



Denk KINDER
reifen mit
Erfahrungen.

Versicherungsprämie
im Jahr: 2 Euro!

Unfall & Umsorgt

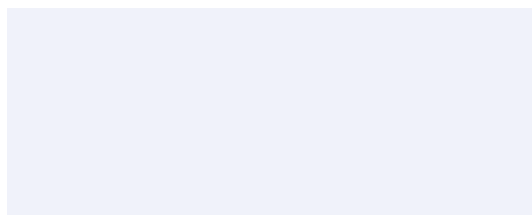
Schüler-Kollektivunfallversicherung

Ihr Kind hat viel vor – in der Schule wie auch in der Freizeit. Sport, Ausflüge, Skikurse,... bieten Ihrem Kind viel Abwechslung. Die Schattenseiten: Damit steigt das Unfallrisiko.

Mit dem Beitritt zur UNIQA Schüler-Kollektivunfallversicherung ist Ihr Kind für das gesamte Schuljahr 2020/2021 und während der darauf folgenden Sommerferien weltweit versichert. Egal ob sich ein Unfall während der Schulzeit oder der Freizeit ereignet.

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Schüler-Kollektivunfallversicherung (Schüler-AUVB 2020)

Für weitere Informationen fragen Sie Ihren persönlichen Berater.



www.uniqa.at

Leistungsübersicht Paket 1	Versicherungssummen
Dauernde Invalidität (Leistung abhängig vom Invaliditätsgrad, in % der Versicherungssumme, Maximalleistung: EUR 40.000,-)	EUR 10.000,-
Unfalltod	EUR 2.000,-
Unfallkosten	EUR 500,-
Bergungskosten	EUR 3.000,-
SOS Rückholung aus dem Ausland bei Schulreisen	mitversichert

Denk 

Diese Werbeunterlage ist eine unverbindliche Erstinformation. Sie stellt kein Angebot, keine Beratung und keine individuelle Empfehlung dar. Die wesentlichen Produktinformationen finden Sie im Produktinformationsblatt auf www.uniqa.at. Alle Produktdetails entnehmen Sie bitte Ihrem Versicherungsantrag, der Polizze und den Bedingungen. Irrtümer, Druckfehler und Änderungen vorbehalten. Stand: Mai 2020.

Medieninhaber und Herausgeber: UNIQA Österreich Versicherungen AG, Untere Donaustraße 21, 1029 Wien; Verlagsort: Wien

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 Police 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.).

Versicherungsleistungen

Was kann versichert werden? – Artikel 8 bis 13 (Die davon vereinbarten Leistungen sind der Polizze 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 %
• 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.

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 Todesfallleistung 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 Wassernot geraten ist und verletzt oder unverletzt geborgen werden muss;
- durch einen Unfall oder infolge Berg- oder Wassernot 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 Wassernot 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 geschriebener 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 Schiedsgutachterverfahren. Die versicherte Person trifft demnach auch die Obliegenheit, sich vom Schiedsgutachter untersuchen zu lassen.
6. Der Schiedsgutachter hat ein Gutachten zu erstatten und über die strittigen Tatsachen im Sinne des 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.

Was ist vor Eintritt eines Versicherungsfalles zu beachten? Was ist nach Eintritt eines Versicherungsfalles zu tun? – Artikel 20

1. **Obliegenheiten vor Eintritt des Versicherungsfalles**
Als Obliegenheit, deren Verletzung unsere Leistungsfreiheit gemäß § 6 Abs. 2 VersVG (Obliegenheitsverletzung) bewirkt, wird bestimmt, dass die versicherte Person als Lenker eines Kraftfahrzeuges die jeweils kraftfahrrechtliche Berechtigung, die zum Lenken dieses oder eines typengleichen Kraftfahrzeuges erforderlich wäre, besitzt; dies gilt auch dann, wenn dieses Fahrzeug nicht auf Straßen mit öffentlichem Verkehr gelenkt wird.
2. **Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalles**
Als Obliegenheiten, deren Verletzung unsere Leistungsfreiheit gemäß § 6 Abs. 3 VersVG (Obliegenheitsverletzung) bewirkt, werden bestimmt:
 - 2.1. Ein Unfall ist uns unverzüglich, spätestens innerhalb einer Woche, schriftlich anzuzeigen.
 - 2.2. Ein Todesfall ist uns innerhalb von 3 Tagen 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. Darüber hinaus hat der Versicherte nach Möglichkeit zur Feststellung des Sachverhaltes beizutragen.
 - 2.4. Die Unfallanzeige ist uns unverzüglich zuzusenden; außerdem sind uns 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 von uns verlangten Auskünfte

- zu erteilen und Berichte zu liefern. Ist der Unfall einem Sozialversicherer gemeldet, so ist auch dieser im vorstehenden Sinne zu ermächtigen.
- 2.6. Die mit dem Unfall befassten Behörden sind zu ermächtigen und zu veranlassen, die von uns verlangten Auskünfte zu erteilen.
 - 2.7. Wir können verlangen, dass sich die versicherte Person durch die von uns bezeichneten Ärzte untersuchen lässt.
 - 2.8. Bei der Einreichung von Unfallkosten sind uns die Originalbelege zu überlassen.

Wien, E-Mail: office@verbraucherschlichtung.at und an die Beschwerdestelle des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, Stubenring 1, 1010 Wien, E-Mail: versicherungsbeschwerde@sozialministerium.at wenden. Unabhängig davon besteht die Möglichkeit den Rechtsweg zu beschreiten.

Sonstige Vertragsbestimmungen

Allgemeine Bestimmungen, Vertragsgrundlagen – Artikel 21

Auf Ihren Versicherungsvertrag finden außer den vorliegenden Bedingungen folgende Bestimmungen Anwendung:

- Die in der Polizza getroffenen Vereinbarungen (z.B. Vertragsklausel)
- Das Versicherungsvertragsgesetz in der jeweils geltenden Fassung

Wo können Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag gerichtlich geltend gemacht werden? – Artikel 22

Die versicherten Personen können Klagen gegen UNIQA bei jenem in Österreich belegenen, sachlich zuständigem Gericht einbringen, in dessen Sprengel ihr Wohnsitz liegt.

Wie sind Erklärungen abzugeben? – Artikel 23

Für sämtliche Anzeigen und Erklärungen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person an den Versicherer ist die geschriebene Form erforderlich, sofern nicht die Schriftform ausdrücklich und mit gesonderter Erklärung vereinbart wurde. Der geschriebenen Form wird durch Zugang eines Textes in Schriftzeichen entsprochen, aus dem die Person des Erklärenden hervorgeht. Schriftform bedeutet, dass dem Erklärungsempfänger das Original der Erklärung mit eigenhändiger Unterschrift des Erklärenden zugehen muss.

Welches Recht ist anzuwenden? – Artikel 24

Es gilt österreichisches Recht.

Beschwerdestellen – Artikel 25

Ihre Beschwerden können Kunden entweder an UNIQA Österreich Versicherungen AG, Untere Donaustraße 21, 1029 Wien, oder per E-Mail an info@uniqa.at richten. Eine Beschwerde wird von uns unverzüglich der für die Bearbeitung eingesetzten Person zugewiesen. Zu jeder Beschwerde werden wir binnen zwei Wochen eine Stellungnahme abgeben.

Im Falle einer Beschwerde mit einem Datenschutzbezug kann/können sich die versicherte(n) Person(en) an den Datenschutzbeauftragten von UNIQA Österreich Versicherungen AG, E-Mail: datenschutz@uniqa.at wenden. Zusätzlich hat/haben die versicherte(n) Person(en) eine Beschwerdemöglichkeit bei der österreichischen Datenschutzbehörde: Österreichische Datenschutzbehörde, Wickenburggasse 8-10, 1080 Wien, E-Mail: dsb@dsb.gv.at.

Sie können sich aber auch an den Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs (VVO), Schwarzenberg Platz 7, 1030 Wien, E-Mail: info@vvo.at wenden.

Sollte es sich beim Vertrag um ein Verbrauchergeschäft handeln, können Sie sich auch an die Schlichtungsstelle für Verbrauchergeschäfte, Mariahilfer Straße 103/1/18, 1060