

# Allgemeine Zürich Bedingungen für die Insassenunfall-Versicherung (IUB 2009)

Es gelten auch die Allgemeinen Zürich Bedingungen für die Kasko- und Insassenunfall-Versicherung (AKIB).

Versicherungsnehmer ist die Person, die den Versicherungsvertrag mit der „Versicherungsgesellschaft“ abschließt. Versicherte Person ist die Person, deren Gesundheitsschädigung infolge eines Unfalles versichert ist. Begünstigter bzw., Bezugsberechtigter ist eine Person, die von Ihnen für den Empfang der Versicherungsleistung benannt wird.

Soweit in diesen Allgemeinen Bedingungen (IUB) personenbezogene Bezeichnungen nur in männlicher Form angeführt sind, beziehen sich diese auf Frauen und Männer in gleicher Weise.

Versicherungsprämie ist das vom Versicherungsnehmer zu zahlende Entgelt.

Neben anderen Gesetzen enthält insbesondere das Versicherungsvertragsgesetz 1958 (VersVG) zahlreiche Regelungen, die für den Versicherungsvertrag maßgeblich sind. Auf einige Bestimmungen des VersVG haben wir im Bedingungstext mit Hinweis auf den betreffenden Paragraphen verwiesen; der genaue Wortlaut dieser sowie anderer der wichtigsten Vorschriften des VersVG findet sich im Anhang.

## Inhaltsverzeichnis

### Abschnitt A: Versicherungsschutz

Was ist versichert?

Art. 1: Gegenstand der Versicherung und Versicherungsform und mitversicherte Personen

Was gilt als Versicherungsfall?

Art. 2: Versicherungsfall

Wo gilt die Versicherung?

Art. 3: Örtlicher Geltungsbereich

Wann gilt die Versicherung?

Art. 4: Zeitlicher Geltungsbereich

Wann beginnt die Versicherung?

Art. 5: Prämie, Beginn des Versicherungsschutzes, vorläufige Deckung

Was ist ein Unfall?

Art. 6: Begriff des Unfalles

### Abschnitt B: Versicherungsleistungen

Was kann versichert werden?

Art. 7: Dauernde Invalidität

Art. 8: Todesfall

Art. 9: Taggeld

Art. 10: Heilkosten

Art. 11: Zusatzleistungen

Was zahlen wir zusätzlich?

Art. 12: Fälligkeit unserer Leistung

Wann sind unsere Leistungen fällig?

In welchen Fällen und nach welchen Regeln entscheidet die Ärztekommision?

Art. 13: Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten (Ärztekommision)

### Abschnitt C: Begrenzungen des Versicherungsschutzes

In welchen Fällen zahlt der Versicherer nicht?

Art. 14: Ausschlüsse

Art. 15: Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes

### Abschnitt D: Pflichten des Versicherungsnehmers

Was ist vor Eintritt eines Versicherungsfalles zu beachten?

Art. 16: Obliegenheiten

Was ist nach Eintritt eines Versicherungsfalles zu tun?

### Abschnitt E: Sonstige Vertragsbestimmungen

Was gilt als Versicherungsperiode?

Art. 17: Versicherungsperiode, Vertragsdauer

Unter welchen Voraussetzungen und wann kann der Versicherungsvertrag gekündigt werden?

Art. 18: Kündigung, Erlöschen des Vertrages

Wann erlischt der Versicherungsvertrag ohne Kündigung?

Art. 19: Rechtsstellung der am Vertrag beteiligten Personen

Wem steht die Ausübung der Rechte aus dem Versicherungsvertrag zu, wer hat die Pflichten aus dem Versicherungsvertrag zu erfüllen?

Wo können Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag gerichtlich geltend gemacht werden?

Art. 20: Anzuwendendes Recht

Wie sind Erklärungen abzugeben?

Art. 21: Form der Erklärungen

Anhang:

Rententafel

## **Abschnitt A: Versicherungsschutz**

### **Artikel 1**

#### **1. Gegenstand der Versicherung**

Die Versicherung bezieht sich auf Unfälle in ursächlichem Zusammenhang mit dem Lenken, Benutzen, Behandeln, dem Be- und Entladen sowie dem Einweisen des Kraftfahrzeuges oder Anhängers. Unfälle beim Ein- und Aussteigen sind mitversichert.

Die tatsächlich vereinbarten Versicherungsleistungen und die Versicherungssummen ergeben sich aus dem Versicherungsvertrag.

#### **2. Versicherungsform und versicherte Personen**

Die vereinbarte Versicherungssumme gilt für jeden einzelnen kraftfahrrechtlich genehmigten Platz des im Vertrag bezeichneten Fahrzeuges.

Sind im Unfallszeitpunkt mehr Personen versichert, als Plätze kraftfahrrechtlich genehmigt sind, oder mehr Plätze vorhanden als im Versicherungsantrag angegeben, wird die Versicherungsleistung für die einzelne Person entsprechend gekürzt.

Versicherte Personen sind solche, die sich mit Willen der VersicherungsnehmerInnen oder die über das Fahrzeug verfügungsbe-rechtigt sind und sich in oder auf dem Fahrzeug befinden oder im ursächlichen Zusammenhang mit ihrer Beförderung im Rahmen des Artikels 1, Punkt 1 tätig werden.

### **Artikel 2 Versicherungsfall**

Versicherungsfall ist der Eintritt eines Unfalles (siehe Art. 6, Begriff des Unfalles).

### **Artikel 3 Örtlicher Geltungsbereich**

Es gilt Artikel 3 der Allgemeinen Zürich Bedingungen für die Kasko- und Insassenunfall-Versicherung (AKIB).

### **Artikel 4 Zeitlicher Geltungsbereich**

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

### **Artikel 5 Prämie, Beginn des Versicherungsschutzes, vorläufige Deckung**

#### 1. Prämie

- 1.1. Die erste oder die einmalige Prämie ist von Ihnen gegen Aushändigung der Polizze innerhalb von 14 Tagen
  - nach Abschluss des Versicherungsvertrages (Zugang der Polizze oder einer gesonderten Antragsannahmeerklärung

und

- Aufforderung zur Prämienzahlung zu bezahlen (Einlösung der Polizze).

Die Folgeprämien sind zu den jeweils vereinbarten Fälligkeitsterminen zu entrichten

- 1.2. Prämienzahlungsverzug kann zur Leistungsfreiheit des Versicherers und weiteren Rechtsfolgen führen. Die Voraussetzungen und Begrenzungen der Leistungsfreiheit sowie sonstiger Rechtsfolgen sind gesetzlich geregelt (siehe §§ 38, 39 und 39a VersVG im Anhang)

#### 2. Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz tritt mit der Einlösung der Polizze (Pkt. 1.1.), in Kraft, jedoch nicht vor dem vereinbarten Versicherungsbeginn. Wird die Polizze erst danach ausgehändigt oder die erste oder die einmalige Prämie erst danach eingefordert, diese dann aber binnen 14 Tagen oder ohne schuldhaften Verzug gezahlt, ist der Versicherungsschutz ab dem vereinbarten Versicherungsbeginn gegeben.

#### 3. Vorläufige Deckung

Soll der Versicherungsschutz schon vor Einlösung der Polizze beginnen (vorläufige Deckung), ist die ausdrückliche Zusage der vorläufigen Deckung durch uns erforderlich.

Die vorläufige Deckung endet bei der Annahme des Antrages mit der Einlösung der Polizze (Pkt. 1.1.). Sie tritt

außer Kraft, wenn der Antrag unverändert angenommen wird und der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der ersten oder der einmaligen Prämie schuldhaft in Verzug gerät (Pkt. 1.2.). Der Versicherer ist berechtigt, die vorläufige Deckung unter Einhaltung einer Frist von 2 Wochen zu kündigen. Dem Versicherer gebührt in diesem Fall die auf die Zeit des Versicherungsschutzes entfallende anteilige Prämie.

### **Artikel 6 Begriff des Unfalles**

1. Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

Gesundheitsschädigungen, die die versicherte Person durch ein Unfallereignis bei rechtmäßiger Abwehr einer gegenwärtigen oder unmittelbar drohenden Gefährdung eigenen oder fremden Lebens, Gesundheit, Freiheit oder Eigentums erleidet, gelten jedenfalls unfreiwillig erlitten.

2. Als Unfall gelten auch folgende, unfreiwillig erlittene Ereignisse:
  - Ertrinken
  - Verbrennungen, Verbrühungen, Einwirken von Blitzschlag oder elektrischem Strom
  - Einatmen von Gasen oder Dämpfen
  - Einnehmen von giftigen oder ätzenden Stoffen, es sei denn, dass diese Einwirkungen allmählich erfolgen
  - Verrenkungen von Gliedern sowie Zerrungen und Zerreibungen von an Gliedmaßen und an der Wirbelsäule befindlichen Muskeln, Sehnen, Bändern und Kapseln sowie Meniskusverletzungen.

Hinsichtlich abnutzungsbedingter Einflüsse mit Krankheitswert findet Art. 15 Pkt. 2, Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes, Anwendung.

3. Krankheiten gelten nicht als Unfälle, übertragbare Krankheiten auch nicht als Unfallfolgen.

## Abschnitt B: Versicherungsleistungen

### Artikel 7 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 Jahres nach dem Unfall eingetreten. Sie ist unter Vorlage eines ärztlichen Befundberichtes, aus dem Art und Umfang der Gesundheitsschädigung und die Möglichkeit einer auf Lebenszeit dauernden 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 der Leistung:

Die Art der Invaliditätsleistung (Leistung als Kapitalbetrag oder in Rentenform) richtet sich nach der mit uns getroffenen Vereinbarung.

Für Unfälle, die versicherte Personen ab Vollendung des 75. Lebensjahres erleiden, wird eine Invaliditätsleistung aber ausschließlich in Form einer Rente erbracht.

Diese Rente ist nach der im Anhang beigefügten Rententafel unter Zugrundelegung des vom Versicherten am Unfalltag vollendeten Lebensjahres zu bemessen. Barwert dieser Rente ist jener Betrag, der bei Zahlung eines Kapitalbetrages zu erbringen wäre.

#### 3. Höhe der Leistung:

##### 3.1. 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	50%
sofern die Sehkraft des anderen Auges vor Eintritt des Versicherungsfalles bereits verloren war	65%
des Gehörs beider Ohren	60%
des Gehörs eines Ohres	30%
sofern jedoch das Gehör des anderen Ohres vor Eintritt des Versicherungsfalles bereits verloren war	45%
des Geruchssinnes	10%
des Geschmackssinnes	10%
des Magens	20%
der Milz	10%
der Niere	20%
der Stimme	30%
der weiblichen Brust (je Seite)	15%
des männlichen Geschlechtsorgans (Penis)	30%

Wenn die Funktion der zweiten Niere bereits vor dem Unfall auf Lebenszeit beeinträchtigt war oder durch denselben Unfall auf Lebenszeit ebenfalls beeinträchtigt wird, ist bei der Bemessung der Dauernden Invalidität hinsichtlich der Nieren ausschließlich Pkt. 3.3 anzuwenden.

- 3.2 Bei Teilverlust oder teilweiser Funktionsbeeinträchtigung der in Pkt. 3.1 angeführten Körperteile oder Sinnesorgane gilt der entsprechende Teil des jeweiligen Prozentsatzes.
- 3.3 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.
4. Waren betroffene Körperteile oder Sinnesorgane bereits vor dem Unfall auf Lebenszeit in ihrer Funktionsfähigkeit beeinträchtigt, wird der Invaliditätsgrad um die Vorinvalidität gemindert. Diese Vorinvalidität ist hinsichtlich der in Pkt. 3.1 angeführten Körperteile oder Sinnesorgane nach den im genannten Punkt angeführten Modalitäten zu bemessen, hinsichtlich anderer Körperteile oder Sinnesorgane nach Pkt. 3.3.
5. Ist die Funktion mehrerer Körperteile oder Sinnesorgane durch den Unfall beeinträchtigt, werden die nach den vorstehenden Bestimmungen ermittelten Invaliditätsgrade zusammenge-

rechnet. Mehr als 100 % werden jedoch nicht berücksichtigt.

6. Im ersten Jahr nach dem Unfall wird eine Invaliditätsleistung von uns nur erbracht, wenn Art und Umfang der Unfallfolgen aus ärztlicher Sicht eindeutig feststehen.
7. 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.
8. Stirbt der Versicherte
  - 8.1 unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall, besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung;
  - 8.2 aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach dem Unfall, ist nach dem Grad der dauernden Invalidität zu leisten, mit dem aufgrund der zuletzt erstellten ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.
  - 8.3 unfallbedingt oder aus unfallfremder Ursache später als ein Jahr nach dem Unfall, ist ebenfalls nach dem Grad der dauernden Invalidität zu leisten, mit dem aufgrund der zuletzt erstellten ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

### Artikel 8 Todesfall

1. Tritt innerhalb eines Jahres vom Unfalltag an gerechnet der Tod als Folge des Unfalles ein, wird die für den Todesfall versicherte Summe gezahlt.
2. Auf die Todesfallleistung werden nur Zahlungen, die für dauernde Invalidität aus demselben Ereignis geleistet worden sind, angerechnet. Einen Mehrbetrag an Leistung für dauernde Invalidität können wir nicht zurückverlangen.
3. Im Falle unserer Verpflichtung zur Auszahlung der für den Todesfall vereinbarten Summe werden zusätzlich zur Leistung gemäß Pkt. 1 werden die nachweislich aufgewendeten Kosten der Überführung der Leiche und der Bestattung (einschließlich Grabstelle und Grabstein) ersetzt. Der Kostenersatz ist mit 10% der für den Fall des Todes versicherten Summe begrenzt.

4. Für Personen unter 15 Jahren ist die Versicherung einer für den Todesfall zu bezahlenden Summe nicht möglich. Dessen ungeachtet werden die nachweislich aufgewendeten Kosten der Überführung der Leiche und der Bestattung (einschließlich Grabstelle und Grabstein) ersetzt.

## Artikel 9 Taggeld

Taggeld wird bei dauernder oder vorübergehender unfallbedingter Invalidität für die Dauer der dadurch verursachten vollständigen Arbeitsunfähigkeit im Beruf oder in der Beschäftigung der versicherten Person für längstens 365 Tage innerhalb von 2 Jahren ab dem Unfalltag gezahlt.

## Artikel 10 Heilkosten

Aufgewendete Heilkosten, die zur Behebung der Unfallfolgen aufgewendet wurden und nach ärztlicher Verordnung notwendig waren. Hierzu zählen auch die notwendigen Kosten des Verletztentransportes zur Erstbehandlung, die Kosten des Verletztentransportes für weitere Behandlungen durch einen Arzt oder ins Krankenhaus, sofern die versicherte Person gehunfähig ist, der erstmaligen Anschaffung künstlicher Gliedmaßen und eines Zahnersatzes sowie anderer, nach ärztlichem Ermessen erforderlicher erstmaliger Anschaffungen.

## Artikel 11 Zusatzleistungen

Wir übernehmen die erforderlichen Kosten, die durch Erfüllung der in Art. 16, Pkt. 2, Obliegenheiten, bestimmten Obliegenheiten entstehen. Ausgenommen bleiben davon Kosten nach Art. 16, Pkt. 2.1, Pkt. 2.2, Pkt. 2.4. und Pkt. 2.5.

## Artikel 12 Fälligkeit unserer Leistung

1. Wir sind verpflichtet, innerhalb eines Monats, bei Ansprüchen auf Leistung für dauernde Invalidität 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.

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 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.
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.

## Artikel 13 Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten (Ärzteliste)

1. Im Fall von Meinungsverschiedenheiten über Art und Umfang der Unfallfolgen oder darüber, in welchem Umfang die eingetretene Beeinträchtigung auf den Versicherungsfall zurückzuführen ist, ferner über die Beeinflussung der Unfallfolgen durch Krankheiten oder Gebrechen, entscheidet eine Ärztekommision.

Gemäß § 184 VersVG (siehe Anhang) ist die Entscheidung der Ärztekommision nicht verbindlich, wenn sie offenbar von der wirklichen Sachlage erheblich abweicht. In diesem Umfang kann die Entscheidung der Ärztekommision auch gerichtlich überprüft werden und erfolgt die Feststellung diesfalls durch Urteil. Letzteres gilt auch, wenn die Sachverständigen die für die Beurteilung erforderlichen Feststellungen nicht treffen können oder wollen oder sie verzögern.

2. In den nach Pkt. 1. der Ärztekommision zur Entscheidung vorbehaltenen Meinungsverschiedenheiten können Sie sowie ein allfälliger Begünstigter oder Bezugsberechtigter innerhalb von sechs Monaten nach Zugang unserer Mitteilung gemäß Art. 12, Pkt. 1. Widerspruch erheben und unter Bekanntgabe der Forderung die Entscheidung der Ärztekommision beantragen.

3. Das Recht, die Entscheidung der Ärztekommision zu beantragen, steht auch uns zu.
4. Für die Ärztekommision bestimmen Sie (bzw. im Falle, dass der Begünstigte bzw. Bezugsberechtigte die Entscheidung der Ärztekommision beantragt hat, dieser selbst) und wir je einen in der österreichischen Ärzteliste eingetragenen Arzt mit ius practicandi (Recht zur Berufsausübung). Wenn eine der beiden Parteien innerhalb zweier Wochen nach schriftlicher Aufforderung keinen Arzt benennt, wird dieser auf Antrag der anderen Partei von der österreichischen Ärztekammer bestellt. In unserer schriftlichen Aufforderung werden wir auf diese Rechtsfolge hinweisen.

Die beiden Ärzte bestellen einvernehmlich vor Beginn ihrer Tätigkeit einen weiteren in der österreichischen Ärzteliste eingetragenen Arzt mit ius practicandi als Obmann, der für den Fall, dass die Ergebnisse der Feststellungen beider Ärzte voneinander abweichen, über die strittig gebliebenen Punkte innerhalb der durch die Gutachten der beiden Ärzte gegebenen Grenzen entscheidet. Einigen sich die beiden Ärzte über die Person des Obmannes nicht, wird ein für den Versicherungsfall zuständiger medizinischer Sachverständiger durch die österreichische Ärztekammer als Obmann bestellt.

5. Die Obliegenheiten gemäß Art. 16 Pkt. 2.3 bis 2.8 gelten sinngemäß für das Verfahren vor der Ärztekommision. Die versicherte Person trifft demnach auch die Obliegenheit, sich von den Ärzten der Ärztekommision untersuchen zu lassen.
6. Die Ärztekommision hat über ihre Tätigkeit ein Protokoll zu führen; in diesem ist die Entscheidung schriftlich zu begründen. Bei Nichteinigung hat jeder Arzt seine Auffassung im Protokoll gesondert darzustellen. Ist eine Entscheidung durch den Obmann erforderlich, begründet auch er sie in einem Protokoll. Die Akten des Verfahrens werden von uns verwahrt.
7. Die Kosten der Ärztekommision werden von ihr festgesetzt und sind im Verhältnis des Obsiegens der beiden Parteien zu tragen. Der Anteil der Kosten, den der Anspruchsbe-

rechtigte zu tragen hat, ist mit 1 % der für Tod und Invalidität zusammen versicherten Summe, höchstens jedoch mit 25 % des strittigen Betrages, begrenzt.

## **Abschnitt C: Begrenzungen des Versicherungsschutzes**

### **Artikel 14 Ausschlüsse**

Der Versicherungsschutz umfasst nicht Unfälle bei Fahrten, die ohne Willen des/der über das Fahrzeug Verfügungsberechtigten vorbereitet, ausgeführt oder ausgedehnt werden.

Darüber hinaus gelten die Ausschlüsse gemäß Artikel 4 der Allgemeinen Zürich Bedingungen für die Kasko- und Insassenunfall-Versicherung (AKIB).

### **Artikel 15 Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes**

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

Darüber hinausgehend gilt:

1. Bei der Bemessung des Invaliditätsgrades wird ein Abzug in Höhe einer Vorinvalidität nur vorgenommen, wenn durch den Unfall Körperteile oder Sinnesorgane oder deren Funktionsfähigkeit betroffen sind, die schon vorher auf Lebenszeit beeinträchtigt waren (siehe dazu im Einzelnen Art. 7, Pkt. 4).
2. Haben Krankheiten, Gebrechen oder krankheitswertige Abnutzungsercheinungen, wie beispielsweise Arthrosen, bei der durch ein Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, mindert sich
  - im Falle einer Invalidität der Prozentsatz des Invaliditätsgrades
  - bei allen anderen Versicherungsleistungen die jeweilige Leistungentsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens.
3. Für Gesundheitsschädigungen, die aufgrund akuter Mangeldurchblu-

tung 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 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. Bei Bandscheibenhernien wird eine Leistung nur erbracht, wenn sie durch direkt 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.
7. Ist bei Benützung eines Kraftfahrzeuges das Anlegen eines Sicherheitsgurtes gesetzlich oder behördlich vorgeschrieben und wurde seitens des Versicherten dieser für ihn geltenden Verpflichtung im Unfallzeitpunkt nicht entsprochen, reduzieren sich sämtliche zu erbringende Versicherungsleistungen um 25%.
8. Ist bei Verwendung eines Fahrzeuges das Tragen eines Sturzhelmes gesetzlich oder behördlich vorgeschrieben und wurde seitens des Versicherten dieser für ihn geltenden Verpflichtung im Unfallzeitpunkt nicht entsprochen, reduzieren sich bei Kopf- und Halswirbelverletzungen, sämtliche für diese Verletzungen und deren Folgen zu erbringende Versicherungsleistungen um 25%.

## **Abschnitt D: Pflichten des Versicherungsnehmers**

Die Bestimmungen über die Prämienzahlungspflicht finden sich in Art. 5.

### **Artikel 16 Obliegenheiten**

Es gelten die allgemeinen Obliegenheiten des Artikels 5 der Allgemeinen Bedingungen für die Kasko- und Insassenunfall-Versicherung (AKIB).

Darüber hinaus werden als Obliegenheiten bestimmt:

1. Obliegenheiten vor Eintritt des Versicherungsfalles  
Als Obliegenheit, deren Verletzung unsere Leistungsfreiheit nach Maßgabe des § 6 Abs. 2 VersVG, bewirkt, wird vereinbart, dass die versicherte Person als Lenker eines Kraftfahrzeuges die jeweilige kraftfahrrechtliche Berechtigung, die zum Lenken dieses Kraftfahrzeuges erforderlich ist, 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 nach Maßgabe des § 6 Abs. 3 VersVG, bewirkt, werden vereinbart:
  - 2.1. Ein Unfall ist uns unverzüglich, spätestens innerhalb einer Woche, schriftlich anzuzeigen.
  - 2.2. Ein Todesfall ist uns innerhalb von 3 Tagen schriftlich anzuzeigen, und zwar auch dann, wenn der Unfall bereits gemeldet ist.
  - 2.3. Uns ist das Recht einzuräumen, die Leiche durch Ärzte obduzieren und nötigenfalls exhumieren zu lassen.
  - 2.4. 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.
  - 2.5. Uns sind alle verlangten sachdienlichen Auskünfte zu erteilen.

- 2.6. 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 gem. § 11a VersVG zu erteilen und Berichte zu liefern. Ist der Unfall einem Sozialversicherer gemeldet, so ist auch dieser im vorstehenden Sinne zu ermächtigen.
- 2.7. Die mit dem Unfall befassten Behörden sind zu ermächtigen und zu veranlassen, die von uns verlangten Auskünfte gem. § 11 a VersVG zu erteilen.
- 2.8. Wir können verlangen, dass sich die versicherte Person durch die von uns bezeichneten Ärzte untersuchen lässt.
- 2.9 Im Falle der Mitversicherung von Heilkosten sind uns die Originalbelege zu überlassen.

## **Abschnitt E: Sonstige Vertragsbestimmungen**

### **Artikel 17 Versicherungsperiode, Vertragsdauer**

1. Versicherungsperiode  
Als Versicherungsperiode gilt, wenn der Versicherungsvertrag nicht für eine kürzere Zeit abgeschlossen ist, der Zeitraum eines Jahres; dies gilt auch dann, wenn die Jahresprämie vertragsgemäß in Teilbeträgen zu entrichten ist.
2. Vertragsdauer  
Beträgt die vereinbarte Vertragsdauer mindestens ein Jahr, verlängert sich der Vertrag um jeweils ein Jahr, wenn er nicht rechtzeitig gekündigt wird. Zu Versicherungsverträgen, deren Abschluss zum Betrieb eines Unternehmens des Versicherungsnehmers gehört (Unternehmerverträge), ist der Vertrag spätestens drei Monate, zu anderen Verträgen (Verbraucherverträge) spätestens ein Monat vor Ablauf zu kündigen. Für die Erklärung der Ablaufkündigung steht die gesamte Vertragslaufzeit, unter Beachtung der zuvor bestimmten Frist von einem Monat bzw. von drei

Monaten, zur Verfügung. Zu Versicherungsverträgen ist vereinbart, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer auf die Rechtsfolge der Vertragsverlängerung bei unterlassener Kündigung frühestens vier Monate, spätestens aber drei Monate vor Ablauf der vereinbarten Laufzeit besonders hinweisen wird.

Beträgt die Vertragsdauer weniger als ein Jahr, endet der Vertrag ohne Kündigung.

### **Artikel 18 Kündigung, Erlöschen des Vertrages**

1. Kündigung nach Eintritt des Versicherungsfalles
  - 1.1. Nach Eintritt des Versicherungsfalles können wir kündigen, wenn wir den Anspruch auf die Versicherungsleistung dem Grunde nach anerkannt oder die Versicherungsleistung erbracht haben oder wenn Sie einen Anspruch auf Versicherungsleistung arglistig erhoben haben.

Die Kündigung ist innerhalb eines Monats

- nach Anerkennung dem Grunde nach;
- nach erbrachter Versicherungsleistung;
- nach Ablehnung des arglistig erhobenen Anspruches auf Versicherungsleistung von uns vorzunehmen.

Die Kündigung kann nur unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist erfolgen.

- 1.2. Nach Eintritt des Versicherungsfalles können Sie in den in 1.1. genannten Fällen kündigen, darüber hinaus auch noch wenn wir einen gerechtfertigten Anspruch auf die Versicherungsleistung ablehnen oder ihre Anerkennung verzögern. Weiters können Sie nach Entscheidung der Ärztekommision bzw. nach Rechtskraft des Urteiles im Falle eines Rechtsstreites vor Gericht kündigen.

In allen Fällen ist die Kündigung innerhalb eines Monats

- nach Anerkennung dem Grunde nach;
- nach erbrachter Versicherungsleistung;

- nach Ablehnung des arglistig erhobenen Anspruches auf Versicherungsleistung;
- nach Ablehnung des gerechtfertigten Anspruches auf die Versicherungsleistung;
- nach Fälligkeit der Versicherungsleistung bei Verzögerung der Anerkennung (Art. 13, Fälligkeit unserer Leistung und Verjährung);
- nach Zustellung der Entscheidung der Ärztekommision (Art. 16, Ärztekommision);
- nach Rechtskraft des Urteiles im Falle eines Rechtsstreites vor Gericht;

von Ihnen vorzunehmen.

Die Kündigung kann mit sofortiger Wirkung oder zum Ende der laufenden Versicherungsperiode erfolgen.

- 1.3. Uns steht die bis zur Vertragsauflösung anteilige Prämie zu.
2. Erlischt der Vertrag, weil die versicherte Person gestorben ist, so steht uns die bis zur Vertragsauflösung anteilige Prämie zu.

### **Artikel 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. Die Vorschriften der §§ 75 ff VersVG, Versicherung für fremde Rechnung, sind mit der Maßgabe anzuwenden, dass die Ausübung der Rechte aus dem Versicherungsvertrag und die Verfügung darüber ausschließlich Ihnen zusteht.

Wird eine Versicherung gegen Unfälle, die einem anderen zustoßen, von Ihnen für eigene Rechnung genommen, so ist zur Gültigkeit des Vertrages die schriftliche Zustimmung des anderen erforderlich. Ist der andere geschäftsunfähig oder in der Geschäftsfähigkeit beschränkt 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 geltenden Bestimmungen gelten sinngemäß auch für die versicherte Person und jene Personen, die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag geltend machen.

Insbesondere sind diese Personen neben Ihnen für die Erfüllung der Obliegenheiten verantwortlich.

### Artikel 20 Anzuwendendes Recht

Für diesen Vertrag gilt österreichisches Recht

### Artikel 21 Form der Erklärungen

Alle Ihre Erklärungen und Mitteilungen sind gültig, wenn sie schriftlich erfolgen und uns zugegangen sind.

## Rententafel in EUR

auf Grund der österreichischen Sterbetafel OEM 2000/02 und eines Zinsfußes von jährlich 3 % (Art. 5, Pkt.4).

Jahresbetrag der monatlich im voraus zahlbaren **Lebenslöhnen** <sup>1)</sup> Rente für eine kapitalmäßige Berechnungsgrundlage von EUR 100,00.

Alter <sup>2)</sup>	Jahresrente										
0	3,37	20	3,73	40	4,58	60	6,92	80	16,29	100	62,50
1	3,36	21	3,76	41	4,64	61	7,13	81	17,30	101	66,41
2	3,38	22	3,78	42	4,72	62	7,35	82	18,39	102	70,47
3	3,39	23	3,81	43	4,79	63	7,59	83	19,56	103	74,67
4	3,40	24	3,84	44	4,87	64	7,85	84	20,82	104	79,02
5	3,42	25	3,87	45	4,95	65	8,12	85	22,18	105	83,53
6	3,44	26	3,90	46	5,04	66	8,42	86	23,66	106	88,25
7	3,45	27	3,94	47	5,13	67	8,73	87	25,29	107	93,27
8	3,47	28	3,97	48	5,23	68	9,07	88	27,09	108	98,91
9	3,49	29	4,01	49	5,33	69	9,44	89	29,07	109	106,36
10	3,51	30	4,05	50	5,44	70	9,83	90	31,25	110	121,00
11	3,53	31	4,09	51	5,55	71	10,26	91	33,64	111	184,62
12	3,55	32	4,14	52	5,67	72	10,72	92	36,22		
13	3,57	33	4,18	53	5,80	73	11,23	93	38,98		
14	3,59	34	4,23	54	5,93	74	11,77	94	41,91		
15	3,61	35	4,28	55	6,07	75	12,37	95	44,98		
16	3,63	36	4,33	56	6,22	76	13,02	96	48,21		
17	3,66	37	4,39	57	6,38	77	13,73	97	51,57		
18	3,68	38	4,45	58	6,54	78	14,51	98	55,08		
19	3,71	39	4,51	59	6,73	79	15,36	99	58,72		

<sup>1)</sup> Bei zeitlich begrenzten Renten ist die Höhe der auf eine Versicherungssumme von EUR 100,00 entfallenden Jahresrente aus denselben Rechnungsgrundlagen zu erstellen.

<sup>2)</sup> Für die Berechnung der Rente ist das Alter des Rentners an seinem dem Beginn des Rentenbezuges nächstgelegenen Geburtstage maßgebend.