

Besondere Vertragsbeilage Nr. 414952**Allgemeine Bedingungen für die KFZ-Insassenunfallversicherung
(AVIUB 2007)**

Inhalt	Seite
Artikel 1 Welche Versicherungsarten sind möglich? Für wen gilt die Versicherung?	3
Artikel 2 Was ist versichert? (Umfang der Versicherung).....	3
Artikel 3 Was gilt als Versicherungsfall?	4
Artikel 4 Wo gilt die Versicherung? (Örtlicher Geltungsbereich)	4
Artikel 5 Was gilt als Versicherungsperiode, wann ist die Prämie zu bezahlen, wann beginnt der Versicherungsschutz im Allgemeinen und was versteht man unter einer vorläufigen Deckung?	4
Artikel 6 Welche Leistung erbringt der Versicherer?	5
Artikel 7 Was ist nicht versichert? (Risikoausschlüsse)	8
Artikel 8 Was ist vor bzw. nach Eintritt des Versicherungsfalles zu beachten? (Obliegenheiten).....	9
Artikel 9 Wann wird die Versicherungsleistung nur eingeschränkt erbracht? (Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes).....	10
Artikel 10 Innerhalb welcher Frist muss der Versicherer die Leistungspflicht anerkennen oder ablehnen? (Erklärung über die Versicherungsleistung).10	
Artikel 11 Wann und unter welchen Voraussetzungen wird die Versicherungsleistung ausbezahlt? (Fälligkeit der Versicherungsleistung).....	10
Artikel 12 Aus welchen Gründen kann die Ärztekommision angerufen werden? Welchen Regeln unterliegt dieses Verfahren?	11
Artikel 13 Wie lange läuft der Versicherungsvertrag? Wer kann nach Eintritt des Schadenfalles kündigen? Was gilt bei Wegfall des versicherten Risikos? Was gilt bei Veräußerung des Fahrzeuges?	12
Artikel 14 Wann können Versicherungsansprüche abgetreten oder verpfändet werden?	13
Artikel 15 Wo und mit welcher Frist können Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag geltend gemacht werden? (Gerichtsstand / Klagefrist)	13

Artikel 16 Welche Rechte und Pflichten haben die (mit)versicherten Personen?	13
Artikel 17 In welcher Form sind Erklärungen abzugeben?	13
Artikel 18 Welches Recht ist anzuwenden?	14
Anlage	14
Rententafel	14

Artikel 1 Welche Versicherungsarten sind möglich? Für wen gilt die Versicherung?

1. Die Versicherung kann abgeschlossen werden

1.1. nach dem Pauschalsystem: Die vereinbarte Pauschalversicherungssumme gilt für das im Vertrag bezeichnete Fahrzeug.
Die auf die einzelne versicherte Person entfallende Versicherungssumme errechnet sich aus der Teilung der Pauschalversicherungssumme durch die Anzahl der im Unfallszeitpunkt versicherten Personen.

Die auf die einzelne versicherte Person entfallende Versicherungssumme erhöht sich um 100%, wenn zum Unfallszeitpunkt zwei, um 150%, wenn drei oder mehr Personen versichert sind.

1.2. nach dem Platzsystem: 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 Versicherungsvertrag angegeben, wird die Versicherungsleistung für die einzelne Person entsprechend gekürzt.

2. Versicherte Personen sind solche, die sich mit Willen des Versicherungsnehmers oder des über das Fahrzeug Verfügungsberechtigten in oder auf dem Fahrzeug befinden oder im ursächlichen Zusammenhang mit ihrer Beförderung im Rahmen des Artikel 2 Punkt 1 tätig werden.

Artikel 2 Was ist versichert? (Umfang der Versicherung)

1. Gegenstand der Versicherung: Die Versicherung bezieht sich auf Unfälle in ursächlichem Zusammenhang mit dem Lenken, dem Einweisen des Kraftfahrzeuges oder Anhängers. Unfälle beim Ein- und Aussteigen sind mitversichert. Für minderjährige Kinder des Versicherungsnehmers und dessen Ehe- oder Lebenspartners bezieht sich die Versicherung auch auf Unfälle bei der Benützung von Verkehrsmitteln des öffentlichen Personenverkehrs zu Lande.

2. Unfallbegriff:

2.1. Als Unfall im Sinne des Vertrages gilt jedes vom Willen des Versicherten unabhängige Ereignis, das plötzlich von außen mechanisch oder chemisch auf seinen Körper einwirkt und eine körperliche Schädigung oder den Tod nach sich zieht.

2.2. Als Unfälle gelten auch folgende vom Willen des Versicherten unabhängige Ereignisse:

2.2.1. Ertrinken;

2.2.2. Verrenkungen an Gelenken sowie Zerrungen und Zerreißen von an Gliedmaßen und der Wirbelsäule befindlichen Muskeln, Sehnen, Bändern und Kapseln infolge plötzlicher ungewohnter Kraftanstrengung;

- 2.2.3. Tod oder körperliche Schädigung durch Verbrennungen, Blitzschlag oder elektrischen Strom;
- 2.2.4. Wundinfektionen infolge einer Unfallverletzung;
- 2.2.5. Einatmen von Gasen oder Dämpfen.

Artikel 3 Was gilt als Versicherungsfall?

Versicherungsfall ist das von der Versicherung umfasste Schadenereignis.

Artikel 4 Wo gilt die Versicherung? (Örtlicher Geltungsbereich)

1. Der Versicherungsschutz erstreckt sich - soweit nichts anderes vereinbart ist auf Europa im geografischen Sinn, jedenfalls aber auf das Gebiet jener Staaten, die das Übereinkommen zwischen den nationalen Versicherungsbüros der Mitgliedsstaaten des Europäischen Wirtschaftsraums und anderen assoziierten Staaten vom 30. Mai 2002, Abl. Nr. L 192 vom 31. Juli 2003, S. 23 unterzeichnet haben (siehe Anlage).
2. Bei Transport des Fahrzeuges zu Wasser wird der Versicherungsschutz nicht unterbrochen, wenn die Verladeorte innerhalb des örtlichen Geltungsbereiches liegen. Sofern der Bestimmungsort außerhalb des örtlichen Geltungsbereiches liegt, endet der Versicherungsschutz mit Beendigung des Beladevorganges.

Artikel 5 Was gilt als Versicherungsperiode, wann ist die Prämie zu bezahlen, wann beginnt der Versicherungsschutz im Allgemeinen und was versteht man unter einer vorläufigen Deckung?

1. Als Versicherungsperiode gilt, wenn der Versicherungsvertrag nicht für kürzere Zeit abgeschlossen ist, der Zeitraum eines Jahres, und zwar auch dann, wenn die Jahresprämie vertragsgemäß in Teilbeträgen zu entrichten ist.
2. Die erste oder die einmalige Prämie einschließlich Gebühren und Versicherungssteuer ist vom Versicherungsnehmer gegen Aushändigung der Polizza und Aufforderung zur Prämienzahlung zu zahlen (Einlösung der Polizza). Die Folgeprämien einschließlich Gebühren und Versicherungssteuer sind zum vereinbarten, in der Polizza angeführten Hauptfälligkeitstermin, bei vereinbarter Teilzahlung zu den jeweils vereinbarten Fälligkeitsterminen zu entrichten.
3. Zahlungsverzug kann zur Leistungsfreiheit des Versicherers führen. Die Voraussetzungen und Begrenzungen der Leistungsfreiheit sind gesetzlich geregelt (siehe §§ 38, 39 und 39a VersVG).
4. Der Versicherungsschutz tritt grundsätzlich mit der Einlösung der Polizza (Punkt 2) in Kraft, jedoch nicht vor dem vereinbarten Versicherungsbeginn. Wird die Polizza erst danach ausgehändigt, dann aber die Prämie binnen 14 Tagen oder danach ohne schuldhaften Verzug gezahlt, ist der Versicherungsschutz ab dem vereinbarten Versicherungsbeginn gegeben.

5. Soll der Versicherungsschutz schon vor Einlösung der Polizze beginnen (vorläufige Deckung), ist die ausdrückliche Zusage der vorläufigen Deckung durch den Versicherer erforderlich.
- Die vorläufige Deckung endet bei Annahme des Antrages mit der Einlösung der Polizze. 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 (Punkt 3).
- Der Versicherer ist berechtigt, die vorläufige Deckung mit der Frist von zwei Wochen zu kündigen. Dem Versicherer gebührt in diesem Fall die auf die Zeit des Versicherungsschutzes entfallende anteilige Prämie.

Artikel 6 Welche Leistung erbringt der Versicherer?

Die Versicherung kann genommen werden für

- den Todesfall (Punkt 1)
- dauernde Invalidität (Punkt 2)
- Taggeld (Punkt 3)
- Heilkosten (Punkt 4).

1. Todesfall:

1.1. Tritt innerhalb eines Jahres vom Unfall an gerechnet der Tod als Folge des Unfalles ein, wird die für den Todesfall versicherte Summe gezahlt.

Hat der Versicherungsnehmer eine KFZ-Haftpflichtversicherung mit einer Deckungssumme von EUR 15 Mio. und eine Helvetia Card KFZ bestehen, gilt folgendes vereinbart:

- a) Der Versicherungsnehmer hat außerhalb Österreichs, aber sonst innerhalb Europas im geografischen Sinn (siehe Artikel 4) auch als Lenker oder Insasse eines nicht auf ihn zugelassenen PKW / Kombi (gilt auch für Mietwagen oder Taxi) Versicherungsschutz.
- b) Wenn sich der Unfall mit dem im Vertrag bezeichneten Fahrzeug außerhalb Österreichs ereignet, aber sonst innerhalb Europas im geografischen Sinn (siehe Artikel 4), wird die Versicherungsleistung verdoppelt.

1.2. 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.

1.3. Personen unter 15 Jahren werden innerhalb der Versicherungssumme nur die aufgewendeten angemessenen Begräbniskosten ersetzt.

Bei einer Versicherung nach Pauschalsystem wird der auf andere Personen entfallende Teilbetrag aus der versicherten Todesfallssumme um den durch diese Begrenzung freiwerdenden Betrag verhältnismäßig erhöht.

2. Dauernde Invalidität:

2.1. Ergibt sich innerhalb eines Jahres vom Unfalltag an gerechnet, dass eine dauernde Invalidität zurückbleibt, wird aus der hiefür versicherten Summe der dem Grade der Invalidität entsprechende Betrag gezahlt.

Hat der Versicherungsnehmer eine KFZ-Haftpflichtversicherung mit einer Deckungssumme von EUR 15 Mio. und ein Helvetia Card KFZ bestehen, gilt folgendes vereinbart:

- a) Der Versicherungsnehmer hat außerhalb Österreichs, aber sonst innerhalb Europas im geografischen Sinn (siehe Artikel 4) auch als Lenker oder Insasse eines nicht auf ihn zugelassenen PKW / Kombi (gilt auch für Mietwagen oder Taxi) Versicherungsschutz.
- b) Wenn sich der Unfall mit dem im Vertrag bezeichneten Fahrzeug außerhalb Österreichs ereignet, aber sonst innerhalb Europas im geografischen Sinn (siehe Artikel 4), wird die Versicherungsleistung verdoppelt.

2.2. Der Versicherer ist berechtigt, den Grad der Invalidität, soweit er nicht nach den Punkten 2.3 und 2.4 eindeutig feststeht, bis längstens 4 Jahre vom Unfalltag an jährlich neu feststellen zu lassen; nach 2 Jahren vom Unfalltag an muss diese Feststellung durch ein Gutachten der Ärztekommision (Artikel 12) erfolgen, dessen Kosten der Versicherer trägt.

Stirbt der Versicherte, ohne dass der Tod eine Leistung des Versicherers gemäß Punkt 1.1 bewirkt vor endgültiger Feststellung der Leistung richtet sich deren Höhe nach dem zuletzt festgestellten Grad der Invalidität.

2.3. Unter Ausschluss des Nachweises einer höheren oder geringeren Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit gelten folgende Invaliditätsgrade:

bei völligem Verlust oder völliger Gebrauchsunfähigkeit	
eines Armes ab Schultergelenk	70 %
eines Armes bis oberhalb des Ellenbogengelenkes	65 %
eines Armes unterhalb des Ellenbogengelenkes oder einer Hand	60 %
eines Daumens	20 %
eines Zeigefingers	10 %
eines anderen Fingers.....	5 %
eines Beines bis über die Mitte des Oberschenkels	70 %
eines Beines bis zur Mitte des Oberschenkels	60 %
eines Beines bis zur Mitte des Unterschenkels oder eines Fußes	50 %
einer großen Zehe	5 %
einer anderen Zehe	2 %
bei völligem Verlust der Sehkraft beider Augen	100 %
bei völligem Verlust der Sehkraft eines Auges.....	30 %
sofern jedoch die Sehkraft des anderen Auges vor Eintritt	
des Versicherungsfalles bereits verloren war	60 %
bei völligem Verlust des Gehörs beider Ohren	60 %
bei völligem Verlust des Gehörs eines Ohres	15 %
sofern jedoch das Gehör des anderen Ohres vor Eintritt	
des Versicherungsfalles bereits verloren war.....	30 %
bei völligem Verlust des Geruchssinnes.....	10 %
bei völligem Verlust des Geschmackssinnes	5 %

- 2.3.1. Bei teilweisem Verlust oder teilweiser Gebrauchsunfähigkeit der vorgenannten Glieder oder Sinnesorgane werden die vorstehenden Sätze entsprechend herabgesetzt.
 - 2.3.2. Bei Verlust oder Gebrauchsunfähigkeit von mehreren der vorgenannten Glieder oder Sinnesorgane bzw. bei Hinzukommen eines nach Punkt 2.4 festgestellten Invaliditätsgrades werden die sich ergebenden Prozentsätze zusammengerechnet, wobei jedoch nie mehr als 100 % insgesamt geleistet werden.
 - 2.4. Soweit sich der Invaliditätsgrad nach Punkt 2.3 nicht bestimmen lässt, wird bei seiner Bemessung in Betracht gezogen, inwieweit der Versicherte imstande ist, Erwerb durch einen Beruf (Beschäftigung) zu erzielen, der seinen Kräften und Fähigkeiten entspricht und ihm unter billiger Berücksichtigung seines zum Zeitpunkt des Unfalles ausgeübten Berufes zugemutet werden kann.
 - 2.5. Hat der Versicherte am Unfalltag bereits das 70. Lebensjahr vollendet oder besteht die dauernde Invalidität in einer Nervenerkrankung oder Geisteskrankheit, tritt anstelle der Kapitalzahlung eine nach der beigedruckten Rententafel unter Zugrundelegung des vom Versicherten am Unfalltag vollendeten Lebensjahres zu bemessende Rente.
Barwert dieser Rente ist jener Betrag, der bei Kapitalzahlung zu erbringen wäre. Die Rentenleistung beginnt gemäß Artikel 11 Punkt 1 und erfolgt jeweils für einen Kalendermonat im Voraus. Sie endet mit Ende des Kalendermonates, in dem der Versicherte gestorben ist.
3. Taggeld:
- 3.1. Führt ein Versicherungsfall zu einer Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit, so wird für die Dauer der ärztlichen Behandlung das versicherte Taggeld gezahlt. Das Taggeld wird nach dem Grad der Beeinträchtigung abgestuft. Die Bemessung des Beeinträchtigungsgrades richtet sich nach der Berufsunfähigkeit oder Beschäftigung des Versicherten.
 - 3.2. Das Taggeld wird innerhalb von zwei Jahren ab dem Unfalltag für höchstens 365 Tage gezahlt.
4. Heilkosten:
- 4.1. Aufgewendete Heilkosten, die innerhalb zweier Jahre nach dem Unfall zur Behebung seiner Folgen nach ärztlicher Verordnung notwendig waren, werden bis zu der hierfür vorgesehenen Versicherungssumme für jeden Versicherungsfall ersetzt; hiezu zählen auch die Kosten des Krankentransportes, des Aufenthaltes und der Verpflegung in einer Heilanstalt, der erstmaligen Anschaffung künstlicher Gliedmaßen und eines Zahnersatzes sowie anderer, nach ärztlichem Ermessen erforderlichen erstmaligen Anschaffung.
 - 4.2. Kosten für Bade- und Erholungsreisen und -aufenthalte, ferner der Reparatur oder Wiederbeschaffung eines Zahnersatzes, künstlicher Gliedmaßen oder sonstiger künstlicher Behelfe werden nicht ersetzt.
 - 4.3. Insoweit Heilkosten von einem Sozial- und / oder Privatversicherer (z. B. aus einer Krankenversicherung) geleistet werden, erfolgt aus dieser Unfallversicherung kein Ersatz. Der Leistungsanspruch ist im Rahmen der Versicherungssumme jedenfalls mit dem Betrag begrenzt, der tatsächlich für Heilkosten aufgewendet worden ist.

5. Zusatzleistungen:

- 5.1. Rücktransportkosten: Wenn die Versicherung für Tod und / oder dauernde Invalidität genommen ist, übernimmt der Versicherer die Kosten des Rücktransportes verunfallter Personen aus dem europäischen Ausland zum Wohnsitz in Österreich, wenn der versicherten Person infolge des Unfalles eine Heimreise mit dem Fahrzeug nicht möglich ist. Handelt es sich bei dem von einem Unfall betroffenen Versicherten um den Fahrzeuglenker, werden auch die Kosten der Rückreise der übrigen Fahrzeuginsassen zum Wohnsitz in Österreich übernommen. Im Falle eines tödlichen Unfalles werden vom Versicherer auch die Kosten der Überführung des Toten zu dessen letztem Wohnsitz in Österreich getragen. Die vorstehenden Leistungen sind für alle Insassen zusammen mit 5 % der für Todesfall und dauernde Invalidität versicherten Summen, höchstens mit EUR 3.634,- begrenzt.
- 5.2. Sonstige Leistungen: Der Versicherer übernimmt die erforderlichen Kosten, die durch Erfüllung der in Artikel 8 Punkt 3.3 bis 3.6 bestimmten Obliegenheiten entstehen.

Artikel 7 Was ist nicht versichert? (Risikoausschlüsse)

Es besteht kein Versicherungsschutz für Schadensereignisse,

1. die bei der Vorbereitung oder Begehung gerichtlich strafbarer Handlungen durch den Versicherungsnehmer eintreten, für die Vorsatz Tatbestandsmerkmal ist;
2. die bei der Verwendung des Kraftfahrzeuges bei einer kraftfahrtsportlichen Veranstaltung, bei der es auf die Erzielung einer Höchstgeschwindigkeit ankommt, oder ihren Trainingsfahrten, entstehen;
1. die mit Aufruhr, inneren Unruhen, Kriegseignissen, Verfügungen von hoher Hand und Erdbeben unmittelbar oder mittelbar zusammenhängen;
4. die durch den Einfluss ionisierender Strahlen im Sinne des Strahlenschutzgesetzes vom 8. Juni 1969, BGBl. Nr. 227 / 69, in der jeweils geltenden Fassung entstehen.
5. bei Fahrten, die ohne Willen des über das Fahrzeug Verfügungsberechtigten vorbereitet, ausgeführt oder ausgedehnt werden;
6. die der Versicherte infolge eines ihn treffenden Herzinfarktes oder Schlaganfalles oder einer ihn treffenden Geistes- oder Bewusstseinsstörung (auch durch Alkohol- oder Suchtgifteinfluss) erleidet; ein Herzinfarkt gilt in keinem Fall als Unfallsfolge;
7. als Unfallsfolgen (auch Verschlimmerungen): Bandscheibenhernien und Bauch- oder Unterleibsbrüche jeder Art, Wasserbrüche und Unterschenkelgeschwüre. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn der Versicherte beweist, dass die Bandscheibenhernien durch direkte mechanische oder chemische Einwirkung auf die Wirbelsäule aufgetreten sind, und dass es sich dabei nicht um eine Verschlimmerung schon vor dem Unfall bestehender Krankheitserscheinungen handelt.

Dies gilt auch für die angeführten Brüche und Unterschenkelgeschwüre, sofern der Versicherte beweist, dass sie durch eine von außen kommende mechanische oder chemische Einwirkung direkt herbeigeführt worden sind und nicht anlagebedingt waren.

Artikel 8 Was ist vor bzw. nach Eintritt des Versicherungsfalles zu beachten? (Obliegenheiten)

1. Als Obliegenheiten, deren Verletzung im Zeitpunkt des Versicherungsfalles die Freiheit des Versicherers von der Verpflichtung zur Leistung bewirkt (§ 6 Abs. 1 a VersVG), wird die Verpflichtung bestimmt, Vereinbarungen über die Verwendung des Fahrzeuges einzuhalten.
2. Als Obliegenheiten, die zum Zweck der Verminderung der Gefahr oder der Verhütung einer Erhöhung der Gefahr dem Versicherer gegenüber zu erfüllen sind und deren Verletzung im Zeitpunkt des Versicherungsfalles die Freiheit des Versicherers von der Verpflichtung zur Leistung bewirkt (§ 6 Abs. 2 VersVG), werden bestimmt,
 - 2.1. dass der Lenker in jedem Fall die kraftfahrrechtliche Berechtigung besitzt, die für das Lenken des Fahrzeuges auf Straßen mit öffentlichem Verkehr vorgeschrieben ist; dies gilt auch dann, wenn das Fahrzeug nicht auf Straßen mit öffentlichem Verkehr gelenkt wird;
 - 2.2. dass sich der Lenker nicht in einem durch Alkohol oder Suchtgifft beeinträchtigten Zustand im Sinn der Straßenverkehrsvorschriften befindet;
 - 2.3. mit dem Fahrzeug Personen nur unter Einhaltung der betreffenden kraftfahrrechtlichen Vorschriften zu befördern.

Die Verpflichtung zur Leistung bleibt in den Fällen der Punkte 2.1 und 2.2 gegenüber dem Versicherungsnehmer und anderen (mit)versicherten Personen bestehen, sofern für diese die Obliegenheitsverletzung ohne Verschulden nicht erkennbar war.

3. Als Obliegenheitsverletzung, deren Verletzung nach Eintritt des Versicherungsfalles die Freiheit des Versicherers von der Verpflichtung zur Leistung bewirkt (§ 6 Abs.3 VersVG) werden bestimmt:
 - 3.1. dem Versicherer längstens innerhalb einer Woche ab Kenntnis
 - den Versicherungsfall unter möglichst genauer Angabe des Sachverhaltes sowie
 - die Einleitung eines damit im Zusammenhang stehenden verwaltungsbehördlichen oder gerichtlichen Verfahrens schriftlich mitzuteilen;
 - 3.2. nach Möglichkeit zur Feststellung des Sachverhaltes beizutragen;
 - 3.3. die behandelnden sowie diejenigen Ärzte, von denen der Unfallgeschädigte aus anderen Anlässen behandelt oder untersucht worden ist, zu ermächtigen und zu veranlassen, die vom Versicherer geforderten Berichte zu liefern;
 - 3.4. dass sich der Unfallgeschädigte auf Verlangen des Versicherers von den von diesem bezeichneten Ärzten sowie der Ärztekommision (Artikel 12) untersuchen lässt; im Fall aufgeschobener Feststellung des Grades der Invalidität (Artikel 6, Punkt 2.2) braucht diesem Verlangen nur von sechs zu sechs Monaten entsprochen werden;
 - 3.5. dass ein Todesfall dem Versicherer binnen drei Tagen anzuzeigen ist, und zwar auch dann, wenn der Unfall bereits angemeldet ist;
 - 3.6. dem Versicherer das Recht einzuräumen, die Leiche durch Ärzte zu besichtigen, nötigenfalls exhumieren und auch öffnen zu lassen.

Artikel 9 Wann wird die Versicherungsleistung nur eingeschränkt erbracht? (Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes)

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

1. Haben bei den Unfallsfolgen Krankheiten oder Gebrechen mitgewirkt, die schon vor dem Unfall bestanden haben, ist die Leistung entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens zu kürzen, sofern dieser Anteil mindestens 25 % beträgt.
2. Bei Blutungen aus inneren Organen und bei Gehirnblutungen wird eine Leistung nur erbracht, wenn für diese Schäden die Ursache ein Versicherungsfall, nicht aber eine innere Erkrankung oder ein Gebrechen, gewesen ist.
3. Wenn vor Eintritt des Unfalles der Versicherte schon durch Krankheit oder Gebrechen in seiner Arbeitsfähigkeit dauernd behindert war oder Körperteile oder Sinnesorgane ganz oder teilweise verloren oder gebrauchsunfähig gewesen sind, wird von der nach dem Unfall vorhandenen Gesamtinvalidität ein Abzug gemacht, der schon vorher vorhandenen gewesenen Invalidität entspricht. Für diese Bemessung werden die Grundsätze unter Artikel 6, Punkt 2.3 und 2.4 mit der Maßgabe angewendet, dass gegebenenfalls auch ein höherer Grad der Gesamtinvalidität als 100 % anzunehmen ist, sofern der Unfall Körperteile oder Sinnesorgane betrifft, die nicht schon vor diesem Unfall beschädigt waren.
4. Für die Folgen psychischer und nervöser Störungen, die im Anschluss an einen Unfall eintreten, wird eine Entschädigung nur geleistet, wenn und soweit diese Störung auf eine durch den Unfall verursachte organische Erkrankung des Nervensystems oder eine durch den Unfall neu entstandene Epilepsie zurückzuführen sind.

Artikel 10 Innerhalb welcher Frist muss der Versicherer die Leistungspflicht anerkennen oder ablehnen? (Erklärung über die Versicherungsleistung)

Der Versicherer ist verpflichtet, bei Ansprüchen auf Heilkosten, Taggeld oder Todesfallleistung innerhalb eines Monats, bei Ansprüchen auf Leistung für dauernde Invalidität innerhalb dreier Monate zu erklären, ob und inwieweit er eine Leistungspflicht anerkennt. Die Fristen beginnen mit dem Eingang der Unterlagen, die der Anspruchserhebende zur Feststellung des Unfallsherganges und der Unfallsfolgen und über den Abschluss des Heilverfahrens beizubringen hat.

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

Artikel 11 Wann und unter welchen Voraussetzungen wird die Versicherungsleistung ausbezahlt? (Fälligkeit der Versicherungsleistung)

1. Steht die Leistungspflicht des Versicherers dem Grunde und der Höhe nach fest, ist die Leistung nach zwei Wochen fällig.

2. Steht die Leistungspflicht dem Grunde nach fest, kann der Versicherungsnehmer nach Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles in Anrechnung auf seine Gesamtforderung Abschlagszahlungen bis zu der Höhe des Betrages verlangen, den der Versicherer nach Lage der Sache auf Grund von vorgelegten Bescheinigungen mindestens zu zahlen haben wird.
3. Macht der Versicherer von seinem Recht gemäß Artikel 6, Punkt 2.2 Gebrauch, hat er von jener noch ausstehenden Leistung, die dem vorläufig festgestellten Grad der Invalidität entspricht, jährlich im vorhinein 4 % Zinsen zu zahlen.

Artikel 12 Aus welchen Gründen kann die Ärztekommision angerufen werden? Welchen Regeln unterliegt dieses Verfahren?

1. Wenn der Versicherungsnehmer mit der Erklärung des Versicherers über die Versicherungsleistung nicht einverstanden ist, kann er innerhalb von sechs Monaten nach Zugang der Erklärung unter Bekanntgabe seiner Forderung Widerspruch erheben und die Entscheidung der Ärztekommision beantragen; andernfalls sind weitergehende Ansprüche, als sie vom Versicherer anerkannt sind, ausgeschlossen. Auf diese Rechtsfolgen hat der Versicherer in seiner Erklärung hinzuweisen. Das Recht, die Entscheidung der Ärztekommision zu beantragen, steht auch dem Versicherer zu.
2. Für die Ärztekommision bestimmen Versicherer und Versicherungsnehmer je einen Arzt. Wenn ein Vertragsteil innerhalb zweier Wochen nach schriftlicher Aufforderung keinen Arzt benennt, wird dieser von der für den Wohnsitz des Versicherten zuständigen Ärztekammer bestellt. Die beiden Ärzte bestellen einvernehmlich vor Beginn ihrer Tätigkeit einen weiteren Arzt als Obmann, der für den Fall, dass sie sich nicht oder nur zum Teil einigen sollten, im Rahmen der durch die Gutachten der beiden Ärzte gegebenen Grenzen entscheidet.
Einigen sich die beiden Ärzte über die Person des Obmannes nicht, wird er durch die für den Wohnsitz des Versicherten zuständige Ärztekammer bestellt.
3. Der Versicherte ist verpflichtet, sich von den Ärzten der Kommission untersuchen zu lassen und sich jenen Maßnahmen zu unterziehen, die diese Kommission für notwendig hält.
4. 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 niederzulegen. Ist eine Entscheidung durch den Obmann erforderlich, dann legt auch er sie mit Begründung in einem Protokoll nieder. Die Unterlagen des Verfahrens werden vom Versicherer verwahrt.
5. Die Kosten der Ärztekommision werden von ihr festgesetzt und sind im Verhältnis des Obsiegens von Versicherer und Versicherungsnehmer zu tragen. Der Anteil der Kosten, die der Versicherungsnehmer zu tragen hat, ist mit 1 % der für Tod und Invalidität zusammen versicherten Summe, höchstens jedoch mit 25 % des strittigen Betrages, begrenzt.

Artikel 13 Wie lange läuft der Versicherungsvertrag? Wer kann nach Eintritt des Schadenfalles kündigen? Was gilt bei Wegfall des versicherten Risikos? Was gilt bei Veräußerung des Fahrzeuges?

1. Der Vertrag gilt zunächst für die in der Polizze festgesetzte Dauer. Beträgt die vereinbarte Vertragsdauer mindestens ein Jahr, verlängert sich der Vertrag jeweils um ein Jahr, wenn er nicht einen Monat vor Ablauf gekündigt wird. Bei Versicherungsverträgen, deren Abschluss nicht zum Betrieb eines Unternehmens des Versicherungsnehmers gehört (Verbraucherverträge), wird der Versicherer den Versicherungsnehmer vor Beginn der Kündigungsfrist auf die Rechtsfolge der Vertragsverlängerung bei unterlassener Kündigung so rechtzeitig hinweisen, dass dieser zur Abgabe einer ausdrücklichen Erklärung eine angemessene Frist hat. Beträgt die Vertragsdauer weniger als ein Jahr, endet der Vertrag ohne Kündigung.

2. Nach Eintritt des Versicherungsfalles kann

der Versicherungsnehmer kündigen, wenn der Versicherer einen begründeten Anspruch auf die Versicherungsleistung ablehnt oder seine Anerkennung verzögert.

Die Kündigung ist vorzunehmen innerhalb eines Monats

- nach Ablehnung des begründeten Anspruches auf die Versicherungsleistung;
- nach Rechtskraft des Urteiles im Fall eines Rechtsstreites vor Gericht;
- nach Zustellung der Entscheidung des Sachverständigenausschusses (Artikel 12);
- nach Fälligkeit der Versicherungsleistung (Artikel 11).

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

der Versicherer kündigen, wenn er den Anspruch auf die Versicherungsleistung dem Grunde nach anerkannt oder die Versicherungsleistung erbracht hat oder wenn der Versicherungsnehmer einen Anspruch auf Versicherungsleistung arglistig erhoben hat.

Die Kündigung ist vorzunehmen innerhalb eines Monats

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

Die Kündigung kann nur unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist erfolgen. Falls der Versicherungsnehmer einen Anspruch arglistig erhoben hat, kann der Versicherer mit sofortiger Wirkung kündigen.

3. Bei Wegfall des versicherten Risikos gilt § 68 VersVG, bei Veräußerung des versicherten Fahrzeuges gelten die §§ 69 ff VersVG. Dem Versicherer gebührt jeweils die Prämie für die bis zur Vertragsauflösung verstrichene Vertragslaufzeit.

Artikel 14 Wann können Versicherungsansprüche abgetreten oder verpfändet werden?

Versicherungsansprüche dürfen vor ihrer endgültigen Feststellung ohne ausdrückliche Zustimmung des Versicherers weder abgetreten noch verpfändet werden.

Artikel 15 Wo und mit welcher Frist können Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag geltend gemacht werden? (Gerichtsstand / Klagefrist)

1. Der Versicherungsnehmer und die (mit)versicherten Personen können Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag auch bei den Gerichten geltend machen, in deren Sprengel sie ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt oder ihren Sitz im Inland haben.
2. Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren.
3. Ist ein Anspruch des Versicherungsnehmers beim Versicherer angemeldet worden, so ist die Verjährung bis zum Einlegen einer schriftlichen Entscheidung des Versicherers gehemmt, die zumindest mit der Anführung einer der Ablehnung zugrunde gelegten Tatsache und gesetzlichen oder vertraglichen Bestimmung begründet ist. Nach zehn Jahren tritt jedoch die Verjährung jedenfalls ein.
4. 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 Punkt 3 entsprechenden Weise sowie unter Angabe der mit dem Ablauf der Frist verbundenen Rechtsfolge abgelehnt hat; sie ist für die Zeit von Vergleichsverhandlungen über den erhobenen Anspruch und für die Zeit, in der der Versicherungsnehmer ohne sein Verschulden an der rechtzeitigen gerichtlichen Geltendmachung des Anspruches gehindert ist, gehemmt.
Falls eine Entscheidung der Ärztekommision (Artikel 12) beantragt wird, endet die Frist erst einen Monat nach dieser Entscheidung.

Artikel 16 Welche Rechte und Pflichten haben die (mit)versicherten Personen?

Alle für den Versicherungsnehmer getroffenen Bestimmungen gelten sinngemäß auch für (mit)versicherte und jene Personen, die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag geltend machen. Diese Personen sind neben dem Versicherungsnehmer für die Erfüllung der Obliegenheiten, Schadenminderungs- und Rettungspflicht verantwortlich. Letztere verpflichtet die betroffenen Personen insbesondere unverzüglich ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen und die ärztliche Behandlung bis zum Abschluss des Heilverfahrens regelmäßig fortzusetzen. Ebenso ist für angemessene Krankenpflege zu sorgen. Darüber hinaus wird bestimmt, dass namentlich gegen Unfälle versicherte Personen ihre Versicherungsansprüche selbständig geltend machen können.

Artikel 17 In welcher Form sind Erklärungen abzugeben?

Alle Mitteilungen und Erklärungen der (mit)versicherten Personen bedürfen zu ihrer Verbindlichkeit der Schriftform.

Artikel 18 Welches Recht ist anzuwenden?

Es gilt österreichisches Recht.

Anlage

Staaten, die das Übereinkommen zwischen den nationalen Versicherungsbüros der Mitgliedsstaaten des Abkommens des europäischen Wirtschaftsraums und anderen assoziierten Staaten vom 30. Mai 2002, Abl. Nr. L 192 vom 31. Juli 2003, S. 23 unterzeichnet haben unterzeichnet haben:

Andorra, Belgien, Dänemark, Deutschland, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Großbritannien, Irland, Island, Italien, Kroatien, Lettland, Litauen, Luxemburg, Malta, Niederlande, Norwegen, Österreich, Polen, Portugal, Schweden, Schweiz, Slowakei, Slowenien, Spanien, Tschechien, Ungarn, Zypern.

Rententafel

Auf Grund der österreichischen Sterbetafel MÖ 1930/33 und eines Zinsfußes von jährlich 3 % (Art. 6, Pkt 2.5 IUB 1995):

Jahresbetrag der monatlich im voraus zahlbaren **l e b e n s l a n g e n** Rente (1) für einen Kapitalbetrag von EUR 1000,- / Jahresrente (2)

Alter	EUR	Alter	EUR	Alter	EUR	Alter	EUR	Alter	EUR
0	41,78	17	40,89	34	49,29	51	69,05	68	124,78
1	37,37	18	41,24	35	50,03	52	70,89	69	130,72
2	37,15	19	41,60	36	50,80	53	72,84	70	137,17
3	37,19	20	41,97	37	51,61	54	74,92	71	144,15
4	37,31	21	42,35	38	52,47	55	77,12	72	151,70
5	37,46	22	42,74	39	53,37	56	79,47	73	159,82
6	37,64	23	43,14	40	54,33	57	81,99	74	168,58
7	37,83	24	43,57	41	55,33	58	84,67	75	177,94
8	38,04	25	44,02	42	56,39	59	87,54	76	188,01
9	38,28	26	44,49	43	57,51	60	90,62	77	198,85
10	38,55	27	45,00	44	58,69	61	93,92	78	210,48
11	38,83	28	45,53	45	59,93	62	97,45	79	223,06
12	39,14	29	46,08	46	61,24	63	101,21	80	236,57
13	39,47	30	46,67	47	62,63	64	105,25		
14	39,82	31	47,28	48	64,10	65	109,59		
15	40,17	32	47,92	49	65,66	66	114,26		
16	40,53	33	47,92	50	67,30	67	119,30		

- (1) Bei zeitlich begrenzten Renten ist die Höhe der auf einen Kapitalbetrag von EUR 1000,- entfallenden Jahresrente aus denselben Rechnungsgrundlagen zu erstellen.
- (2) Für die Berechnung der Rente ist das Alter des Rentners an seinem dem Beginne des Rentenbezuges nächstgelegenen Geburtstage maßgebend.