

Informationen und Bedingungen zu Ihrem s Alpin-Unfall-Schutz

Versicherungsbedingungen für den s Alpin-Unfall-Schutz (Fassung 10/2018)

- § 1 Gegenstand der Versicherung
- § 2 Versicherungsfall
- § 3 Örtlicher Geltungsbereich
- § 4 Zeitlicher Geltungsbereich
- § 5 Beginn des Versicherungsschutzes
- § 6 Begriff des Unfalls
- § 7 Unfallinvalidität – ab 50% dauernder Unfallinvalidität
- § 8 s Unfall-Reha-Service
- § 9 Hubschrauber-Bergungskosten
- § 10 Unfallkosten
- § 11 Zusatzleistung
- § 12 Leistungserbringung durch den Versicherer
- § 13 Fälligkeit unserer Leistung
- § 14 Entfällt
- § 15 Ausschlüsse
- § 16 Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes
- § 17 Prämie
- § 18 Obliegenheiten
- § 19 Rechtsstellung der am Vertrag beteiligten Personen
- § 20 Gerichtsstand
- § 21 Anwendbares Recht
- § 22 Erfüllungsort

Allgemeine Informationen zu Ihrem s Alpin-Unfall-Schutz (Fassung 10/2018)

Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz

Versicherungsbedingungen für den s Alpin-Unfall-Schutz

(Fassung 10/2018)

Begriffsbestimmungen

Soweit personenbezogene Bezeichnungen in diesen Versicherungsbedingungen nur in männlicher Form angeführt sind, beziehen sie sich auf Frauen und Männer in gleicher Weise.

Anspruchsberechtigter:	Der Anspruchsberechtigte ist die verunfallte versicherte Person, für die eine Leistung fällig geworden ist.
Obsorgeberechtigter:	Der Obsorgeberechtigte ist der gesetzliche Vertreter eines mitversicherten Kindes, dem auch die Verwaltung des Vermögens des mitversicherten Kindes obliegt.
Versicherer:	Der Versicherer ist die WIENER STÄDTISCHE Versicherung AG Vienna Insurance Group (im Folgenden kurz „WIENER STÄDTISCHE“). Aktiengesellschaft mit Sitz in 1010 Wien, Schottenring 30, registriert unter der FN 333376i beim Handelsgericht Wien.
Versicherte Person:	Die versicherte Person ist (sind) die Person(en), die gegen Unfälle versichert ist (sind).
Versicherungsnehmer:	Der Versicherungsnehmer ist die Person, die den Versicherungsvertrag mit dem Versicherer abschließt.
Versicherungsprämie:	Die Versicherungsprämie - auch „Prämie“ - ist das vom Versicherungsnehmer an den Versicherer zu zahlende Entgelt.

§ 1. Gegenstand der Versicherung

Wir bieten Versicherungsschutz, wenn der versicherten Person bei Ausübung einer Bergsportart in der Freizeit entweder ein Unfall zustößt und/oder die versicherte Person in Bergnot gerät. Der Versicherungsschutz gilt für Personen mit ordentlichem Wohnsitz in Österreich oder Deutschland.

Als Bergsportarten gelten Sportarten, die in gebirgigem Gelände ausgeübt werden. Das sind Bergwandern, Klettersteigbegehungen, Bergsteigen, Klettern und Bouldern (auch in Kletterparks und Indoor), Trekking, Mountainbiken, Rafting, Canyoning, Sommerrodeln, Adventure-Tätigkeiten (z.B. Flying-Fox, Monster-Roller), Skifahren, Snowboarden, Skitouren, Schneeschuhwandern, nordischer Skisport, Biathlon, Bob-, Skibob-, Skeletonfahren und Rodeln.

Als Bergnot gelten Situationen in alpinem, bergigem Gelände, welche die Gesundheit oder das Leben der versicherten Person gefährden.

§ 2. Versicherungsfall

Versicherungsfall ist der Eintritt eines Unfalls (§ 6, Begriff des Unfalls).

§ 3. Örtlicher Geltungsbereich

Die Versicherung gilt in Österreich. Für grenzüberschreitende Wander- oder Skigebiete gilt der Versicherungsschutz auch für das jeweilige Nachbarland (z.B. Italien oder Schweiz).

§ 4. Zeitlicher Geltungsbereich

Versichert sind Unfälle, die während der Wirksamkeit des Versicherungsschutzes eingetreten sind.

§ 5. Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz wird mit Bezahlung der Prämie, jedoch nicht vor dem vereinbarten Versicherungsbeginn wirksam.

§ 6. Begriff des Unfalls

- Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.
- 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. Hinsichtlich krankhaft abnutzungsbedingter Einflüsse findet insbesondere § 16 Absatz 2, Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes, Anwendung.
- Weiters gelten auch als Unfall: Erfrierungen, Ertrinken, Folgen einer Vergiftung durch Einatmen von Gasen oder Dämpfen, wenn die versicherte Person den Einwirkungen innerhalb eines Zeitabschnitts von bis zu 7 Tagen ausgesetzt war, Einnehmen von giftigen oder ätzenden Stoffen, und Folgen von Verschlucken von Gegenständen bei Kindern bis zum 12. Lebensjahr.
- Folgende Ereignisse sind im Rahmen der Leistung für Unfallinvalidität – Kapitalbetrag ab 50% dauernder Unfallinvalidität versichert: Folgen von FSME und Lyme-Borreliose nach Zeckenbiss, Folgen von Gifteinwirkung nach Tierbissen oder -stichen, Folgen von Infektionskrankheiten übertragen durch Tierbisse oder -stiche, Folgen von Kinderlähmung, Folgen von Wundstarrkrampf und

Tollwut infolge eines Unfalls. Der Versicherungsschutz besteht jedoch nur, wenn die Erkrankung frühestens 15 Tage nach Beginn, jedoch spätestens 15 Tage nach Beendigung des Versicherungsvertrags zum Ausbruch kommt. Als Krankheitsbeginn (Zeitpunkt des Versicherungsfalles) gilt der Tag, an dem erstmals ein Arzt wegen der Beschwerden konsultiert wurde, die schließlich als in Zusammenhang mit der Krankheit stehend diagnostiziert wurden.

5. Selbstmord, Selbstverstümmelung, Gesundheitsschädigungen infolge autoerotischer Handlungen sowie Krankheiten gelten nicht als Unfälle, übertragbare Krankheiten auch nicht als Unfallfolgen. Dies gilt nicht für die unter Absatz 4 angeführten Krankheiten.

§ 7. Unfallinvalidität – ab 50% dauernder Unfallinvalidität

Soweit nicht anders vereinbart ist, gilt:

1. Voraussetzungen für die Leistung:

Die versicherte Person ist durch den Unfall auf Lebenszeit in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit zu mindestens 50% beeinträchtigt.

Die Invalidität ist innerhalb eines Jahres 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 hervorgeht, bei uns geltend gemacht worden.

Ein Anspruch auf Invaliditätsleistung ist innerhalb von 3 Jahren vom Unfalltag an gerechnet geltend zu machen und unter Vorlage eines ärztlichen Befundberichts zu begründen.

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

2. Art und Höhe der Leistung:

- 2.1 Die Unfallinvaliditätsleistung in Höhe von 100.000 Euro zahlen wir als Kapitalbetrag bei Unfällen der versicherten Person.

- 2.2 Bei völligem Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane gelten ausschließlich, soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, 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%
der Sehkraft eines Auges	35%
sofern jedoch die Sehkraft des anderen Auges vor Eintritt des Versicherungsfalles bereits verloren war	65%
des Gehörs beider Ohren	100%
des Gehörs eines Ohres	15%
sofern jedoch das Gehör des anderen Ohres vor Eintritt des Versicherungsfalles bereits verloren war	85%
des Geruchssinnes	10%
des Geschmackssinnes	10%
der Stimme	30%
der Milz	10%
der Niere	20%
Wenn bereits die zweite Niere vor dem Unfall oder als Unfallfolge beeinträchtigt ist, ist § 7 Absatz 3 Unfallinvalidität, anzuwenden.	
des Magens	20%

- 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. War die Funktion von Körperteilen oder Sinnesorganen 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. Im ersten Jahr nach dem Unfall wird eine Invaliditätsleistung von uns nur erbracht, wenn Art und Umfang der Unfallfolgen aus ärztlicher Sicht eindeutig feststehen.

6. Steht der Grad der Unfallinvalidität 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.

§ 8. s Unfall-Reha-Service

Führt der Unfall zu einer voraussichtlichen Unfallinvalidität von mindestens 50%, wird von uns die Betreuung durch einen medizinisch-berufskundlichen Beratungs- und Reintegrationsdienst vermittelt.

§ 9. Hubschrauber-Bergungskosten

Soweit nicht anders vereinbart ist, gilt:

Ersetzt werden die notwendigen Kosten für den unfallbedingten Verletztentransport mit einem Rettungshubschrauber einschließlich der Kosten der Bergung und der medizinischen Behandlung der versicherten Person während des Transports. Der Kostenersatz wird erbracht, soweit nicht von einem Sozialversicherungsträger oder von einem sonstigen Leistungsträger Ersatz begehrt werden kann. Die Versicherungsleistung ist mit 15.000 Euro begrenzt. Kein Versicherungsschutz besteht bei Arbeitsunfällen im Sinne des Sozialversicherungsrechtes und bei Verkehrsunfällen der versicherten Person als Lenker eines Kraftfahrzeuges oder sonstigen Teilnehmers im Straßenverkehr.

§ 10. Unfallkosten

Soweit nicht anders vereinbart ist, gilt:

Bis zur Höhe der hierfür vereinbarten Versicherungssumme werden von uns Unfallkosten ersetzt, sofern sie innerhalb von 4 Jahren vom Unfalltag an gerechnet entstehen und soweit nicht von einem Sozialversicherungsträger Ersatz zu leisten ist oder von einem sonstigen Leistungsträger Ersatz begehrt werden kann. Für versicherte Kinder wird bei erstmaliger Anschaffung eines Zahnersatzes die 4-Jahres-Frist bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres verlängert.

Unfallkosten sind:

1. Heilkosten, die zur Behebung der Unfallfolgen (auch Wahlarzt) aufgewendet wurden und nach ärztlicher Verordnung, dem Stand der medizinischen Wissenschaft (Schulmedizin) entsprechend, notwendig waren. Hierzu zählen auch die notwendigen Kosten des Verletztentransports vom Unfallort zum nächstgelegenen Spital zur ersten medizinischen Versorgung, der erstmaligen Anschaffung künstlicher Gliedmaßen und der erstmaligen Anschaffung eines Zahnersatzes sowie anderer, nach ärztlichem Ermessen erforderlicher erstmaliger Anschaffungen.
- 1.1 Therapiekosten, die nach ärztlicher Verordnung zur Behebung der Unfallfolgen notwendig waren. Erfolgt keine Kostenbeteiligung eines Sozialversicherungsträgers oder eines sonstigen Leistungsträgers, werden 50% der ärztlich verordneten Therapiekosten ersetzt.
Nicht ersetzt werden Kosten für Bade-, Erholungsreisen und -aufenthalte, sowie Kosten für die Hin- u. Rückreise für Heil- und Therapiebehandlungen, ferner Kosten der Reparatur oder der Wiederbeschaffung eines Zahnersatzes, Folgen von Ausbeißen von Zähnen oder Teilen von Zähnen, künstlicher Gliedmaßen oder sonstiger künstlicher Behelfe, Erwerb oder Verleih von Fitnessgeräten/Therapiegeräten sowie Besuch von Fitnessstudios.
2. Kosten für kosmetische Operationen, die notwendig werden, weil durch einen Unfall die Körperoberfläche einer versicherten Person derart verunstaltet wird, dass nach Abschluss der Heilbehandlung ihr äußeres Erscheinungsbild dauernd beeinträchtigt ist. Unterzieht sich die versicherte Person zur Beseitigung dieser Folgen in Österreich einer kosmetischen Operation, übernehmen wir die dafür aufgewendeten Kosten für Arzthonorar, Medikamente und ärztlich verordnete Heilmittel sowie die Selbstbehaltskosten für die Unterbringung und Verpflegung im Spital bis zur Höhe des Zehnfachen der für Unfallkosten versicherten Summe.
3. Bergungskosten, die notwendig werden, wenn die versicherte Person
 - 3.1 einen Unfall erlitten hat oder in Berg- oder Wassersnot geraten ist und verletzt oder unverletzt geborgen werden muss;
 - 3.2 durch einen Unfall oder infolge Berg- oder Wassersnot den Tod erleidet und seine Bergung erfolgen muss.Bergungskosten sind die nachgewiesenen Kosten des Suchens nach der versicherten Person und ihres Transports bis zur nächsten befahrbaren Straße oder bis zu dem Unfallort nächstgelegenen Spital.
4. Rückholkosten, das sind die unfallbedingten, nachgewiesenen Kosten des ärztlich empfohlenen Verletztentransports, wenn die versicherte Person außerhalb ihres Wohnorts 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 gezahlt.
5. Selbstbehalts- und Begleitkosten bei Spitalsaufenthalt für jeden Kalendertag, an dem sich die versicherte Person wegen eines Versicherungsfalles in medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung befindet. Die Selbstbehalts- und Begleitkosten werden bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme für Unfallkosten übernommen. Die Begleitkosten gelten für versicherte Kinder bis zum 14. Lebensjahr. 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 z.B. 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.

§ 11. Zusatzleistung

Soweit nichts anderes vereinbart ist, gilt:

Wir übernehmen die erforderlichen Kosten, die durch Erfüllung der in § 18 Absatz 2, Obliegenheiten, bestimmten Obliegenheiten entstehen. Ausgenommen bleiben davon Kosten nach § 18 Absatz 2.3, Obliegenheiten.

§ 12. Leistungserbringung durch den Versicherer

1. Für die Erbringung von Leistungen aus dem Versicherungsvertrag können wir die Übergabe der Versicherungspolize verlangen.
2. Die Auszahlung der Leistung erfolgt an den jeweiligen Anspruchsberechtigten.
3. Die Versicherungsleistung wird nach Eintritt des Versicherungsfalles und Abschluss der Erhebungen zu Versicherungsfall und Leistungsumfang fällig.
4. Leistungen an einem im Ausland wohnhaften Anspruchs- oder Bezugsberechtigten erbringen wir, sobald uns (behördlich) nachgewiesen wird, dass wir die Zahlung ohne Gefahr der Haftung für unberichtigte Steuern vornehmen dürfen.

- Wir können verlangen, dass der Anspruchs- oder Bezugsberechtigte den erforderlichen behördlichen Nachweis vorlegt (beibringt).

§ 13. Fälligkeit unserer Leistung

- Wir sind verpflichtet, innerhalb eines Monats, bei Ansprüchen auf Leistung für Unfallinvalidität innerhalb dreier Monate, 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 und der Unfallfolgen und über den Abschluss des Heilverfahrens uns vorzulegen hat.
- 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 zweier Monate 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.
- 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.

§ 14. Entfällt

§ 15. Ausschlüsse

Soweit nichts anderes vereinbart ist, umfasst der Versicherungsschutz nicht Unfälle:

- die die versicherte Person als Luftfahrzeugführer (auch Luftsportgeräteleiter) soweit sie nach österreichischem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt, sowie als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeugs; bei einer ausschließlich mit Hilfe eines Luftfahrzeugs auszuübenden beruflichen Tätigkeit; bei der Benutzung von Raumfahrzeugen, erleidet;
Der Versicherungsschutz gilt auch für Unfälle, die die versicherte Person als Fluggast in motorischen Luftfahrzeugen erleidet.
- die bei Fahrten auf Rennstrecken, die nicht für den öffentlichen Verkehr zugelassen sind oder die bei Beteiligung an motorsportlichen Wettbewerben (auch Wertungsfahrten und Rallyes) und den dazugehörigen Trainingsfahrten entstehen;
- bei der Teilnahme an Landes-, Bundes- oder internationalen Wettbewerben auf dem Gebiet des Radsports, des Bergsports (Bergsteigen und Klettern), des nordischen und alpinen Schisports, des Snowboardens sowie Biathlon, Freestyle, Bob-, Schibob-, Skeletonfahrens oder Rodeln sowie am offiziellen Training für diese Veranstaltungen;
- die beim Bergsteigen oder Klettern ab Schwierigkeitsgrad V oder beim Freeclimbing (Klettern ohne Seilsicherung) entstehen;
- die die versicherte Person als Berufs-/Profisportler bei einer entgeltlich ausgeübten sportlichen Betätigung und dem Training dazu erleidet;
- die beim Versuch oder der Begehung gerichtlich strafbarer Handlungen durch die versicherte Person eintreten, für die Vorsatz Tatbestandsmerkmal ist;
- die unmittelbar oder mittelbar mit bewaffneten Konflikten jeder Art zusammenhängen;
- durch innere Unruhen, wenn die versicherte Person daran auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;
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;
- die die versicherte Person infolge einer Bewusstseinsstörung oder einer wesentlichen Beeinträchtigung ihrer psychischen Leistungsfähigkeit durch Alkohol, Suchtgifte oder Medikamente erleidet;
Nicht als Bewusstseinsstörung oder wesentliche Beeinträchtigung gelten:
 - Schlaganfall
 - Herzinfarkt
 - Übermüdung (Sekundenschlaf, Schlaftrunkenheit)
 - Erschrecken
 - Kreislaufkollaps
 - Medikamenteneinfluss, wenn die Einnahme gemäß den Anweisungen des Arztes erfolgt ist und eine entsprechende ärztliche Verordnung vorlag.
- 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.

§ 16. Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes

Eine Versicherungsleistung wird nur für die durch den eingetretenen Unfall hervorgerufenen Folgen (körperliche Schädigung oder Tod) erbracht.

Darüber hinausgehend gilt, soweit nichts anderes vereinbart ist:

- 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 § 7 Absatz 2 und 3, Unfallinvalidität, bemessen.
- Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch ein Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung - insbesondere solche Verletzungen, die durch krankhafte, anlagebedingte oder abnützungsbedingte Einflüsse verursacht oder mitverursacht worden sind - oder deren Folgen mitgewirkt, ist im Falle einer Invalidität der Prozentsatz des Invaliditätsgrades ansonsten die Leistung entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens zu vermindern sofern dieser Anteil mindestens 25% beträgt. Als Krankheiten oder Gebrechen gelten im Sinne der Bedingungen auch krankhafte Abnützungen.
- 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.

4. Für organisch bedingte Störungen des Nervensystems wird eine Leistung nur erbracht, wenn und soweit diese Störung auf eine durch den Unfall verursachte organische Schädigung zurückzuführen ist.
Seelische Fehlhaltungen (Neurosen, Psychoneurosen) gelten nicht als Unfallfolgen.
5. Für 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.

§ 17. Prämie

Die einmalige Prämie einschließlich Gebühren und Versicherungssteuer ist von Ihnen bei Vertragsabschluss zu bezahlen. Für die Folgen nicht rechtzeitiger Prämienzahlung gelten die §§ 38 ff VersVG, Prämienzahlungsverzug.

§ 18. Obliegenheiten

1. Obliegenheiten vor Eintritt des Versicherungsfalls:
Als Obliegenheit, deren Verletzung unsere Leistungsfreiheit gemäß § 6 Absatz 2 VersVG, Obliegenheitsverletzung, bewirkt, wird bestimmt, dass die versicherte Person als Lenker eines Kraftfahrzeugs die jeweilige kraftfahrrechtliche Berechtigung, die zum Lenken dieses oder typengleichen Kraftfahrzeugs erforderlich wäre, besitzt; dies gilt auch dann, wenn dieses Fahrzeug nicht auf Straßen mit öffentlichem Verkehr gelenkt wird.
2. Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalls:
Soweit nicht anders vereinbart ist, gilt:
Als Obliegenheiten, deren Verletzung unsere Leistungsfreiheit gemäß § 6 Absatz 3 VersVG, Obliegenheitsverletzung, bewirkt, werden bestimmt.
 - 2.1 Ein Unfall ist uns unverzüglich, spätestens innerhalb einer Woche, in geschriebener Form 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.
 - 2.4 Die Unfallanzeige ist uns unverzüglich zuzusenden; außerdem sind uns alle verlangten sachdienlichen Auskünfte wahrheitsgemäß und auf Anforderung in geschriebener Form zu erteilen.
 - 2.5 Der behandelnde Arzt oder die behandelnde Krankenanstalt sowie diejenigen Ärzte oder Krankenanstalten, von denen die versicherte Person aus anderen Anlässen behandelt oder untersucht worden ist, sind zu ermächtigen und aufzufordern, die von uns verlangten Auskünfte gemäß § 11a VersVG 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 gemäß § 11a VersVG zu erteilen.
 - 2.7 Wir können verlangen, dass sich die versicherte Person durch die von uns bezeichneten Ärzte untersuchen lässt.
 - 2.8 Für die Erstattung von Unfallkosten bzw. Hubschrauber-Bergungskosten sind uns die Originalbelege zu überlassen.

§ 19. Rechtsstellung der am Vertrag beteiligten Personen

1. Die Unfallversicherung kann gegen Unfälle, die Ihnen oder gegen Unfälle, die einem anderen zustoßen, genommen werden.
Eine Versicherung gegen Unfälle, die einem anderen zustoßen, gilt im Zweifel als für Rechnung des anderen genommen. Vorschriften der §§ 75 ff VersVG, Versicherung für fremde Rechnung, sind mit der Maßgabe anzuwenden, dass die Ausübung der Rechte aus dem Versicherungsvertrag ausschließlich Ihnen zusteht.
Wird eine Versicherung gegen Unfälle, die einem anderen zustoßen, von Ihnen für eigene Rechnung genommen, so ist zur Gültigkeit des Vertrags die schriftliche Zustimmung des anderen erforderlich. Ist der andere zur Zustimmung nicht entscheidungsfähig und steht die Vertretung in den seine Person betreffenden Angelegenheiten Ihnen zu, so können Sie den anderen bei der Erteilung der Zustimmung nicht vertreten.
2. Alle für Sie getroffenen Bestimmungen gelten sinngemäß auch für die versicherte Person und jene Personen, die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag geltend machen.
Diese Personen sind neben Ihnen für die Erfüllung der Obliegenheiten, der Schadenminderungs- und Rettungspflicht verantwortlich.

§ 20. Gerichtsstand

Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach unserem Sitz.

§ 21. Anwendbares Recht

Für diesen Vertrag gilt österreichisches Recht.

§ 22. Erfüllungsort

Erfüllungsort für die Versicherungsleistung ist der Sitz des Versicherers.

Allgemeine Informationen zu Ihrem s Alpin-Unfall-Schutz

(Fassung 10/2018)

Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz (Stand 01.08.2018)

§ 6. (1) Ist im Vertrag bestimmt, daß bei Verletzung einer Obliegenheit, die vor dem Eintritt des Versicherungsfalles dem Versicherer gegenüber zu erfüllen ist, der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei sein soll, so tritt die vereinbarte Rechtsfolge nicht ein, wenn die Verletzung als eine unverschuldete anzusehen ist. Der Versicherer kann den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen, es sei denn, dass die Verletzung als eine unverschuldete anzusehen ist. Kündigt der Versicherer innerhalb eines Monats nicht, so kann er sich auf die vereinbarte Leistungsfreiheit nicht berufen.

(1a) Bei der Verletzung einer Obliegenheit, die die dem Versicherungsvertrag zugrundeliegende Äquivalenz zwischen Risiko und Prämie aufrechterhalten soll, tritt die vereinbarte Leistungsfreiheit außerdem nur in dem Verhältnis ein, in dem die vereinbarte Prämie für das höhere Risiko tarifmäßig vorgesehenen Prämie zurückerhält. Bei der Verletzung von Obliegenheiten zu sonstigen bloßen Meldungen und Anzeigen, die keinen Einfluss auf die Beurteilung des Risikos durch den Versicherer haben, tritt Leistungsfreiheit nur ein, wenn die Obliegenheit vorsätzlich verletzt worden ist.

(2) Ist eine Obliegenheit verletzt, die vom Versicherungsnehmer zum Zweck der Verminderung der Gefahr oder der Verhütung einer Erhöhung der Gefahr dem Versicherer gegenüber - unabhängig von der Anwendbarkeit des Abs. 1a - zu erfüllen ist, so kann sich der Versicherer auf die vereinbarte Leistungsfreiheit nicht berufen, wenn die Verletzung keinen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalles oder soweit sie keinen Einfluss auf den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung gehabt hat.

(3) Ist die Leistungsfreiheit für den Fall vereinbart, dass eine Obliegenheit verletzt wird, die nach dem Eintritt des Versicherungsfalles dem Versicherer gegenüber zu erfüllen ist, so tritt die vereinbarte Rechtsfolge nicht ein, wenn die Verletzung weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruht. Wird die Obliegenheit nicht mit dem Vorsatz verletzt, die Leistungspflicht des Versicherers zu beeinflussen oder die Feststellung solcher Umstände zu beeinträchtigen, die erkennbar für die Leistungspflicht des Versicherers bedeutsam sind, so bleibt der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung weder auf die Feststellung des Versicherungsfalles noch auf die Feststellung oder den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung Einfluss gehabt hat.

(4) Eine Vereinbarung, nach welcher der Versicherer bei Verletzung einer Obliegenheit zum Rücktritt berechtigt sein soll, ist unwirksam.

(5) Der Versicherer kann aus einer fahrlässigen Verletzung einer vereinbarten Obliegenheit Rechte nur ableiten, wenn dem Versicherungsnehmer vorher die Versicherungsbedingungen oder eine andere Urkunde zugegangen sind, in der die Obliegenheit mitgeteilt wird.

§ 11a. (1) Der Versicherer darf im Zusammenhang mit Versicherungsverhältnissen, bei welchen der Gesundheitszustand des Versicherten oder eines Geschädigten erheblich ist, personenbezogene Gesundheitsdaten verwenden, soweit dies

1. zur Beurteilung, ob und zu welchen Bedingungen ein Versicherungsvertrag abgeschlossen oder geändert wird, oder
2. zur Verwaltung bestehender Versicherungsverträge oder
3. zur Beurteilung und Erfüllung von Ansprüchen aus einem Versicherungsvertrag unerlässlich ist. Das Verbot der Verwendung von Daten aus genetischen Analysen gemäß § 67 Gentechnikgesetz bleibt unberührt.

(2) Versicherer dürfen personenbezogene Gesundheitsdaten für die in Abs. 1 genannten Zwecke nur auf folgende Art ermitteln:

1. durch Befragung der Person, die versichert werden soll oder bereits versichert ist, beziehungsweise durch Befragung des Geschädigten oder
2. anhand der vom Versicherungsnehmer oder vom Geschädigten beigebrachten Unterlagen oder
3. durch Auskünfte von Dritten bei Vorliegen einer für den Einzelfall erteilten ausdrücklichen Einwilligung des Betroffenen (Art. 7 der Verordnung (EU) 2016/679 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten, zum freien Datenverkehr und zur Aufhebung der Richtlinie 95/46/EG (Datenschutz-Grundverordnung), ABl. Nr. L 119 vom 4. 5. 2016 S. 1, in der Fassung der Berichtigung ABl. Nr. L 314 vom 22. 11. 2016 S. 72) oder
4. zur Beurteilung und Erfüllung von Ansprüchen aus einem konkreten Versicherungsfall durch Auskünfte von untersuchenden oder behandelnden Ärzten, Krankenanstalten oder sonstigen Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge (Gesundheitsdienstleister) über Diagnose sowie Art und Dauer der Behandlung, sofern der Betroffene seine Einwilligung zu der Ermittlung ausdrücklich und in einer gesonderten Erklärung, die er jederzeit widerrufen kann, in geschriebener Form gegeben hat, nachdem ihn der Versicherer auf die Möglichkeit einer Einwilligung im Einzelfall (Z 3) aufmerksam machte und ihn klar und verständlich über die Folgen der Einwilligung sowie die Verweigerung der Einwilligung und über sein Widerrufsrecht im Falle der Einwilligung belehrte; solche Auskünfte dürfen erst eingeholt werden, nachdem der Betroffene von der beabsichtigten Auskunftserhebung unter Bekanntgabe der konkret nachgefragten Daten sowie des Zweckes der Datenermittlung verständigt und dabei über sein Widerspruchsrecht sowie die Folgen des Widerspruchs klar und verständlich belehrt wurde, und der Datenermittlung nicht binnen 14 Tagen (Einlangen des Widerspruchs) widersprochen hat; oder
5. durch Heranziehung sonstiger, dem Versicherer rechtmäßigerweise bekanntgewordener Daten; diese sind dem Betroffenen mitzuteilen; es steht ihm das Widerspruchsrecht gemäß Art. 21 der Verordnung (EU) 2016/679 zu.

- § 12. (1) Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Steht der Anspruch einem Dritten zu, so beginnt die Verjährung zu laufen, sobald diesem sein Recht auf die Leistung des Versicherers bekanntgeworden ist; ist dem Dritten dieses Recht nicht bekanntgeworden, so verjähren seine Ansprüche erst nach zehn Jahren.
- (2) Ist ein Anspruch des Versicherungsnehmers beim Versicherer angemeldet worden, so ist die Verjährung bis zum Einlangen einer in geschriebener Form übermittelten Entscheidung des Versicherers gehemmt, die zumindest mit der Anführung einer der Ablehnung derzeit zugrunde gelegten Tatsache und gesetzlichen oder vertraglichen Bestimmung begründet ist. Nach zehn Jahren tritt jedoch die Verjährung jedenfalls ein.
- (3) Der Versicherer ist von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Anspruch auf die Leistung nicht innerhalb eines Jahres gerichtlich geltend gemacht wird. Die Frist beginnt erst, nachdem der Versicherer dem Versicherungsnehmer gegenüber den erhobenen Anspruch in einer dem Abs. 2 entsprechenden Weise sowie unter Angabe der mit dem Ablauf der Frist verbundenen Rechtsfolge abgelehnt hat; sie ist für die Dauer der Vergleichsverhandlungen über den erhobenen Anspruch und für die Zeit, in der der Versicherungsnehmer ohne sein Verschulden an der rechtzeitigen gerichtlichen Geltendmachung des Anspruchs gehindert ist, gehemmt.
- § 38. (1) Ist die erste oder einmalige Prämie innerhalb von 14 Tagen nach dem Abschluss des Versicherungsvertrags und nach der Aufforderung zur Prämienzahlung nicht gezahlt, so ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, berechtigt, vom Vertrag zurückzutreten. Es gilt als Rücktritt, wenn der Anspruch auf die Prämie nicht innerhalb dreier Monate vom Fälligkeitstag an gerichtlich geltend gemacht wird.
- (2) Ist die erste oder einmalige Prämie zur Zeit des Eintritts des Versicherungsfalls und nach Ablauf der Frist des Abs. 1 noch nicht gezahlt, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, es sei denn, dass der Versicherungsnehmer an der rechtzeitigen Zahlung der Prämie ohne sein Verschulden verhindert war.
- (3) Die Aufforderung zur Prämienzahlung hat die im Abs. 1 und 2 vorgesehenen Rechtsfolgen nur, wenn der Versicherer den Versicherungsnehmer dabei auf diese hingewiesen hat.
- (4) Die Nichtzahlung von Zinsen oder Kosten löst die Rechtsfolgen der Abs. 1 und 2 nicht aus.
- § 39a. Ist der Versicherungsnehmer bloß mit nicht mehr als 10 v.H. der Jahresprämie, höchstens aber mit 60 Euro im Verzug, so tritt eine im § 38 oder § 39 vorgesehene Leistungsfreiheit des Versicherers nicht ein.
- § 75. (1) Bei der Versicherung für fremde Rechnung stehen die Rechte aus dem Versicherungsvertrag dem Versicherten zu. Die Übermittlung eines Versicherungsscheines kann jedoch nur der Versicherungsnehmer verlangen.
- (2) Der Versicherte kann ohne Zustimmung des Versicherungsnehmers über seine Rechte nur dann verfügen und diese Rechte nur dann gerichtlich geltend machen, wenn er im Besitz eines Versicherungsscheines ist.
- § 76. (1) Der Versicherungsnehmer kann über die dem Versicherten aus dem Versicherungsvertrag zustehenden Rechte im eigenen Namen verfügen.
- (2) Ist ein Versicherungsschein ausgestellt, so ist der Versicherungsnehmer ohne Zustimmung des Versicherten nur dann zur Annahme der Zahlung und zur Übertragung der Rechte des Versicherten befugt, wenn er im Besitz des Scheines ist.
- (3) Der Versicherer ist zur Zahlung an den Versicherungsnehmer nur verpflichtet, wenn dieser ihm gegenüber nachweist, dass der Versicherte seine Zustimmung zur Versicherung erteilt hat.
- § 77. Der Versicherungsnehmer ist nicht verpflichtet, dem Versicherten oder, falls über das Vermögen des Versicherten ein Insolvenzverfahren eröffnet ist, dem Insolvenzverwalter beziehungsweise dem Treuhänder der Gläubiger den Versicherungsschein auszuliefern, bevor er wegen der ihm gegen den Versicherten in Bezug auf die versicherte Sache zustehenden Ansprüche befriedigt ist. Er kann sich für diese Ansprüche aus der Entschädigungsforderung gegen den Versicherer und nach der Einziehung der Forderung aus der Entschädigungssumme vor dem Versicherten und dessen Gläubigern befriedigen.
- § 78. Soweit nach den Vorschriften dieses Bundesgesetzes die Kenntnis und das Verhalten des Versicherungsnehmers von rechtlicher Bedeutung ist, kommt bei der Versicherung für fremde Rechnung auch die Kenntnis und das Verhalten des Versicherten in Betracht.
- § 79. (1) Auf die Kenntnis des Versicherten kommt es nicht an, wenn der Vertrag ohne sein Wissen abgeschlossen worden ist oder eine rechtzeitige Benachrichtigung des Versicherungsnehmers nicht tunlich war.
- (2) Hat der Versicherungsnehmer den Vertrag ohne Auftrag des Versicherten abgeschlossen und beim Abschluss das Fehlen des Auftrages dem Versicherer nicht angezeigt, so braucht dieser die Einwendung, dass der Vertrag ohne Wissen des Versicherten abgeschlossen worden ist, nicht gegen sich gelten zu lassen.