klinischen Behandlung im Zusammenhang stehenden Kosten für Arzthonorare,

Medikamente, Verbandszeug und sonstige ärztlich verordnete Heilmittel sowie die Kosten für die Unterbringung und Verpflegung in der Klinik.

6. Begleitperson im Spital

Bei Krankenhausaufenthalten aufgrund eines versicherten Unfalles werden auch die nachgewiesenen Verpflegskosten für eine Begleitperson bis maximal EUR 55,- für maximal 10 Tage von uns ersetzt. Diese Kostenersatz-Versicherung gilt nur für Kinder und insoweit diese Kosten nicht bereits in einem anderen Versicherungsvertrag versichert und zu ersetzen sind bzw. von einem sonstigen Leistungsträger ersetzt werden.

Bergungskosten – Artikel 11

Bis zur Höhe der dafür vereinbarten Versicherungssumme werden von uns Bergungskosten ersetzt. Über die Versicherungssumme hinausgehende Bergungskosten können über Unfallkosten abgerechnet werden (bis zur vereinbarten Versicherungssumme für Unfallkosten).
Bergungskosten sind Kosten,

die notwendig waren, wenn der Versicherte

- einen Unfall erlitten hat oder in Berg- oder Wassermot geraten ist und verletzt oder unverletzt geborgen werden muss;
- durch einen Unfall oder infolge Berg- oder Wassermot den Tod erleidet und seine Bergung erfolgen muss.

Bergungskosten sind die nachgewiesenen Kosten des Suchens nach der versicherten Person und ihres Transportes bis zur nächsten befahrbaren Straße oder bis zum - dem Unfallort nächstgelegenen - Spital. Unabhängig von Berg- oder Wassermot sind auch die Kosten eines(r) Bergung-/Nottransportes mittels Rettungshubschrauber versichert.

SOS Rückholung bei schulischen Veranstaltungen im Ausland: – Artikel 12

Vom Versicherungsschutz umfasst sind die vollen Kosten eines medizinisch begründeten Krankentransportes aus dem Ausland in eine österreichische Krankenanstalt oder an den ständigen österreichischen Wohnsitz, dazu die Kosten der Mitbeförderung einer dem Transportierten nahestehenden Person.

Voraussetzung für eine Rückholung ist neben der Transportfähigkeit des Versicherten,

- dass eine lebensbedrohende Störung des Gesundheitszustandes besteht, oder
- dass aufgrund der vor Ort gegebenen medizinischen Versorgung eine dem österreichischen Standard entsprechende Behandlung nicht sichergestellt ist oder
- dass ein stationärer Krankenhausaufenthalt von mehr als 5 Tagen zu erwarten ist.

Der Transport muss von der UNIQA Vertragsorganisation organisiert werden, ansonsten werden maximal EUR 1.820,- vergütet. Über unser Servicetelefon sind wir täglich (auch Wochenende) rund um die Uhr erreichbar. Telefon aus dem Ausland: +43/1/204 99 99

Transportkosten in die Schule – Artikel 13

Ist die/der versicherte Schüler/In unfallbedingt außerstande die Schule mit dem üblichen Verkehrsmittel aufzusuchen, so werden die Kosten des Transportes in die Schule und zurück bis zur Höhe der Versicherungssumme übernommen.

Was zahlen wir zusätzlich? – Artikel 14 Kinderlähmung, Frühsommer-Meningoencephalitis, Lyme-Borreliose

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf die Folgen der Kinderlähmung und der durch Zeckenbiss übertragenen Frühsommer-Meningoencephalitis und Lyme-Borreliose. Voraussetzung ist, dass die Erkrankung serologisch festgestellt und frühestens 15 Tage nach Beginn, jedoch spätestens 15 Tage nach Erlöschen der Versicherung, zum Ausbruch kommt. Als Krankheitsbeginn (Zeitpunkt des Versicherungsfalles) gilt der Tag, an dem erstmals ein Arzt wegen der als Kinderlähmung, Frühsommer-Meningoencephalitis oder Lyme-Borreliose diagnostizierten Krankheit konsultiert wurde. Eine Leistung erbringen wir nur für Tod oder dauernde Invalidität.

Wann sind unsere Leistungen fällig und wann verjähren sie? – Artikel 15

1. Wir sind verpflichtet, innerhalb eines Monats, bei Ansprüchen auf Leistung für dauernde Invalidität innerhalb von drei Monaten, zu erklären, ob und in welcher Höhe wir eine Leistungspflicht anerkennen. Die Fristen beginnen mit dem Eingang der Unterlagen, die der Anspruchsberechtigte zur Feststellung des Unfallherganges, der Unfallfolgen und den Abschluss des Heilverfahrens uns vorzulegen hat.
2. Steht die Leistungspflicht dem Grunde und der Höhe nach fest, ist die Leistung fällig. Die Fälligkeit der Leistung tritt jedoch unabhängig davon ein, wenn der Anspruchsberechtigte nach Ablauf von zwei Monaten seit dem Begehren nach einer Geldleistung eine Erklärung von uns verlangt, aus welchen Gründen die Erhebungen noch nicht beendet werden konnten und wir diesem Verlangen nicht binnen eines Monats entsprechen.
3. Steht die Leistungspflicht nur dem Grunde nach fest, kann der Anspruchsberechtigte von uns Vorschüsse bis zu der Höhe des Betrages verlangen, den wir nach Lage der Sache mindestens zu zahlen haben werden.
4. Für die Verjährung gilt § 12 VersVG – Verjährung.

Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten – Artikel 16

1. Im Fall von Meinungsverschiedenheiten über Art und Umfang der Unfallfolgen oder darüber, in welchem Umfang die eingetretene Beeinträchtigung auf den Unfall zurückzuführen ist, ferner über die Beeinflussung der Unfallfolgen durch Krankheiten oder Gebrechen entscheidet verbindlich ein Schiedsgutachter, sofern Sie bzw. der Bezugsberechtigte (im Folgenden: der Anspruchsberechtigte) oder wir verlangen und diese Meinungsverschiedenheiten auf insofern abweichenden medizinischen Gutachten des von uns im Anlassfall beigezogenen sowie eines vom Anspruchsberechtigten beauftragten Gutachterarztes beruhen.
2. Gemäß § 184 VersVG ist die Entscheidung des Schiedsgutachters nur dann nicht verbindlich, wenn sie offenbar von der wirklichen Sachlage erheblich abweicht. In diesem Fall entscheidet ein ordentliches Gericht über die strittige Frage. Letzteres gilt auch, wenn der Schiedsgutachter die Feststellung nicht treffen kann

oder will oder sie länger als drei Monate verzögert oder wenn der Schiedsgutachter nicht entscheidet, weil der Anspruchsberechtigte zwar die Entscheidung des Schiedsgutachters verlangt hat, aber nicht fristgerecht gemäß dem untenstehenden Punkt 8. mitgeteilt hat, mit dem ihm mitgeteilten Maximalbetrag einverstanden zu sein.

3. Das Recht, die Entscheidung eines Schiedsgutachters zu verlangen, steht sowohl dem Anspruchsberechtigten als auch uns zu. Das Verlangen einer Entscheidung des Schiedsgutachters hat binnen 6 Monaten ab Zugang unserer in geschriebenen Form übermittelten Entscheidung über die jeweils strittige Fragestellung im Sinne des Punktes 1 unter Bekanntgabe der Forderung bzw. Auffassung und unter Vorlage eines diese Forderung/Auffassung begründenden medizinischen Gutachtens zu erfolgen. Auf dieses Recht sowie die dafür geltenden Erfordernisse und Rahmenbedingungen werden wir den Anspruchsberechtigten in seiner Entscheidung über den Anspruch und/oder die strittige Fragestellung in geschriebener Form hinweisen.
4. Als Schiedsgutachter bestellen der von uns im Anlassfall beigezogene sowie der vom Anspruchsberechtigten mit der bisherigen Fallbeurteilung beauftragte Gutachterarzt einvernehmlich einen in der österreichischen Ärzteliste eingetragenen Arzt mit ius practicandi (Recht zur Berufsausübung), welcher in die Liste der in Österreich gerichtlich zertifizierten medizinischen Sachverständigen eingetragen ist. Einigen sich die beiden Ärzte über die Person des Schiedsgutachters nicht, wird ein für die Beurteilung der strittigen Fragen zuständiger medizinischer Sachverständiger durch die Österreichische Ärztekammer als Schiedsgutachter bestellt.
5. Die Obliegenheiten gemäß Artikel 20 Punkt 2.4. bis 2.7. gelten sinngemäß für das Schiedsgutacherverfahren. Die versicherte Person trifft demnach auch die Obliegenheit, sich vom Schiedsgutachter untersuchen zu lassen.
6. Der Schiedsgutachter hat ein Gutachten zu erstatten und über die strittigen Tatsachen im Sinne des Punktes 1. zu entscheiden. Diese Entscheidung des Schiedsgutachters hat eine schriftliche Begründung zu umfassen, die sich mit den vorhandenen Gutachten auseinandersetzt.
7. Verlangen wir die Entscheidung des Schiedsgutachters, so tragen wir dessen Kosten allein. Verlangt der Anspruchsberechtigte die Entscheidung des Schiedsgutachters, haben wir dem Anspruchsberechtigten vor Aufnahme der Tätigkeit des Schiedsgutachters in geschriebener Form den Maximalbetrag der vom Anspruchsberechtigten zu tragenden Kosten mitzuteilen. Dieser Maximalbetrag ist von uns unter Bedachtnahme auf die zu erwartenden objektiv notwendigen Kosten des Schiedsgutachters zu bestimmen und darf nicht mehr als 5 % der für Tod und Invalidität zusammen versicherten Summe, höchstens jedoch 50 % des strittigen Betrages betragen. Der Schiedsgutachter wird nur dann tätig, wenn der Anspruchsberechtigte innerhalb von vier Wochen ab Erhalt der Mitteilung erklärt, mit dem ihm mitgeteilten Maximalbetrag einverstanden zu sein. Die endgültigen Kosten des Schiedsgutachters werden von ihm anhand der im Rahmen seiner Tätigkeit angefallenen objektiv notwendigen Kosten festgesetzt und sind im Verhältnis



des Obsiegens der beiden Parteien zu tragen, vom Anspruchsberechtigten jedoch maximal bis zur Höhe des ihm mitgeteilten Maximalbetrags. Bei Unverbindlichkeit der Entscheidung des Schiedsgutachters (siehe Punkt 2) trägt der Versicherer die Kosten des Schiedsgutachters.

Begrenzung des Versicherungsschutzes

In welchen Fällen zahlen wir nicht? – Artikel 17 und 18 Ausschlüsse – Artikel 17

Ausgeschlossen von der Versicherung sind Unfälle:

1. bei der Benützung von Luftfahrtgeräten und bei Fallschirmabsprüngen sowie bei der Benützung von Luftfahrzeugen, soweit sie nicht unter die Bestimmungen des Artikel 7 Pkt. 4 fallen („Was ist ein Unfall?“), sowie bei der Benützung von Militärluftfahrzeugen oder von Zivilluftfahrzeugen zu militärischen Zwecken;
2. die bei Beteiligung an motorsportlichen Wettbewerben (auch Wertungsfahrten und Rallyes) und den dazugehörigen Trainingsfahrten entstehen;
3. bei der Teilnahme an Landes-, Bundes- oder internationalen Wettbewerben auf dem Gebiet des nordischen und alpinen Schisports, des Snowboardens sowie Freestyling, Bob-, Schibob-, Skeletonfahrens oder Rodeln sowie am offiziellen Training für diese Veranstaltungen;
4. die beim Versuch oder der Begehung gerichtlich strafbarer Handlungen durch die versicherte Person eintreten, sofern sie vorsätzlich begangen wurden;
5. die unmittelbar oder mittelbar mit Kriegsereignissen jeder Art zusammenhängen. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die versicherte Person auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen wird. Dieser Versicherungsschutz erlischt am Ende des siebenten Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staates, in dem sich die versicherte Person aufhält. Die Erweiterung gilt nicht bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht. Sie gilt auch nicht für die aktive Teilnahme am Krieg oder Bürgerkrieg sowie für Unfälle durch ABC-Waffen und im Zusammenhang mit einem Krieg oder kriegsähnlichen Zustand zwischen den Ländern China, Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Japan, Russland oder USA;
6. durch innere Unruhen, wenn die versicherte Person daran auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;
7. die mittelbar oder unmittelbar
 - durch jegliche Einwirkung von Nuklearwaffen, chemischen oder biologischen Waffen,
 - durch Kernenergie
 - durch den Einfluss ionisierender Strahlen im Sinne des Strahlenschutzgesetzes (BGBl. Nr. 227/1969) in der jeweils geltenden Fassung; außer jene die durch Heilbehandlung aufgrund eines Versicherungsfalles veranlasst waren, verursacht werden
8. die die versicherte Person infolge einer wesentlichen Beeinträchtigung ihrer psychischen oder physischen Leistungsfähigkeit durch Alkohol, Suchtgifte oder Medikamente erleidet;

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

Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes – Artikel 18

1. Eine Versicherungsleistung wird von uns nur für die durch den eingetretenen Unfall hervorgerufenen Folgen (körperliche Schädigung oder Tod) erbracht.
2. Bei der Bemessung des Invaliditätsgrades wird ein Abzug in Höhe einer Vorinvalidität nur vorgenommen, wenn durch den Unfall eine körperliche oder geistige Funktion betroffen ist, die schon vorher beeinträchtigt war. Die Vorinvalidität wird nach Artikel 8 „Dauernde Invalidität“ Pkt. 2 und 3 bemessen.
3. Haben Krankheiten oder Gebrechen, bei der durch ein Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung – insbesondere solche Verletzungen, die durch krankhaft abnutzungsbedingte Einflüsse verursacht oder mitverursacht worden sind – oder deren Folgen mitgewirkt, ist im Fall einer Invalidität der Prozentsatz des Invaliditätsgrades, ansonsten die Leistung entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens, zu vermindern, wenn dieser Anteil mindestens 25% beträgt. Für Gesundheitsschädigungen, die aufgrund akuter Mangel durchblutung des Herzmuskels entstanden sind (z.B. Herzinfarkt), wird nur dann eine Leistung erbracht, wenn ein überwiegender Kausalzusammenhang mit einer unmittelbaren Verletzung der betreffenden Koronararterie besteht und diese Verletzung durch eine direkte mechanische Einwirkung von außen auf den Brustkorb verursacht worden ist. Unfälle infolge von Herzinfarkt und Schlaganfall gelten auch als mitversichert.
4. Für organisch bedingte Störungen des Nervensystems erbringen wir nur eine Leistung, wenn und soweit diese Störung auf eine durch den Unfall verursachte organische Schädigung zurückzuführen ist. Seelische Fehlhaltungen (Neurosen, Psychoneurosen) gelten nicht als Unfallfolgen.
5. Bei Bandscheibenhernien 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.

Pflichten des Versicherungsnehmers

Wann ist die Prämie zu bezahlen? – Artikel 19

Die einmalige Prämie einschließlich Gebühren und Versicherungssteuer ist von Ihnen innerhalb von 14 Tagen nach Abschluss des Versicherungsvertrages und der Aufforderung zur Prämienzahlung zu bezahlen. Für die Folgen nicht rechtzeitiger Prämienzahlung gelten die §§ 38 und 39 VersVG – Prämienzahlungsverzug.

Haben Sie noch Fragen zu diesem Versicherungsvertrag? Dann wenden Sie sich bitte an die zuständige LD der UNIQA Österreich Vers. AG, Tel. +43 (0) 50677-670.

Freundliche Grüße von Ihrem UNIQA Team



Alfred Vlcek
Landesdirektor



Mag. Jakob Schmaus
Leiter Versicherungstechnik & Services