

## 3000B – ERWEITERTE BEDINGUNGEN FÜR DIE UNFALLVERSICHERUNG (EUVB 2021)

Personenbezogene Bezeichnungen in diesem Dokument beziehen sich auf alle Geschlechter in gleicher Weise.

Diese Bedingung ist nur in Verbindung mit den Allgemeinen Bedingungen für die Unfallversicherung (AUVB 2021) gültig, Verweise auf bestimmte Bestimmungen der AUVB werden mit einem entsprechenden Hinweis geführt.

### INHALTSVERZEICHNIS

#### ABSCHNITT A: VERSICHERUNGSLEISTUNGEN

- Artikel 1 Was gilt bei vereinbarter Leistung „Dauernde Invalidität“?
- Artikel 2 Was gilt bei vereinbarter Leistung „Unfallhit“ oder „Unfallhit PLUS“?
- Artikel 3 Was gilt bei vereinbarter Leistung „Unfallrente ab 50 %“?
- Artikel 4 Was gilt bei vereinbarter Leistung „Unfallrente ab 35 %“?
- Artikel 5 Was gilt bei vereinbarter Leistung „Todesfall“?
- Artikel 6 Was gilt bei vereinbarter Leistung „Taggeld“?
- Artikel 7 Was gilt bei vereinbarter Leistung „Spitalgeld“?
- Artikel 8 Was gilt bei vereinbarter Leistung „Schmerzensgeld“?
- Artikel 9 Was gilt bei vereinbarter Leistung „Erweiterte Heilkosten“?
- Artikel 10 Was gilt bei vereinbarter Leistung „Bergungs-, Rückholkosten und Hubschraubertransportkosten“?

#### ABSCHNITT B: VERSICHERTE PERSONEN

- Artikel 11 Was gilt für die Einzelunfallversicherung?
- Artikel 12 Was gilt für die Partnerunfallversicherung?
- Artikel 13 Was gilt für die Alleinerzieher- oder Familien-Unfallversicherung?

#### ABSCHNITT C: AUSSCHLÜSSE VOM VERSICHERUNGSSCHUTZ

- Artikel 14 Was ist vom Versicherungsschutz ausgeschlossen und bei welchen Sport- und Freizeitaktivitäten gilt nur eingeschränkter Versicherungsschutz?

#### ABSCHNITT A: VERSICHERUNGSLEISTUNGEN – LEISTUNGSARTEN

In diesem Abschnitt werden die versicherbaren Leistungsarten beschrieben. Welche der beschriebenen Leistungsarten in Ihrer Police vereinbart worden sind, wird auf Ihrer Versicherungspolice dokumentiert.

#### ARTIKEL 1

##### Was gilt bei vereinbarter Leistung „Dauernde Invalidität“?

1. Voraussetzungen für die Leistung:  
Die versicherte Person ist durch den Unfall auf Lebenszeit in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt. Die Invalidität ist innerhalb eines Jahrs nach dem Unfall eingetreten. Sie ist unter Vorlage eines ärztlichen Befundberichts, aus dem Art und Umfang der Gesundheitsschädigung und die Möglichkeit einer auf Lebenszeit dauernden Invalidität hervorgehen, bei sonstigem Rechtsverlust innerhalb von 18 Monaten ab dem Unfalltag gerechnet beim Versicherer schriftlich geltend gemacht worden.

Kein Anspruch auf Invaliditätsleistung besteht, wenn die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahrs nach dem Unfall stirbt. Die Invaliditätsleistung zahlt der Versicherer bei Unfällen der versicherten Person als prozentuellen Kapitalbetrag der vereinbarten Versicherungssumme unter Berücksichtigung einer allfällig vereinbarten Progression.

2. Höhe der Leistung
  - 2.1 Die Invaliditätsleistung zahlt der Versicherer als Kapitalbetrag.
  - 2.2 Bei völligem Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane gelten gemäß nachstehender verbesserter Gliedertaxe ausschließlich die folgenden Invaliditätsgrade:

– eines Arms	80 %
– einer Hand	60 %
– eines Daumens	20 %
– eines Zeigefingers	10 %
– eines anderen Finger	5 %
– eines Beins	70 %

- eines Fußes	50 %
- einer großen Zehe	5 %
- einer anderen Zehe	2 %
- der Sehkraft beider Augen	100 %
- der Sehkraft eines Auges	40 %
- sofern die Sehkraft des anderen Auges vor Eintritt des Versicherungsfalles bereits funktionslos war	65 %
- des Gehörs beider Ohren	80 %
- des Gehörs eines Ohrs	25 %
- sofern jedoch das Gehör des anderen Ohrs vor Eintritt des Versicherungsfalles funktionslos war	45 %
- des Geruchssinnes	10 %
- des Geschmackssinnes	10 %
- der Milz	10 %
- einer Niere	20 %
- sofern jedoch die zweite Niere vor Eintritt des Versicherungsfalles beeinträchtigt war oder durch den Versicherungsfall beide Nieren gleichzeitig beeinträchtigt sind	60 %
- Stimme	80 %

2.3 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. Der maßgebliche Prozentsatz des Invaliditätsgrades für eine Leistungspflicht ergibt sich erst nach Anwendung der Bestimmung über die sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes gemäß Artikel 10 der AUVB.

4. Ist die Funktion mehrerer Körperteile oder Sinnesorgane durch den Unfall beeinträchtigt, werden die nach den vorstehenden Bestimmungen ermittelten Invaliditätsgrade zusammengerechnet. Mehr als 100 % werden jedoch nicht berücksichtigt.

5. Die Versicherungsleistung wird bei Vorliegen einer dauernden Invalidität und nach Berücksichtigung der sachlichen Begrenzungen gemäß der im Vertrag vereinbarten Progressionsstaffel erbracht.

6. Leistung je vereinbarter Progression

6.1 Wird eine Progression von 400 % vereinbart, so gilt folgender Progressionsverlauf:

von %	auf %	von %	auf %	von %	auf %	von %	auf %	von %	auf %
1	1	21	21	41	57	61	101	81	221
2	2	22	22	42	59	62	107	82	227
3	3	23	23	43	61	63	113	83	233
4	4	24	24	44	63	64	119	84	239
5	5	25	25	45	65	65	125	85	245
6	6	26	27	46	67	66	131	86	251
7	7	27	29	47	69	67	137	87	257
8	8	28	31	48	71	68	143	88	263
9	9	29	33	49	73	69	149	89	269
10	10	30	35	50	75	70	155	90	400
11	11	31	37	51	77	71	161	91	400
12	12	32	39	52	79	72	167	92	400
13	13	33	41	53	81	73	173	93	400
14	14	34	43	54	83	74	179	94	400
15	15	35	45	55	85	75	185	95	400
16	16	36	47	56	87	76	191	96	400
17	17	37	49	57	89	77	197	97	400
18	18	38	51	58	91	78	203	98	400
19	19	39	53	59	93	79	209	99	400

20      20      40      55      60      95      80      215      100      400

Erläuterungen der Progressionsstaffel:

- Der 25 % übersteigende und 60 % nicht übersteigende Invaliditätsgrad wird verdoppelt.
- Der 60 % übersteigende Invaliditätsgrad wird versechsfacht.
- Ab 90 % dauernde Invalidität beträgt die Leistung 400 %.

6.2 Progression 500 %:

6.2.1 Wird eine Progression von 500 % vereinbart, so gilt folgender Progressionsverlauf:

von %	auf %	von %	auf %	von %	auf %	von %	auf %	von %	auf %
1	1	21	21	41	73	61	155	81	267
2	2	22	22	42	76	62	160	82	274
3	3	23	23	43	79	63	165	83	281
4	4	24	24	44	82	64	170	84	288
5	5	25	25	45	85	65	175	85	295
6	6	26	28	46	88	66	180	86	302
7	7	27	31	47	91	67	185	87	309
8	8	28	34	48	94	68	190	88	316
9	9	29	37	49	97	69	195	89	323
10	10	30	40	50	100	70	200	90	500
11	11	31	43	51	105	71	205	91	500
12	12	32	46	52	110	72	210	92	500
13	13	33	49	53	115	73	215	93	500
14	14	34	52	54	120	74	220	94	500
15	15	35	55	55	125	75	225	95	500
16	16	36	58	56	130	76	232	96	500
17	17	37	61	57	135	77	239	97	500
18	18	38	64	58	140	78	246	98	500
19	19	39	67	59	145	79	253	99	500
20	20	40	70	60	150	80	260	100	500

Erläuterungen der Progressionsstaffel:

- Der 25 % übersteigende und 50 % nicht übersteigende Invaliditätsgrad wird verdreifacht.
- Der 50 % übersteigende und 75 % nicht übersteigende Invaliditätsgrad wird verfünffacht.
- Der 75 % übersteigende Invaliditätsgrad wird versiebenfacht.
- Ab 90 % dauernde Invalidität beträgt die Leistung 500 %.

6.3 Progression 600 %:

Wird eine Progression von 600 % vereinbart, so gilt folgender Progressionsverlauf:

von %	auf %	von %	auf %	von %	auf %	von %	auf %	von %	auf %
1	1	21	21	41	73	61	155	81	267
2	2	22	22	42	76	62	160	82	274
3	3	23	23	43	79	63	165	83	281
4	4	24	24	44	82	64	170	84	288
5	5	25	25	45	85	65	175	85	295
6	6	26	28	46	88	66	180	86	302
7	7	27	31	47	91	67	185	87	309
8	8	28	34	48	94	68	190	88	316
9	9	29	37	49	97	69	195	89	323
10	10	30	40	50	100	70	200	90	600
11	11	31	43	51	105	71	205	91	600
12	12	32	46	52	110	72	210	92	600
13	13	33	49	53	115	73	215	93	600
14	14	34	52	54	120	74	220	94	600
15	15	35	55	55	125	75	225	95	600
16	16	36	58	56	130	76	232	96	600
17	17	37	61	57	135	77	239	97	600
18	18	38	64	58	140	78	246	98	600

19	19	39	67	59	145	79	253	99	600
20	20	40	70	60	150	80	260	100	600

Erläuterungen der Progressionsstaffel:

- Der 25 % übersteigende und 50 % nicht übersteigende Invaliditätsgrad wird verdreifacht.
- Der 50 % übersteigende und 75 % nicht übersteigende Invaliditätsgrad wird verfünffacht.
- Der 75 % übersteigende Invaliditätsgrad wird versiebenfacht.
- Ab 90 % dauernde Invalidität beträgt die Leistung 600 %.

7. Im ersten Jahr nach dem Unfall wird eine Invaliditätsleistung vom Versicherer nur erbracht, wenn Art und Umfang der Unfallfolgen aus ärztlicher Sicht eindeutig feststehen und mit hoher Wahrscheinlichkeit auszuschließen ist, dass der Versicherte innerhalb eines Jahres nach dem Unfall durch die Unfallfolgen verstirbt.
8. Steht der Grad der dauernden Invalidität nicht eindeutig fest, sind sowohl die versicherte Person als auch der Versicherer berechtigt, den Invaliditätsgrad jährlich bis vier Jahre ab dem Unfalltag ärztlich neu bemessen zu lassen.
9. Ist eine Variante mit abweichendem Leistungsbeginn vereinbart worden, beginnt die Versicherungsleistung erst ab dem angeführten Grad der dauernden Invalidität. (Beispiel: Gewählte Variante „keine Leistung bis 10 %“ bedeutet, dass erst ab einem Dauerinvaliditätsgrad von 10,01 % eine Versicherungsleistung erbracht wird).
10. Zusätzlich kann ein Turbo-Hit vereinbart werden.  
Bei Wahl des Turbo-Hit 600 wird die Leistung ab 90 % dauernde Invalidität auf 600 erhöht.  
Bei Wahl des Turbo-Hit 750 wird die Leistung ab 90 % dauernde Invalidität auf 750 erhöht.

## ARTIKEL 2

### Was gilt bei vereinbarter Leistung „Unfallhit“ oder „Unfallhit PLUS“?

1. Unfallhit:  
Führt ein Unfall zu einer dauernden Invalidität von mindestens 50 %, zahlt der Versicherer die vereinbarte Versicherungssumme gemäß der tatsächlichen dauernden Invalidität. Die Versicherungssumme der Unfallhit unterliegt nicht der Progression.
2. Unfallhit PLUS:  
Wurde der Deckungsbaustein Unfallhit PLUS gewählt, gilt:  
Führt ein Unfall zu einer dauernden Invalidität von mindestens 50 %, werden 100 % der vereinbarten Versicherungssumme bezahlt. Die Versicherungssumme der Unfallhit PLUS unterliegt nicht der Progression. Art. 1 Pkt. 6 findet diesbezüglich keine Anwendung. Sofern eine Ärztegliedertaxe vereinbart ist, kommt diese nicht zur Anwendung. Es findet ausschließlich die Gliedertaxe gemäß Art. 1 Pkt. 2.2 Anwendung.
3. Für beide Varianten gilt:  
Die Leistung erfolgt als Kapitalbetrag.

## ARTIKEL 3

### Was gilt bei vereinbarter Leistung „Unfallrente ab 50 %“?

1. Führt der Unfall zu einer dauernden Invalidität im Sinne von Art. 1 von mindestens 50 %, wird unabhängig vom Lebensalter der versicherten Person eine monatliche Unfallrente in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme bezahlt. Die gemäß Art. 1 Pkt. 6 vereinbarte Progression findet keine Anwendung.
2. Abweichend von Art. 10 Pkt. 2 und 3 der Allgemeinen Bedingungen für die Unfallversicherung (Vorerkrankung) werden Vorgebrechen, die schon vor dem Unfall bestanden haben, und die Unfallfolgen beeinflussen, unabhängig von der Anteilshöhe berücksichtigt (d. h. auch wenn der Anteil unter 25 % beträgt).
3. Die Unfallrente wird nach Fälligkeit der Leistung rückwirkend ab dem auf den Unfalltag folgenden Monatsersten geleistet.
4. Die Unfallrente wird monatlich im Voraus bis zum Ende des Monats gezahlt, in dem die versicherte Person stirbt. Stirbt die versicherte Person nach Fälligkeit der ersten Rente innerhalb von zehn Jahren, wird die Rentenzahlung jedenfalls für den auf die Dauer von zehn Jahren fehlenden Zeitraum an die bezugsberechtigte Person fortgesetzt (Rentengarantie). Diese Rentengarantie gilt nur, wenn die versicherte Person zum Unfallzeitpunkt bereits das 18. Lebensjahr vollendet hat.
5. Gewinnberechtigung  
Sobald eine Unfallrente zur Auszahlung gelangt, nimmt sie im Wege der Gewinnbeteiligung an den vom Versicherer erzielten Überschüssen teil. Die Aufteilung der Überschüsse erfolgt über Gewinn- und Abrechnungsverbände, in denen alle gleichartigen Versicherungsverträge zusammengefasst sind. Liquide Unfallrenten gehören dem Gewinnverband U an. Die Gewinnbeteiligung erhöht die laufende Rente. Der auf den vereinbarten Vertrag entfallende Gewinn wird alljährlich am 31. Dezember gutgeschrieben.

Die erstmalige Gutschrift erfolgt am 31. Dezember im ersten Kalenderjahr nach Fälligkeit der Leistung, d. h. nach der erstmaligen Rentenauszahlung.

Für die Höhe des Gewinnanteils sind die von den Unternehmensorganen des Versicherers diesbezüglich gefassten Beschlüsse maßgeblich.

Der Anspruch auf den Gewinnanteil entsteht mit der Beschlussfassung.

Zahlenangaben in Offerten oder Anträgen über die Gewinnbeteiligung sind als Beispielrechnungen zu verstehen, die auf Schätzungen beruhen. Solche Angaben sind daher unverbindlich. Der Prozentsatz der Erhöhung wird vom Versicherer im jeweiligen Geschäftsbericht veröffentlicht.

6. Bezugsberechtigung  
Sofern keine andere Vereinbarung getroffen wird, sind im Falle des Todes die Erben bezugsberechtigt.

#### ARTIKEL 4

##### Was gilt bei vereinbarter Leistung „Unfallrente ab 35 %“?

Art. 3 findet mit folgender Änderung Anwendung:

Punkt 1.1 lautet wie folgt: Führt der Unfall zu einer dauernden Invalidität im Sinne von Art. 1 von mindestens 35 % und weniger als 50 %, wird unabhängig vom Lebensalter der versicherten Person eine monatliche Unfallrente in Höhe von 50 % der vereinbarten Versicherungssumme bezahlt. Führt der Unfall zu einer dauernden Invalidität im Sinne von Art. 1 von mindestens 50 %, wird unabhängig vom Lebensalter der versicherten Person die vereinbarte monatliche Unfallrente bezahlt. Art. 1 Pkt. 6 findet keine Anwendung.

#### ARTIKEL 5

##### Was gilt bei vereinbarter Leistung „Unfalltod“?

1. Tritt innerhalb eines Jahrs vom Unfalltag an gerechnet der Tod als Folge des Unfalls ein, wird die für den Todesfall vereinbarte Summe ausbezahlt. Für Personen, die zum Zeitpunkt des unfallbedingten Ablebens das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, werden im Rahmen der Versicherungssumme nur die tatsächlich aufgewendeten Beerdigungskosten maximal bis zur Höhe des aktuell durch die FMA auf Grund der Beerdigungskostenverordnung 2016 (Stammfassung BGBl II NR. 172/2015) verordneten Betrags für Beerdigungskosten rückerstattet. Der Ersatz der Begräbniskosten wird an den Überbringer der Originalrechnungen geleistet.
2. Zusätzlich ersetzt der Versicherer auch die Kosten der Überführung des Toten zu dessen letztem Wohnort in Österreich sowie die Kosten der Bestattung bis 5 % der für den Todesfall vereinbarten Versicherungssumme, insgesamt maximal jedoch EUR 7.000,-.
3. Auf die Todesfalleistung werden nur Zahlungen, die für dauernde Invalidität aus demselben Ereignis geleistet worden sind, angerechnet. Einen Mehrbetrag an Leistung für dauernde Invalidität kann der Versicherer nicht zurückverlangen.
4. Bezugsberechtigung  
Sofern keine andere Vereinbarung getroffen wird, sind im Falle des Todes die Erben bezugsberechtigt.
5. Bei folgenden unfallbedingten schweren Verletzungen wird eine Sofortleistung in der Höhe der vereinbarten Versicherungssumme für Unfalltod, maximal jedoch EUR 30.000,- als Anrechnung für die Leistung der dauernden Invalidität erbracht:  
Querschnittslähmung nach Schädigung des Rückenmarks  
Schädel-Hirn-Verletzung mit zweifelsfrei nachgewiesener Hirnblutung  
Schwere Mehrfachverletzung/Polytrauma  
Kombination aus mindestens zwei der folgenden Verletzungen:
  - Fraktur des Beckens
  - Fraktur der Wirbelsäule
  - Gewebeerstörender Schaden von zwei inneren Organen
  - Verbrennungen III. Grades von mehr als 25 % der KörperoberflächeDas Vorliegen einer schweren Verletzung ist unter Vorlage eines ärztlichen Befundberichts nachzuweisen. Diese Sofortleistung wird nach Feststellung der dauernden Invalidität auf die Invaliditätszahlung in Abzug gebracht.  
  
Verstirbt die versicherte Person innerhalb eines Jahrs an diesen Unfallfolgen, wird diese Sofortleistung der Versicherungssumme für Unfalltod in Abzug gebracht.
6. Waisenrente in der Alleinerzieher- und Familien-Unfallversicherung  
Im Falle des Todes durch einen Unfall eines oder beider versicherten Elternteile leistet der Versicherer ab einer Versicherungssumme für Unfalltod von mindestens EUR 50.000,- zusätzlich zur vereinbarten Versicherungssumme für

den Todesfall eine Waisenrente an die mitversicherten leiblichen und adoptierten Kinder. Die monatliche Waisenrente beträgt je Kind EUR 200,-. Sterben beide versicherten Elternteile, erhält jedes Kind eine monatliche Waisenrente in Höhe von EUR 400,-. Diese Rentenleistung unterliegt keiner Wertanpassung. Diese Rentenleistung endet mit dem Todesfall des bezugsberechtigten Kindes, spätestens jedoch mit dem Monat, in dem das bezugsberechtigte Kind den 18. Geburtstag hat.

7. Witwenrente in der Partner-, Familien- und Senioren-Partner-Unfallversicherung  
Im Falle des Todes durch Unfall eines versicherten Lebenspartners (Ehepartner oder Lebensgefährte) leistet der Versicherer in der Partner-, Familien- und Senioren-Partner-Unfallversicherung zusätzlich zur vereinbarten Versicherungssumme für den Todesfall EUR 200,- monatlich maximal fünf Jahre lang ab dem Unfalltag. Diese Zusatzleistung gilt ab einer Versicherungssumme für den Todesfall von EUR 50.000,- als mitversichert. Die Leistung wird an den mitversicherten überlebenden Lebenspartner erbracht und erlischt durch Ablauf des Leistungszeitraums, frühestens jedoch mit dem Tod des Leistungsempfängers.

## ARTIKEL 6

### Was gilt bei vereinbarter Leistung „Taggeld“?

1. Taggeld wird bei dauernder oder vorübergehender unfallbedingter Invalidität für die Dauer der vollständigen Arbeitsunfähigkeit in der Erwerbstätigkeit der versicherten Person längstens 365 Tage innerhalb von vier Jahren ab dem Unfalltag gezahlt.
2. Voraussetzung für die Leistung ist, dass die versicherte Person zum Zeitpunkt des Unfalls einen sozialversicherungspflichtigen Beruf ausübt.
3. Wird die Voraussetzung gemäß Punkt 2 nicht erfüllt, bezahlt der Versicherer die halbe Taggeldleistung.
4. Als Obliegenheit, deren Verletzung die Leistungsfreiheit des Versicherers gemäß den Voraussetzungen und Begrenzungen von § 6 Abs. 2 VersVG bewirkt, wird bestimmt, dass der Verlust einer dieser Taggeldvereinbarung zu Grunde liegenden Ausübung eines sozialversicherungspflichtigen Berufs dem Versicherer innerhalb von sechs Monaten schriftlich mitzuteilen ist. Die Verpflichtung zur Prämienzahlung für diese Leistungsart entfällt mit dem Zeitpunkt, in welchem der Versicherer vom Wegfall des sozialversicherungspflichtigen Berufs Kenntnis erlangt.
5. Die Vereinbarung, dass eine Taggeldleistung erst ab einem bestimmten Tag nach dem Unfall einsetzen soll (Karenzfrist), ist in der Polizze ersichtlich. Ist ein Leistungsaufschub (Karenzfrist) in der Polizze vereinbart, dann wird das Taggeld erst nach Ablauf und unter Abzug dieser Karenzfrist erbracht.

## ARTIKEL 7

### Was gilt bei vereinbarter Leistung „Spitalgeld“?

1. Spitalgeld wird für jeden Kalendertag, an dem sich die versicherte Person wegen eines Versicherungsfalles in einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in einem Spital (siehe Pkt. 3) befindet, längstens für 365 Tage gezahlt, wenn und soweit die Heilbehandlung innerhalb von vier Jahren ab dem Unfalltag vorgenommen wird.
2. Bei einem stationären Spitalsaufenthalt im Ausland wird die vereinbarte Versicherungssumme verdoppelt. Als Ausland gilt jedes Land außerhalb Österreichs, in dem die versicherte Person keinen Wohnsitz hat.
3. 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, Werksspitäler und Krankenreviere der Exekutive.

Nicht als Spitäler gelten zum Beispiel Heil- und Pflegeanstalten für Lungenkranke, sowie für unheilbar chronisch Erkrankte, Erholungs- und Genesungsheime, Altersheime und deren Krankenabteilungen sowie Kuranstalten, ferner Heil- und Pflegeanstalten für Nerven- und Geisteskranke.

## ARTIKEL 8

### Was gilt bei vereinbarter Leistung „Schmerzensgeld“?

1. Der Versicherer erbringt nach einem medizinisch bedingten, ununterbrochenen stationären Spitalsaufenthalt von mindestens zehn Tagen innerhalb von vier Jahren ab dem Unfalltag die in der Polizze vereinbarte Leistung. Beträgt der ununterbrochene Spitalsaufenthalt – ausgenommen davon sind stationäre Aufenthalte in Rehabilitationszentren – mindestens 20 Tage, erhöht sich diese Leistung auf das Dreifache. Für ununterbrochene stationäre Aufenthalte in einem Rehabilitationszentrum von mindestens 20 Tagen, wird das einfache Schmerzensgeld geleistet. Das Schmerzensgeld wird pro Versicherungsfall nur einmal ausbezahlt.
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, Werksspitäler und Krankenreviere der Exekutive.

Nicht als Spitäler gelten zum Beispiel Heil- und Pflegeanstalten für Lungenkranke sowie für unheilbar chronisch Erkrankte, Erholungs- und Genesungsheime, Altersheime und deren Krankenabteilungen sowie Kuranstalten, ferner Heil- und Pflegeanstalten für Nerven- und Geisteskranke.

## ARTIKEL 9

### Was gilt bei vereinbarter Leistung „Erweiterte Heilkosten“?

Bis zur Höhe der hierfür vereinbarten Versicherungssumme werden vom Versicherer Heilkosten ersetzt, soweit die diesen zugrundeliegenden Heilmaßnahmen innerhalb von vier Jahren vom Unfalltag an vorgenommen werden und soweit dafür kein Ersatz von einem Sozialversicherungsträger zu leisten ist. Im Fall und im Ausmaß einer Kostenübernahme bei Bestehen einer privaten Sonderklasse-Krankenversicherung durch den Versicherer erfolgt keine Kostenteilung mit diesem Versicherer.

Diese Heilkosten sind:

1. Heilkosten, die zur Behebung der Unfallfolgen aufgewendet wurden und nach ärztlicher Verordnung notwendig waren. Dazu zählen auch die notwendigen Kosten des Verletzten-Transports zur Erstbehandlung, der erstmaligen Anschaffung künstlicher Gliedmaßen und eines – auch nur teilweisen – Zahnersatzes und/oder teilweiser Zahnsanierung, sowie anderer, nach ärztlichem Ermessen erforderlicher erstmaliger Anschaffungen. Ist bei minderjährigen Personen die Vornahme eines erstmaligen Zahnersatzes aus medizinischen Gründen nicht innerhalb von vier Jahren vom Unfalltag an gerechnet möglich, so werden anstelle der aufgewendeten Kosten maximal 70 % der tatsächlich zu erwartenden Kosten (z. B. anhand eines Heil- und Kostenplans) ersetzt.

Kosten von privaten Arztbehandlungen sind jedoch nur versichert, wenn private Behandlungen anstelle der von Sozialversicherungsträgern bzw. deren Vertragspartnern (Kassenärzte) angebotenen Behandlungen aus ärztlicher Sicht notwendig sind.

Die Kosten der Reparatur oder der Wiederbeschaffung für vor dem Unfall vorhandene künstliche Gliedmaßen, Zahnersätze oder sonstiger künstlicher Behelfe gelten unter folgenden Voraussetzungen mitversichert:

- Durch das versicherte Unfallereignis muss zusätzlich (neben der Beschädigung der vorhandenen künstlichen Gliedmaßen, Zahnersätze oder sonstiger künstlicher Behelfe) eine Körperverletzung eintreten, die unmittelbar ärztlich behandelt bzw. versorgt wird.
- Dem Versicherer muss eine schriftliche Bestätigung dieser Behandlung bzw. Versorgung (Arzt oder Krankenhaus) überbracht werden.
- Im Rahmen der auf Erstes Risiko vereinbarten Summe für erweiterte Heilkosten werden die notwendigen Reparaturkosten oder der Wiederbeschaffungswert am Tag des Unfallereignisses ersetzt.

Kosten für Bade-, Erholungsreisen und -aufenthalte sowie für Sonderklasse in Krankenanstalten (Krankenhäuser und Spitäler) werden nicht ersetzt.

Im Ausland entstandene Arzt- und Medikamentenkosten werden – unter Einrechnung der übrigen Heilkosten – bis maximal 200 % der vereinbarten Versicherungssumme ersetzt. Voraussetzung ist, dass sich der Unfall im Ausland ereignet hat.

2. Kosmetische Operationen:  
Kosten für kosmetische Operationen, die zur Behebung unfallbedingter Entstellungen notwendig sind und innerhalb von vier Jahren ab Unfalltag vorgenommen werden. Diese Kosten werden bis EUR 20.000,- ohne Anrechnung auf die vereinbarte Versicherungssumme ersetzt.  
Im Rahmen der kosmetischen Operationen erfolgt keine Leistung für einen Zahnersatz oder künstliche Gliedmaßen.
3. Kinderbegleitkosten:  
Kinderbegleitkosten, welche für Unterkunft und Verpflegung einer erwachsenen Person aufgewendet werden, wenn das versicherte Kind vor Vollendung des 18. Lebensjahres zumindest 24 Stunden stationär in einem Krankenhaus aufgenommen wird. Kinderbegleitkosten werden bis maximal 10 % der vereinbarten Versicherungssumme für erweiterte Heilkosten ohne Anrechnung auf diese ersetzt.
4. Kosten für Traditionelle Chinesische Medizin (TCM), die zur Behebung der Unfallfolgen aufgewendet werden. Diese Kosten werden bis maximal 50 % der vereinbarten Versicherungssumme für erweiterte Heilkosten auch ohne ärztliche Verordnung ersetzt.
5. Rehabilitationspauschale:  
Bis zu EUR 250,- wird eine Beihilfe für eine Rehabilitation oder Kur übernommen.

Die Rehabilitationspauschale wird nach einem versicherten Unfall bezahlt, wenn die versicherte Person innerhalb von vier Jahren ab Unfalltag wegen der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen aus medizinischen Gründen eine Rehabilitation oder Kur von mindestens 21 Tagen vollständig durchführt. Die Beihilfe wird für

jedes Unfallereignis nur einmal und ohne Anrechnung auf die vereinbarte Versicherungssumme für erweiterte Heilkosten bezahlt.

6. Nachhilfegeld:  
Nachhilfegeld ist eine Beihilfe in der Höhe von EUR 150,- für Nachhilfe. Das Nachhilfegeld wird nach einem versicherten Unfall bezahlt, wenn das versicherte Kind innerhalb von einem Jahr vom Unfalltag an gerechnet wegen der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen eine Nachhilfe benötigt und nachweislich in Anspruch nimmt. Das versicherte Kind muss sich zum Zeitpunkt des Unfalls in Schulausbildung befinden und darf das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Die Beihilfe wird für jedes Unfallereignis nur einmal und ohne Anrechnung auf die vereinbarte Versicherungssumme für erweiterte Heilkosten bezahlt.
7. Second Medical Opinion:  
7.1 Die Second Medical Opinion berechtigt im Falle eines versicherten Unfalls gemäß Artikel 6 AUVB zur Einholung einer medizinischen Zweitmeinung. Das heißt, die versicherte Person kann ihre Krankengeschichte von einem weltweit führenden medizinischen Zentrum, das auf die Beurteilung der bestmöglichen Behandlung und Therapien von unfallbedingten Verletzungen spezialisiert ist, streng vertraulich auswerten lassen.  
  
Unter medizinischer Zweitmeinung versteht man die schriftliche Stellungnahme eines Mediziners, der im Rahmen eines weltweit führenden medizinischen Zentrums praktiziert. Diese wird der versicherten Person und deren behandelnden Arzt in Bezug auf die Diagnose und das Behandlungsschema zur Verfügung gestellt.
- 7.2 Die Einholung einer medizinischen Zweitmeinung erfolgt über die MediGuide International LLC, Delaware USA Corporations. Diese ist im Leistungsfall direkt zu kontaktieren.  
  
Die aktuelle Telefonnummer von MediGuide kann jederzeit über die Serviceline der DONAU Versicherung AG erfragt werden.
- 7.3 Aus einer Liste von drei von MediGuide übermittelten Vorschlägen wählt die versicherte Person jenes medizinische Zentrum aus, von dem die medizinische Zweitmeinung eingeholt werden soll.  
  
Die weitere Zusammenarbeit erfolgt dann direkt zwischen der Firma MediGuide und dem behandelnden Arzt der versicherten Person.
- 7.4 Die schriftliche Überprüfung der ursprünglichen Diagnose sowie der vorgeschlagenen Behandlungen erfolgt innerhalb von zehn Werktagen, nachdem die Befunde bei dem gewählten medizinischen Zentrum eingelangt sind.  
  
Die Stellungnahme umfasst Empfehlungen bezüglich Behandlungsoptionen, Therapiemöglichkeiten, internationaler Pflegestandards oder neu verfügbarer und erprobter Behandlungsmethoden, die es wert sind, in Betracht gezogen zu werden.
- 7.5 Für den Fall, dass MediGuide nicht in der Lage ist, die notwendige Zusammenarbeit mit dem behandelnden Arzt oder Krankenhaus sicherzustellen, ist die versicherte Person für die Beibringung der erforderlichen medizinischen Befunde und Testergebnisse selbst verantwortlich.
- 7.6 Der Versicherer behält sich vor, die Second Medical Opinion im Falle einer Kündigung des Vertrags mit der Firma MediGuide mit einer Kündigungsfrist von drei Monaten vom Vertrag auszuschließen.
8. Nottransportkosten:  
Nottransportkosten sind die Kosten des ärztlich angeordneten Rücktransports der im Ausland verunfallten versicherten Person nach Österreich durch eine vom Versicherer bestimmte Organisation (z. B. Tyrolean Air Ambulance). Diese Organisation entscheidet in Bezug auf die Notwendigkeit der Durchführung eines Nottransports und führt diesen durch.  
Der Versicherer ersetzt die Kosten des Nottransports unabhängig von der vereinbarten Versicherungssumme für Unfallkosten und ohne Anrechnung auf diese. Der Versicherungsschutz ist nicht gegeben, wenn die versicherte Person die Kosten des Nottransports anderweitig ersetzt erhält oder wenn eine andere als die vom Versicherer bezeichnete Organisation für den Nottransport beauftragt wird.

Die sonstigen Vertragsbestandteile bleiben davon unberührt.

## ARTIKEL 10

### Was gilt bei vereinbarter Leistung „Bergungs-, Rückholkosten und Hubschraubertransportkosten“?

Der Versicherer ersetzt im Rahmen der gewählten Versicherungssumme folgende Kosten:

1. Bergungs- und Rückholkosten:  
Diese werden vom Versicherer im Rahmen der gewählten Versicherungssumme ersetzt, soweit dafür kein Ersatz von einem Sozialversicherungsträger zu leisten ist oder von einem sonstigen Leistungsträger verlangt werden kann.



- 1.1 Bergungskosten umfassen die notwendigen Kosten des Suchens nach dem Versicherten und seines Transports bis zur nächsten befahrbaren Straße nach einem Unfall oder wenn der Versicherte in Berg-, See- oder Wassernot geraten ist und verletzt oder unverletzt geborgen werden muss.
- 1.2 Rückholkosten sind die unfallbedingten Kosten des ärztlich empfohlenen bodengebundenen Verletztentransports, wenn der Versicherte außerhalb seines Wohnorts verunfallt ist, von der Unfallstelle oder dem Krankenhaus, in das der Versicherte nach dem Unfall gebracht wurde, an seinen Wohnort oder zu dem seinem Wohnort nächstgelegenen Krankenhaus.

Bei einem tödlichen Unfall werden die Kosten der Überführung des Toten zu dessen letztem Wohnort in Österreich bezahlt.

Für Hubschraubertransportkosten kommt ausschließlich Pkt. 2 zur Anwendung.

2. Hubschraubertransportkosten:  
Sämtliche nachstehend angeführten Kosten werden vom Versicherer im Rahmen der gewählten Versicherungssumme nur ersetzt, soweit dafür kein Ersatz von einem Sozialversicherungsträger zu leisten ist.

Der Versicherer ersetzt die notwendigen Hubschraubertransportkosten, die

- infolge eines Unfalls der versicherten Person bei Ausübung von Sport und Touristik (z. B. insbesondere beim Schifahren, Schitouren gehen, Wandern, Bergsteigen, Klettern, Rodeln) am Berg und deren Transport in das Tal bzw. in das nächstgelegene Krankenhaus entstehen oder
- infolge des Suchens und der Bergung einer in Berg- oder Wassernot geratenen, verletzten oder unverletzten versicherten Person sowie einer am Berg oder auf dem Wasser verunfallten versicherten Person entstehen.

Bei einem Unfall der versicherten Person ist Voraussetzung für die Kostenübernahme von Hubschraubertransporten das Vorliegen der Schwere der Verletzungen von NACA III.

Kein Versicherungsschutz besteht in diesem Zusammenhang für Unfälle bei einer entgeltlich oder beruflich ausgeübten sportlichen Betätigung, bei Verkehrsunfällen oder Berufsunfällen im Sinne des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (ASVG).

## ABSCHNITT B: VERSICHERTE PERSONEN

In diesem Abschnitt werden die versicherten Personen beschrieben. Welche der beschriebenen Personen in Ihrem Vertrag tatsächlich versichert worden sind, ist in Ihrer Police dokumentiert.

### ARTIKEL 11

#### Was gilt für die Einzelunfallversicherung?

Eine Einzelunfallversicherung kann für Kinder oder Erwachsene abgeschlossen werden. Versicherungsschutz besteht für die in der Police angeführte Person.

1. Kinderunfall:  
Eine Kinderunfallversicherung kann bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres abgeschlossen werden.

Mit der Vollendung des 18. Lebensjahres der versicherten Person wird automatisch auf den Tarif für Erwachsene umgestellt. Die Umstellung erfolgt mit der auf den Geburtstag folgenden nächsten Hauptfälligkeit.

2. Erwachsenenunfall:  
Der Versicherungsschutz erstreckt sich auch auf alle während des aufrechten Versicherungsvertrags gemeldeten neugeborenen Kinder ab dem Zeitpunkt der erfolgten Abnabelung (Durchtrennen der Nabelschnur). Die Neugeborenen sind für die ersten zwölf Lebensmonate zu 100 % mit den in der Police genannten Summen für dauernde Invalidität, maximal jedoch mit EUR 100.000,- versichert. Eine Leistung wird vom Versicherer nur für dauernde Invalidität erbracht.

Wird der Vertrag nicht spätestens zum ersten Geburtstag des Kinds auf eine Alleinerzieher- oder Familien-Unfallversicherung umgestellt, erlischt der Versicherungsschutz des Kinds mit dem ersten Geburtstag.

### ARTIKEL 12

#### Was gilt für die Partnerunfallversicherung?

1. Versicherungsschutz besteht für die versicherten Personen. Voraussetzung ist, dass Versicherungsnehmer und mitversicherter Ehepartner oder Lebensgefährte den selben Wohnsitz haben. Eine kurzfristige, berufsbedingte Abwesenheit vom gemeinsamen Wohnsitz führt nicht zum Verlust des Versicherungsschutzes.

2. Kommt es zu einer Trennung kann auf Ihr Verlangen der Vertrag jährlich zum Ende einer jeden Versicherungsperiode dahingehend geändert werden, dass ab diesem Zeitpunkt der Versicherungsschutz für die versicherten Personen in separaten Verträgen (jeweils als Erwachsenenunfall) fortgeführt wird, wobei die zukünftige Prämie dieser Verträge nach dem jeweils geltenden Tarif neu bemessen wird.
3. Der Versicherungsschutz erstreckt sich auch auf alle während des aufrechten Versicherungsvertrags gemeldeten neugeborenen Kinder ab dem Zeitpunkt der erfolgten Abnabelung (Durchtrennen der Nabelschnur). Die Neugeborenen sind für die ersten zwölf Lebensmonate zu 100 % mit den in der Polizza genannten Summen für dauernde Invalidität, maximal jedoch mit EUR 100.000,- versichert. Eine Leistung wird vom Versicherer nur für dauernde Invalidität erbracht.  
  
Wird der Vertrag nicht spätestens zum ersten Geburtstag des Kinds auf eine Alleinerzieher- oder Familien-Unfallversicherung umgestellt, erlischt der Versicherungsschutz des Kinds mit dem ersten Geburtstag.
4. Soweit nichts anderes vereinbart ist, sind im Falle des Todes die beiden versicherten Personen gegenseitig bezugsberechtigt bzw. bei gleichzeitigem Todesfall die Erben.

### ARTIKEL 13

#### Was gilt für die Alleinerzieher- oder Familien-Unfallversicherung?

1. Versicherungsschutz besteht für die versicherten Personen.
2. Für die zu Vertragsbeginn minderjährigen Personen (Kinder) bleibt der Versicherungsschutz bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres aufrecht, sofern und solange sie sich noch in Ausbildung befinden und im gemeinsamen Haushalt mit dem Versicherungsnehmer leben.  
  
Ein Wohnsitz am Studienort gilt nicht als eigener Haushalt. Die Ableistung des Präsenz- oder Zivildiensts führt nicht zum Verlust des Versicherungsschutzes. Den Nachweis über die Ausbildung (Studium, Fachhochschule, Lehre etc.) hat die versicherte Person zu erbringen.
- 2.1 Tritt nach Vollendung des 18. Lebensjahres und vor Vollendung des 25. Lebensjahres ein Versicherungsfall eines mitversicherten Kinds ein, und ist dieses bereits berufstätig, so erlischt der Versicherungsschutz. Tritt nach Vollendung des 25. Lebensjahres ein Versicherungsfall eines mitversicherten Kinds ein, so erlischt der Versicherungsschutz.
- 2.2 Außerdem ist der Versicherungsnehmer und das Versicherungsunternehmen berechtigt, den Versicherungsvertrag für die zu Vertragsbeginn minderjährigen Personen (Kinder) nach Vollendung deren 18. Lebensjahres zum Ende einer jeden Versicherungsperiode unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von einem Monat zu kündigen.
3. Der Versicherungsschutz erstreckt sich auch auf alle während der Wirksamkeit des Versicherungsschutzes neugeborenen Kinder des Versicherungsnehmers ab dem Zeitpunkt der erfolgten Abnabelung (Durchtrennen der Nabelschnur). Die Neugeborenen sind für die ersten zwölf Lebensmonate zu 100 % der in der Polizza genannten Summen für dauernde Invalidität, maximal jedoch mit EUR 100.000,- versichert. Eine Leistung wird vom Versicherer nur für dauernde Invalidität sowie (falls gewählt) für Bergungs-, Rückhol- und Hubschraubertransportkosten sowie Heilkosten und Heilkosten PLUS erbracht.
4. Für die Familien-Unfallversicherung gilt zusätzlich:
  - 4.1 Voraussetzung für den Versicherungsschutz der mitversicherten Personen (Ehepartner oder Lebensgefährtin) ist, dass der Versicherungsnehmer und sein mitversicherter Ehepartner oder Lebensgefährtin denselben Wohnsitz haben. Eine kurzfristige, berufsbedingte Abwesenheit vom gemeinsamen Wohnsitz führt nicht zum Verlust des Versicherungsschutzes.
  - 4.2 Kommt es zu einer Trennung, kann auf Verlangen des Versicherungsnehmers als auch des Versicherungsunternehmens der Vertrag jährlich zum Ende einer jeden Versicherungsperiode dahingehend geändert werden, dass ab diesem Zeitpunkt der Versicherungsschutz für die versicherten Personen in separaten Verträgen (jeweils als Erwachsenenunfall) fortgeführt wird, wobei die zukünftige Prämie dieser Verträge nach dem jeweils geltenden Tarif neu bemessen wird.
  - 4.3 Soweit nichts anderes vereinbart ist, sind im Falle des Todes die beiden versicherten Personen gegenseitig bezugsberechtigt bzw. bei gleichzeitigem Todesfall die Erben.

### ABSCHNITT C: AUSSCHLÜSSE VOM VERSICHERUNGSSCHUTZ

In diesem Abschnitt sind die Sportarten und Tätigkeiten angeführt, die vom Versicherungsschutz ausgeschlossen beziehungsweise nur eingeschränkt versichert sind.

### ARTIKEL 14

#### Was ist vom Versicherungsschutz ausgeschlossen

1. Ausgeschlossen von der Versicherung sind Unfälle sowie sonstige Leistungsfälle
  - 1.1 die die versicherte Person erleidet:

- als Luftfahrzeugführer oder Luftsportgeräteführer. Unter Luftsportgeräten wird jedes Fluggerät verstanden, bei dem die Sportausübung Hauptverwendungszweck ist.
  - als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeugs
  - bei einer ausschließlich mit Hilfe eines Luftfahrzeugs auszuübenden beruflichen Tätigkeit
  - bei Benützung von ferngesteuerten Luftfahrzeugen
  - bei Benützung von Raumfahrzeugen
  - bei einem Tandem-Paragleiterflug und Tandem-Fallschirmsprung
- 1.2 bei der Ausübung jeglicher Sportarten, wenn die versicherte Person, direkt oder indirekt aus ihrer Sportausübung ein Einkommen oder eine Aufwandsentschädigung von mehr als EUR 10.000,- netto pro Jahr erzielt oder von der österreichischen Sporthilfe gefördert wird oder dieser Sport in einem Kader des Bundes oder Landes ausgeübt wird;
- 1.3 die bei Beteiligung an motorsportlichen Wettbewerben (ungeachtet des Ziels des Wettbewerbs, wie z. B. Gleichmäßigkeit, Geschicklichkeit, Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten), Wertungsfahrten, Fahren auf Rennstrecken, Rallyes und den je dazugehörigen Trainingsfahrten entstehen; unter Teilnahme versteht man das Lenken oder das Mitfahren als Beifahrer oder Beisitzer. Versichert ist aber die Teilnahme an einem zertifizierten Fahrsicherheitstraining, das die sichere Beherrschung des Kraftfahrzeugs im Straßenverkehr zum Inhalt hat.
- 1.4 bei der Teilnahme an Landes-, Bundes- oder internationalen Wettbewerben auf dem Gebiet des nordischen und alpinen Schisports, des Snowboardens, Bob-, Skibob-, Skeletonfahrens und Rodelns sowie am Training für diese Veranstaltungen;
- 1.5 bei der Teilnahme an Sportwettbewerben auf nationaler höchster Ebene oder internationalen Sportwettbewerben sowie jeglichem Training dafür; mitversichert ist jedoch die Teilnahme an Volksläufen mit internationaler Beteiligung, wie z. B. Wien-Marathon, Radmarathon Neusiedl, Schilanglaufmarathon Saalfelden und ähnlichen Publikumsveranstaltungen.
- 1.6 die beim Versuch oder der Begehung gerichtlich strafbarer Handlungen durch die versicherte Person eintreten, für die Vorsatz ein Tatbestandsmerkmal ist;
- 1.7 durch Revolution, Rebellion, Aufruhr oder Aufstand entstehen, wenn die versicherte Person auf Seiten dieser Revolutionäre, Auführer, Aufständischen daran teilgenommen hat;
- 1.8 die unmittelbar oder mittelbar mit Kriegsereignissen (mit oder ohne Kriegserklärung) oder bewaffneten Konflikten nationaler oder internationaler Natur zusammenhängen. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die versicherte Person auf einer Reise ins Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen bzw. von diesen bewaffneten Konflikten betroffen wird. Die aktive Teilnahme an diesen Ereignissen bleibt in jedem Fall ausgeschlossen. Der Versicherungsschutz besteht für alle in der Polizza vereinbarten Leistungsarten gemeinsam bis zu einer maximalen Entschädigungsleistung von EUR 100.000,-. Überraschend ist es nicht, wenn eine Reisewarnung vom zuständigen Bundesministerium (z. B. BM für Auswärtige Angelegenheiten) bestanden hat. Dieser Versicherungsschutz erlischt am Ende des siebenten Tags nach Beginn eines Kriegs oder Bürgerkriegs auf dem Gebiet des Staats, in dem sich die versicherte Person aufhält. Diese Erweiterung gilt nicht bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg oder bewaffnete Konflikte herrschen.
- 1.9 die mittelbar oder unmittelbar
- durch jegliche Einwirkung von Nuklearwaffen, chemischen oder biologischen Waffen,
  - durch Kernenergie,
  - oder durch den Einfluss ionisierender Strahlen im Sinne der jeweils geltenden Fassung des Strahlenschutzgesetzes, außer jene, die durch Heilbehandlungen aufgrund eines Versicherungsfalles veranlasst waren, verursacht werden;
- 1.10 die die versicherte Person infolge einer wesentlichen Beeinträchtigung ihrer psychischen Leistungsfähigkeit durch Alkohol, Suchtgifte oder Medikamente oder infolge psychischer Erkrankung erleidet;
- 1.11 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 medizinisch bedingt waren.
- 1.12 bei Handlungen oder Unterlassungen, die objektiv geeignet sind, eine Selbsttötung herbeizuführen.
- 1.13 bei der Ausübung von gefährlichen oder besonders gefährlichen Sportarten und Freizeitaktivitäten, bei der die versicherte Person einer deutlich höheren Unfallgefahr oder einer höheren Verletzungsgefahr (Verletzungsfolge) unterliegt.
- Dazu zählen insbesondere sogenannte Fun- und Risikosportarten, wie zum Beispiel:
- Klettern ab Schwierigkeitsstufe V nach der internationalen UIAA-Skala
  - Eisfallklettern

- Freeclimbing: Darunter versteht man das ungesicherte Klettern am Fels im Freien.
- Begehen von Klettersteigen ab Schwierigkeitsgrad E
- Snow-Kiten
- Kiten an Land
- Bungee-Jumping
- Mountainbike-Downhill-Fahrten: Darunter versteht man das Fahren auf als Mountainbike-Downhill-Strecken gekennzeichneten Strecken, Mountainbike-Freeriden und das Fahren in Mountainbike-Bikeparks.

Mitversichert ist jedoch das Fahren in Bikeparks als Sicherheitstraining unter Aufsicht eines dafür ausgebildeten Trainers.

Zu den Anzeigepflichten bei der Ausübung von gefährlichen und besonders gefährlichen Sportarten siehe auch Artikel 13 AUVB.

1.14

bei der vereinsmäßigen Ausübung folgender Sportarten:

- Fußball in den vier höchsten nationalen Leistungsklassen (Bundesliga, 2. Liga, Regionalliga und 1. Landesliga) oder bei einem ausländischen Verein oder im Kader einer Auswahlmannschaft des Bundes
- Eishockey in den drei höchsten nationalen Leistungsklassen oder bei einem ausländischen Verein oder im Kader der Auswahlmannschaft des Bundes
- Hand-, Volley- und Basketball in den zwei höchsten nationalen Leistungsklassen oder bei einem ausländischen Verein oder im Kader der Auswahlmannschaft des Bundes
- American Football in allen nationalen Leistungsklassen oder bei einem ausländischen Verein oder im Kader der Auswahlmannschaft des Bundes

Als vereinsmäßige Ausübung wird die Ausübung der statutengemäßen Vereinstätigkeiten (Sportart) im Verein, bei Veranstaltungen des Vereins sowie außerhalb des Vereins im Auftrag des Vereins verstanden.