

ALLGEMEINE BEDINGUNGEN FÜR DIE UNFALLVERSICHERUNG (AUVB 2001)

Inhaltsverzeichnis

- Artikel 1 Was ist versichert? (Gegenstand der Versicherung)
- Artikel 2 Was ist nicht versichert? (Risikoausschlüsse)
- Artikel 3 Wo und wann gilt die Versicherung? (Örtlicher und zeitlicher Geltungsbereich)
- Artikel 4 Was gilt als Versicherungsfall? Was gilt als Unfall?
- 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?
- Artikel 6 Welche Versicherungsarten sind möglich? Für wen gilt die Versicherung?
- Artikel 7 Unter welchen Voraussetzungen verlängert sich der Versicherungsvertrag? (Laufzeit)
- Artikel 8 Wann wird die Versicherungsleistung eingeschränkt? (Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes)
- Artikel 9 Wann und unter welchen Voraussetzungen wird die Versicherungsleistung ausbezahlt? (Fälligkeit der Versicherungsleistung)
- Artikel 10 Innerhalb welcher Frist muß der Versicherer seine Leistungspflicht anerkennen oder ablehnen? (Erklärung über die Versicherungsleistung)
- Artikel 11 Was ist vor bzw. nach Eintritt des Versicherungsfalles zu beachten? (Obliegenheiten)
- Artikel 12 Unter welchen Voraussetzungen kann die Ärztekommision angerufen werden und welchen Regeln unterliegt dieses Verfahren?
- Artikel 13 Wann können Versicherungsansprüche abgetreten oder verpfändet werden?
- Artikel 14 Wo und innerhalb welcher Fristen können Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag geltend gemacht werden? (Klagefrist und Gerichtsstand)
- Artikel 15 Welche Rechte und Pflichten haben (mit)versicherte Personen?
- Artikel 16 Wer kann nach Eintritt des Schadenfalles kündigen? Wann erlischt der Versicherungsvertrag ohne Kündigung?
- Artikel 17 In welcher Form sind Erklärungen der Versicherten abzugeben?
- Artikel 18 Welche verbesserten Leistungen erbringt die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsentschädigung?
- Artikel 19 Welches Recht ist auf den Versicherungsvertrag anzuwenden?
- Anhang I Rententafel OEM 80/82
- Anhang II Auszüge aus dem VersVG
- Anhang III Besondere Bedingungen für die Kollektiv-Unfallversicherung

EURO-Ausgabe
Gültig ab 1. 10. 2001

Artikel 1

Was ist versichert? (Gegenstand der Versicherung)

1. Der Versicherer bietet Versicherungsschutz, wenn dem Versicherten ein Unfall (Artikel 4) zustößt.
2. Die versicherbaren Leistungen ergeben sich aus Artikel 6. Aus der Police ist ersichtlich, welche Leistungen und Versicherungssummen vereinbart sind.

Artikel 2

Was ist nicht versichert? (Ausschlüsse)

1. Ausgeschlossen von der Versicherung sind Unfälle,
 - 1.1. bei der Benutzung von Luftfahrtgeräten und bei Fallschirmsabsprüngen sowie bei der Benutzung von Luftfahrzeugen, soweit sie nicht unter die Bestimmungen des Artikels 4.6. fallen;
 - 1.2. die bei der Beteiligung an motorsportlichen Wettbewerben (auch Wertungsfahrten und Rallies) und den dazugehörigen Trainingsfahrten entstehen;
 - 1.3. bei der Teilnahme an Landes-, Bundes- oder internationalen Wettbewerben auf dem Gebiet des Skilaufens, Skispringens, Bob-, Skibob-, Snowboard- oder Skeletonfahrens sowie am offiziellen Training für diese Veranstaltungen;
 - 1.4. die beim Versuch oder bei der Begehung gerichtlich strafbarer Handlungen durch den Versicherten eintreten, für die Vorsatz Tatbestandsmerkmal ist;
 - 1.5. die unmittelbar oder mittelbar mit Kriegsereignissen jeder Art zusammenhängen;
 - 1.6. durch innere Unruhen, wenn der Versicherte daran auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;
 - 1.7. die mittelbar oder unmittelbar
 - durch den Einfluß ionisierender Strahlen im Sinne des Strahlenschutzgesetzes (BGBl. 227/1969 in der jeweils geltenden Fassung),
 - durch Kernenergie verursacht werden;
 - 1.8. die der Versicherte infolge einer Bewußtseinsstörung oder infolge einer wesentlichen Beeinträchtigung seiner psychischen oder physischen Leistungsfähigkeit durch Alkohol, Suchtgifte oder Medikamente erleidet;
 - 1.9. durch körperliche Schädigung bei Heilmaßnahmen und Eingriffen, die der Versicherte an seinem Körper vornimmt oder vornehmen läßt, soweit nicht ein Versicherungsfall hiezu der Anlaß war; soweit ein Versicherungsfall der Anlaß war, findet Pkt. 1.7. keine Anwendung.
2. Unversicherbare Personen
 - 2.1. Unversicherbar und jedenfalls nicht versichert sind Personen, die dauernd vollständig arbeitsunfähig oder von schwerem Nervenleiden befallen sind, sowie Geisteskranke.

Vollständige Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn dem Versicherten infolge Krankheit oder Gebrechen nach medizinischen Gesichtspunkten die Ausübung einer Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann und auch tatsächlich keine Erwerbstätigkeit vorliegt.
 - 2.2. Hinsichtlich einer unversicherbaren Person kommt ein Versicherungsvertrag nicht zustande.

Wenn der Versicherte während der Laufzeit des Versicherungsvertrages unversicherbar geworden ist, erlischt der Versicherungsschutz. Gleichzeitig endet der Vertrag für diesen Versicherten.

Artikel 3

Wo und wann gilt die Versicherung? (Örtlicher und zeitlicher Geltungsbereich)

1. Der Versicherungsschutz gilt auf der ganzen Erde.
2. Der Versicherungsschutz gilt unter Bedachtnahme auf die §§ 38 ff. VersVG für Versicherungsfälle (Artikel 4) während der Wirksamkeit des Vertrages.

Artikel 4

Was gilt als Versicherungsfall? Was gilt als Unfall?

1. Versicherungsfall ist der Eintritt eines Unfalles.
2. Unfall ist ein vom Willen des Versicherten unabhängiges Ereignis, das plötzlich von außen mechanisch oder chemisch auf seinen Körper einwirkt und eine körperliche Schädigung oder den Tod nach sich zieht.
3. Als Unfall gelten auch folgende vom Willen des Versicherten unabhängige Ereignisse:
 - Ertrinken;
 - Verbrennungen, Verbrühungen, Einwirkungen 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 Zerreißungen von an Gliedmaßen oder an der Wirbelsäule befindlichen Muskeln, Sehnen, Bändern und Kapseln infolge plötzlicher Abweichung vom geplanten Bewegungsablauf.

4. Der Versicherungsschutz bezieht sich auch auf Unfälle, die durch einen Herzinfarkt, oder Schlaganfall herbeigeführt werden. In keinem Fall gilt jedoch ein Herzinfarkt als Unfallfolge.
5. Krankheiten gelten nicht als Unfälle, übertragbare Krankheiten auch nicht als Unfallfolgen. Dies gilt nicht für Kinderlähmung, Zeckenbiß und Borreliose im Rahmen der Bestimmung des Artikels 6.7.1. sowie für Wundstarrkrampf und Tollwut, verursacht durch einen Unfall gemäß Pkt. 2.
6. Der Versicherungsschutz bezieht sich auch auf Unfälle des Versicherten als Fluggast in Motorflugzeugen, welche für die Verwendungsart Personenbeförderung zugelassen sind.

Als Fluggast gilt, wer weder mit dem Betrieb des Luftfahrzeuges in ursächlichem Zusammenhang steht oder Besatzungsmitglied ist, noch mittels des Luftfahrzeuges eine berufliche Betätigung ausübt.

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.
2. Die erste oder die einmalige Prämie einschließlich Gebühren und Versicherungssteuer ist vom Versicherungsnehmer innerhalb von 14 Tagen nach dem Abschluß des Versicherungsvertrages (Zugang der Police oder einer gesonderten Annahmeerklärung) und nach der Aufforderung zur Prämienzahlung zu bezahlen (Einförsung der Police). Die Folgeprämien einschließlich Gebühren und Versicherungssteuer sind zu den vereinbarten Fälligkeitsterminen zu entrichten.
3. Bei Zahlungsverzug gelten die §§ 38 ff. VersVG.
4. Der Versicherungsschutz beginnt mit der Einförsung der Police (Pkt.2.), jedoch nicht vor dem vereinbarten Zeitpunkt. Wird die erste oder die einmalige Prämie erst danach eingefordert, dann aber binnen 14 Tagen oder ohne weiteren schuldhaften Verzug gezahlt, ist der Versicherungsschutz ab dem vereinbarten Versicherungsbeginn gegeben.
5. Soll der Versicherungsschutz schon vor Einförsung der Police beginnen (vorläufige Deckung), ist die ausdrückliche Zusage der vorläufigen Deckung durch den Versicherer erforderlich.

Die vorläufige Deckung endet bei Annahme des Antrages mit der Einförsung der Police. 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. 3).

Der Versicherer ist berechtigt, die vorläufige Deckung mit einer Frist von zwei Wochen zu kündigen. Dem Versicherer gebührt in diesem Fall die auf die Zeit des Versicherungsschutzes entfallende anteilige Prämie.

Artikel 6

Welche Versicherungsarten sind möglich? Für wen gilt die Versicherung?

1. **Dauernde Invalidität**
 - 1.1. Ergibt sich innerhalb eines Jahres vom Unfalltag an gerechnet, daß als Folge eines Unfalles eine dauernde Invalidität zurückbleibt, wird aus der hierfür versicherten Summe der dem Grade der Invalidität entsprechende Betrag gezahlt.
 - 1.2. Für die Bemessung des Invaliditätsgrades gelten die folgenden Sätze:
 - 1.2.1. Bei völligem Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit

eines Armes	70 %
einer Hand	60 %
eines Daumens	20 %
eines Zeigefingers	10 %
eines anderen Fingers	5 %
eines Beines	70 %
eines Fußes	50 %
einer großen Zehe	5 %
einer anderen Zehe	2 %
der Sehkraft beider Augen	100 %
der Sehkraft eines Auges	50 %
des Gehörs beider Ohren	60 %
des Gehörs eines Ohres	30 %
des Geruchssinnes	10 %
des Geschmackssinnes	10 %
 - 1.2.2. Bei teilweisem Verlust oder teilweiser Funktionsunfähigkeit der vorgenannten Körperteile oder Organe werden die Sätze des Pkt. 1.2.1. anteilig angewendet. Bei Funktionseinschränkungen von Armen oder Beinen ist der Satz für die gesamte Extremität anteilig anzuwenden.

- 1.3. Läßt sich der Invaliditätsgrad nach Pkt. 1.2. nicht bestimmen, ist maßgebend, inwieweit die körperliche oder geistige Funktionsfähigkeit nach medizinischen Gesichtspunkten beeinträchtigt wurde.
- 1.4. Mehrere sich aus den Pktn. 1.2. und 1.3. ergebende Prozentsätze werden zusammengerechnet. Die Versicherungsleistung ist jedoch mit 100% der versicherten Summe begrenzt.
- 1.5. Im ersten Jahr nach dem Unfall wird eine Invaliditätsleistung nur erbracht, wenn Art und Umfang der Unfallfolgen aus ärztlicher Sicht eindeutig feststehen.
- 1.6. Steht der Grad der dauernden Invalidität nicht eindeutig fest, sind sowohl der Versicherte als auch der Versicherer berechtigt, den Invaliditätsgrad jährlich bis vier Jahre ab dem Unfalltag ärztlich neu bemessen zu lassen, und zwar ab zwei Jahren nach dem Unfalltag auch durch die Ärztekommision (Artikel 12).

Ergibt in einem solchen Fall die endgültige Bemessung eine höhere Invaliditätsleistung als der Versicherer bereits erbracht hat, so ist der Mehrbetrag ab Fälligkeit des Vorschusses (Art. 9.2.) mit 4% jährlich zu verzinsen.

- 1.7. Stirbt der Versicherte
- 1.7.1. unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall, besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung;
- 1.7.2. 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;
- 1.7.3. 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.
- 1.8. Hat der Versicherte am Unfalltag das 75. Lebensjahr bereits vollendet, tritt anstelle der Kapitalzahlung eine Rente, die nach der im Anhang befindlichen Rententafel unter Zugrundelegung des vom Versicherten am Unfalltag vollendeten Lebensjahres zu bemessen ist.

Barwert dieser Rente ist jener Betrag, der bei Kapitalzahlung zu erbringen wäre.

Steht die Leistungspflicht des Versicherers dem Grunde und der Höhe nach fest, beginnt die Rentenleistung rückwirkend mit dem Monatsersten, der dem Unfalltag folgt. Sie endet mit Schluß des Kalendermonats, in dem der Versicherte stirbt.

2. Todesfall

- 2.1. Tritt innerhalb eines Jahres vom Unfalltag an gerechnet der Tod als Folge des Unfalles ein, wird die für den Todesfall versicherte Summe gezahlt.
- 2.2. Auf die Todesfalleistung werden nur Zahlungen, die für dauernde Invalidität aus demselben Ereignis geleistet worden sind, angerechnet. Ein Mehrbetrag an Leistung für dauernde Invalidität kann der Versicherer nicht zurückverlangen.
- 2.3. Für Personen unter 18 Jahren werden im Rahmen der Versicherungssummen nur die aufgewendeten angemessenen Begräbniskosten ersetzt.
- 2.4. Zusätzlich zur Todesfalleistung gemäß Art. 6.2. 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. Zum Empfang dieser Leistung ist ohne Rücksicht auf die Regelung der Bezugsberechtigung der Überbringer der Originalrechnungen berechtigt.

3. Taggeld

Taggeld wird bei dauernder oder vorübergehender Invalidität für die Dauer der vollständigen Arbeitsunfähigkeit im Beruf oder in der Beschäftigung des Versicherten für längstens 365 Tage innerhalb von zwei Jahren ab dem Unfalltag gezahlt.

4. Spitalgeld

- 4.1. Spitalgeld wird für jeden Kalendertag, an dem sich der Versicherte wegen eines Versicherungsfalles in medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung befindet, längstens für 365 Tage innerhalb von zwei Jahren ab dem Unfalltag gezahlt.
- 4.2. Als Spitäler gelten Krankenanstalten und Sanatorien, die sanitätsbehördlich genehmigt sind, unter ständiger ärztlicher Leitung und Betreuung stehen und sich nicht auf die Anwendung bestimmter Behandlungsmethoden beschränken, sowie Rehabilitationszentren der Sozialversicherungsträger, Werkspitäler und Krankenreviere der Exekutive und des Bundesheeres.
- 4.3. Nicht als Spitäler im Sinne dieser Bestimmungen gelten z.B. Heil- und Pflegeanstalten für Lungenkranke sowie für unheilbar chronisch Erkrankte, Erholungs- und Geresungsheime, Altersheime und deren Krankenabteilungen sowie Kuranstalten, ferner Heil- und Pflegeanstalten für Nerven- und Geistes- kranke.

5. Unfallgeld

Unfallgeld wird nach Maßgabe folgender Bestimmungen gezahlt:

1. Volles Unfallgeld für die Dauer des Spitalaufenthaltes gemäß Artikel 6.4.1.

2. Halbes Unfallgeld für vorübergehende vollständige Arbeitsunfähigkeit nach Beendigung des Spitalaufenthaltes gemäß Artikel 6.3.;
3. Viertel Unfallgeld für vorübergehende vollständige Arbeitsunfähigkeit ohne vorangehenden Spitalaufenthalt gemäß Artikel 6.3.

Unfallgeld wird für längstens 365 Tage innerhalb von zwei Jahren ab dem Unfalltag gezahlt.

6. Unfallkosten

Bis zur Höhe der hierfür vereinbarten Versicherungssumme werden die folgenden Kosten ersetzt, sofern sie innerhalb von zwei Jahren vom Unfalltag an gerechnet entstehen, soweit nicht von einem Sozialversicherungsträger Ersatz zu leisten ist oder von einem sonstigen Leistungsträger Ersatz geleistet wurde:

- 6.1. **Heilkosten**, die zur Behebung der Unfallfolgen aufgewendet wurden und nach ärztlicher Verordnung notwendig waren. Hierzu zählen auch die notwendigen Kosten des Verletztentransportes, der erstmaligen Anschaffung künstlicher Gliedmaßen und eines Zahnersatzes sowie anderer, nach ärztlichem Ermessen erforderlicher erstmaliger Anschaffungen.
Kosten für Bade-, Erholungsreisen und -Aufenthalte, ferner Kosten der Reparatur oder Wiederbeschaffung eines Zahnersatzes, künstlicher Gliedmaßen oder sonstiger künstlicher Behelfe werden nicht ersetzt.
- 6.2. **Bergungskosten**, die notwendig werden, wenn der Versicherte
- 6.2.1. einen Unfall erlitten hat oder in Berg- oder Wassernot geraten ist und verletzt oder unverletzt geborgen werden muß;
- 6.2.2. durch einen Unfall oder infolge Berg- oder Wassernot den Tod erleidet und seine Bergung erfolgen muß.
Bergungskosten sind die nachgewiesenen Kosten des Suchens nach dem Versicherten und seines Transportes bis zur nächsten befahrbaren Straße oder bis zum dem Unfallort nächstgelegenen Spital.
- 6.3. **Rückholkosten**, das sind die unfallbedingten Kosten des ärztlich empfohlenen Verletztentransportes des außerhalb seines Wohnortes verunfallten Versicherten von der Unfallstelle bzw. dem Krankenhaus, in welches der Versicherte nach dem Unfall gebracht wurde, an seinen Wohnort bzw. zum seinem Wohnort nächstgelegenen Krankenhaus. Bei einem tödlichen Unfall werden auch die Kosten der Überführung des Toten zu dessen letzten Wohnort in Österreich bezahlt.
- 6.4. **Kosmetische Operationen**, Kosten für kosmetische Operationen sind Kosten, die notwendig werden, wenn durch einen Unfall die Körperoberfläche der versicherten Person derart verunstaltet wurde, dass nach Abschluß der Heilbehandlung ihr äußeres Erscheinungsbild dauernd beeinträchtigt ist.

7. Zusatzleistungen

- 7.1. Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf die Folgen der Kinderlähmung, durch Insektenbiß übertragenen Borreliose und der durch den Zeckenbiß übertragenen Frühsommer-Meningoenzephalitis, wenn die Erkrankung serologisch festgestellt und frühestens 15 Tage nach Beginn, jedoch spätestens 15 Tage nach Erlöschen des Versicherungsvertrages zum Ausbruch kommt.

Als Krankheitsbeginn (Zeitpunkt des Versicherungsfalles) gilt der Tag, an dem erstmals ein Arzt wegen der als Kinderlähmung, Borreliose oder Frühsommer-Meningoenzephalitis diagnostizierten Krankheit zu Rate gezogen wurde.

Die Leistung bleibt im Rahmen der vereinbarten Versicherungssumme mit € 30.000,- begrenzt und wird nur für Tod oder dauernder Invalidität (aufgrund des Grades der Erkrankung) erbracht.

- 7.2. Der Versicherer übernimmt die erforderlichen Kosten, die durch Erfüllung der in Artikel 11 bestimmten Obliegenheiten – ausgenommen Pkt. 2.4. – entstehen.
- 7.3. **Schmerzensgeld**
Wird durch einen Unfall ein ununterbrochener Spitalaufenthalt medizinisch notwendig und dauert dieser mindestens 8 Tage, wird ein Schmerzensgeld in der Höhe von 1%, bei mindestens 15 Tagen werden 2%, bei mindestens 22 Tagen werden 3% der Versicherungssumme für dauernde Invalidität bezahlt. Schmerzensgeld wird für jeden Unfall nur einmal geleistet.

7.4. Kurkostenzuschuß

Wird aufgrund eines Versicherungsfalles (Art. 4 AUVB) innerhalb eines Jahres von der Sozialversicherung eine Kur bewilligt und diese auch in Anspruch genommen, wird ein Kurkostenzuschuß von € 750,- bezahlt. Der Zuschuß wird unabhängig von einer allfälligen Invaliditätsentschädigung erbracht und wird für jeden Unfall nur einmal geleistet.

7.5. Bergrettungskosten

Kosten für einen Notarztthubschraubereinsatz nach Sport-, und Freizeitunfällen am Berg werden bis zu € 2.500,- (subsidiär) ersetzt, sofern sie innerhalb von zwei Jahren vom Unfalltag an gerechnet entstehen und soweit nicht von einem Sozialversicherungsträger oder einem sonstigen Leistungsträger Ersatz zu leisten ist bzw. geleistet wurde.

7.6. Knochenbruch

Der Versicherer leistet eine Entschädigung in der Höhe von € 400,-, wenn die versichert(e) Person(en) nach einem Unfall einen Knochenbruch, unabhängig von der Anzahl der gebrochenen Knochen, erlitten hat (haben). Der

knöcherner Abriß einer Sehne sowie Knochensplinterungen und ähnliche Verletzungen gelten nicht als Knochenbruch.

Artikel 7

Unter welchen Voraussetzungen verlängert sich der Versicherungsvertrag? (Laufzeit)

1. Beträgt die vereinbarte Vertragslaufzeit mindestens 1 Jahr, verlängert sich der Vertrag um jeweils 1 Jahr, wenn er nicht ein Monat vor Ablauf gekündigt wird.
2. Beträgt die Vertragsdauer weniger als 1 Jahr, endet der Vertrag ohne Kündigung zum vereinbarten Zeitpunkt.

Artikel 8

Wann wird die Versicherungsleistung eingeschränkt? (Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes)

1. Eine Versicherungsleistung wird nur für die durch den eingetretenen Unfall hervorgerufenen Folgen (körperliche Schädigung oder Tod) erbracht.
2. Bei der Bemessung des Invaliditätsgrades wird ein Abzug in Höhe einer Vorinvalidität vorgenommen, wenn durch den Unfall eine körperliche oder geistige Funktion betroffen ist, die schon vorher beeinträchtigt war. Dabei wird die Vorinvalidität gemäß Artikel 6.1. bemessen.
3. Haben Krankheiten oder Gebrechen, die schon vor dem Unfall bestanden haben, die Unfallfolgen beeinflusst, ist die Leistung entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens zu kürzen, sofern dieser Anteil mindestens 25 % beträgt.
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, Psychoseurosen) 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.

Artikel 9

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 innerhalb von zwei Wochen fällig.
2. Steht die Leistungspflicht dem Grunde nach fest, kann der Versicherungsnehmer Vorschüsse bis zu der Höhe des Betrages verlangen, den der Versicherer nach Lage der Sache mindestens zu zahlen haben wird.

Artikel 10

Innerhalb welcher Frist muß der Versicherer seine Leistungspflicht anerkennen oder ablehnen? (Erklärung über die Versicherungsleistung)

Der Versicherer ist verpflichtet, innerhalb eines Monats, bei Ansprüchen auf Leistung für dauernde Invalidität innerhalb dreier Monate, zu erklären, ob und in welcher Höhe er eine Leistungspflicht anerkennt. Die Fristen beginnen mit dem Eingang der Unterlagen, die der Anspruchserhebende zur Feststellung des Unfallherganges und der Unfallfolgen und über den Abschluß des Heilverfahrens beizubringen hat.

Artikel 11

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

1. **Obliegenheiten vor Eintritt des Versicherungsfalles**
Als Obliegenheit, deren Verletzung die Leistungsfreiheit des Versicherers gemäß § 6 Abs. 2 VersVG bewirkt, wird bestimmt, daß der Versicherte als Lenker eines Kraftfahrzeuges 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. **Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalles**
Als Obliegenheiten, deren Verletzung die Leistungsfreiheit des Versicherers gemäß § 6 Abs. 3 VersVG bewirkt, werden bestimmt:
 - 2.1. Ein Unfall ist dem Versicherer unverzüglich, spätestens innerhalb einer Woche, schriftlich anzuzeigen.
 - 2.2. Ein Todesfall ist dem Versicherer innerhalb von drei Tagen anzuzeigen, und zwar auch dann, wenn der Unfall bereits gemeldet ist.

- 2.3. Dem Versicherer ist das Recht einzuräumen, die Leiche durch Ärzte besichtigen, auch öffnen 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. Der Vordruck des Versicherers für die Anmeldung des Versicherungsfalles ist unverzüglich auszufüllen und zuzusenden; außerdem sind dem Versicherer alle verlangten sachdienlichen Auskünfte zu erteilen.
- 2.6. Behandelnde Ärzte und Krankenanstalten sowie diejenigen Ärzte und Krankenanstalten, von denen der Versicherte aus anderen Anlässen behandelt oder untersucht worden ist, sind zu ermächtigen und aufzufordern, die vom Versicherer verlangten Auskünfte 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 vom Versicherer verlangten Auskünfte zu erteilen.
- 2.8. Der Versicherer kann verlangen, daß sich der Versicherte durch die vom Versicherer bezeichnenden Ärzte untersuchen läßt.
- 2.9. Ist Spitalgeld versichert, so ist dem Versicherer, wenn der Versicherte in ein Spital eingewiesen wurde, nach der Entlassung aus dem Spital eine Bescheinigung der Spitalverwaltung einzusenden, in welcher der volle Vor- und Zuname des Versicherten, sein Geburtsdatum, der Tag der Aufnahme in das Spital und der Tag der Entlassung sowie die Diagnose angegeben sein müssen.

3. Änderung des Berufes oder der Beschäftigung

Veränderungen des im Antrag angegebenen Berufes oder der im Antrag angegebenen Beschäftigung des Versicherten sind unverzüglich anzuzeigen. Einberufungen zum ordentlichen Präsenzdienst, zum Zivildienst sowie zu militärischen Reserveübungen gelten nicht als Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung.

- 3.1. Ergibt sich für die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung des Versicherten nach dem zur Zeit der Veränderung gültigen Tarif des Versicherers eine niedrigere Prämie, so ist vom Zugang der Anzeige an nur diese Prämie zu bezahlen.
- 3.2. Ergibt sich eine höhere Prämie, so wird auf die Dauer von drei Monaten ab dem Zeitpunkt, zu welchem dem Versicherer die Anzeige hätte zugehen müssen, auch für die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung der volle Versicherungsschutz gewährt.

Tritt ein auf die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung zurückzuführender Versicherungsfall nach Ablauf der drei Monate ein, ohne daß inzwischen eine Einigung über die Mehrprämie erzielt wurde, so werden die Leistungen des Versicherers in der Weise bemessen, daß dem Vertrag als Versicherungssummen jene Beträge zugrunde gelegt werden, welche sich nach den für die neue Berufstätigkeit bzw. Beschäftigung erforderlichen Prämienätze aufgrund der tatsächlichen in der Police berechneten Prämie ergeben.

- 3.3. Bietet der Versicherer für die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung grundsätzlich keinen Versicherungsschutz an, finden die Bestimmungen der §§ 23 ff VersVG (Gefahrerhöhung) Anwendung.

Artikel 12

Unter welchen Voraussetzungen kann die Ärztekommision angerufen werden und welchen Regeln unterliegt das Verfahren?

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 Krankheit oder Gebrechen sowie im Falle des Artikels 6.1.6. entscheidet die Ärztekommision.
2. In den nach Pkt. 1. der Ärztekommision zur Entscheidung vorbehaltenen Meinungsverschiedenheiten kann der Versicherungsnehmer innerhalb von sechs Monaten nach Zugang der Erklärung des Versicherers gemäß Artikel 10. unter Bekanntgabe seiner Forderung Widerspruch erheben und die Entscheidung der Ärztekommision beantragen.
3. Das Recht, die Entscheidung der Ärztekommision zu beantragen, steht auch dem Versicherer zu.
4. Für die Ärztekommision bestimmen Versicherer und Versicherungsnehmer je einen in der österreichischen Ärzteliste eingetragenen 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 im Rahmen 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 für den Wohnsitz des Versicherten zuständige Ärztekammer als Obmann bestellt.
5. Der Versicherte ist verpflichtet, sich von den Ärzten der Kommission untersuchen zu lassen und sich jenen Maßnahmen zu unterziehen, die diese Kommission für notwendig erachtet.

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 niederzulegen. Ist eine Entscheidung durch den Obmann erforderlich, legt auch er sie mit Begründung in einem Protokoll nieder. Die Akten des Verfahrens werden vom Versicherer verwahrt.
7. Die Kosten der Ärztekommision werden von ihr festgesetzt und sind im Verhältnis des Obsiegens von Versicherer und Versicherungsnehmer zu tragen. Im Fall des Artikels 6.1.6. trägt die Kosten, wer die Neufeststellung verlangt hat.
Der Anteil der Kosten, die der Versicherungsnehmer zu tragen hat, ist mit 5% der für Tod und Invalidität zusammen versicherten Summen, höchstens jedoch mit 50% des strittigen Betrages, begrenzt.

Artikel 13

Wann können Versicherungsansprüche abgetreten oder verpfändet werden?

Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag können vor ihrer endgültigen Feststellung nur mit ausdrücklicher Zustimmung des Versicherers verpfändet oder abgetreten werden.

Artikel 14

Wo und innerhalb welcher Fristen können Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag geltend gemacht werden? (Klagefrist und Gerichtsstand)

1. Der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen, die zur selbständigen Geltendmachung von Ansprüchen aus dem Vertrag berechtigt sind, können diese 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 können nur innerhalb von 3 Jahren vom Unfalltag an gerechnet geltend gemacht werden. Im übrigen gilt § 12 Abs. 3 VersVG.

Artikel 15

Welche Rechte und Pflichten haben (mit)versicherte Personen?

Alle für den Versicherungsnehmer getroffenen Bestimmungen gelten sinngemäß auch für Versicherte und jene Personen, die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag geltend machen. Diese Personen sind neben dem Versicherungsnehmer für die Erfüllung der Obliegenheiten, der Schadenminderungs- und Rettungspflicht verantwortlich.

Artikel 16

Wer kann nach Eintritt des Schadenfalles kündigen? Wann erlischt der Versicherungsvertrag ohne Kündigung?

Nach Eintritt eines Versicherungsfalles kann

1. der Versicherungsnehmer kündigen, wenn der Versicherer einen gerechtfertigten Anspruch auf die Versicherungsleistung ablehnt oder seine Anerkennung verzögert.
In diesen Fällen ist die Kündigung innerhalb eines Monats vorzunehmen
 - nach Ablehnung des gerechtfertigten Anspruches auf die Leistung;
 - nach Rechtskraft des Urteiles im Falle eines Rechtsstreites vor Gericht;
 - nach Zustellung der Entscheidung der Ärztekommision;
 - nach Fälligkeit der Versicherungsleistung bei Verzögerung der Anerkennung.
 Die Kündigung kann mit sofortiger Wirkung oder zum Ende der laufenden Versicherungsperiode erfolgen;
- 1.2. der Versicherer kündigen, wenn er den Anspruch auf die Versicherungsleistung dem Grunde nach anerkennt oder die Versicherungsleistung erbracht hat, oder wenn der Versicherungsnehmer einen Anspruch auf Versicherungsleistung arglistig erhoben hat.
Die Kündigung ist innerhalb eines Monats vorzunehmen
 - 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, entfällt die Kündigungsfrist.
- 1.3. Dem Versicherer gebührt die auf die abgelaufene Vertragszeit entfallende Prämie.
2. Der Vertrag erlischt, wenn der Versicherte gestorben oder unversicherbar geworden ist (Artikel 2.2.). In diesem Fall gebührt dem Versicherer die Prämie bis zum Zeitpunkt des Erlöschens des Vertrages.
3. Hat der Versicherer mit Rücksicht auf die vereinbarte längere Vertragszeit eine Ermäßigung der Prämien gewährt (Dauerabatt), so kann er bei einer vorzeitigen Auflösung des Vertrages die Nachzahlung des Betrages fordern um den

die Prämie höher bemessen worden wäre, wenn der Vertrag nur für den Zeitraum geschlossen worden wäre, währenddessen er tatsächlich bestanden hat.

Artikel 17

In welcher Form sind Erklärungen der Versicherten abzugeben?

Alle Mitteilungen und Erklärungen des Versicherungsnehmers und der (mit)versicherten Personen sind nur in schriftlicher Form verbindlich.

Artikel 18

Welche verbesserte Leistungen erbringt die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsentschädigung?

1. **Dauernde Invalidität**
Hierfür finden die Bestimmungen des Art. 6.1. mit folgender Leistungserweiterung Anwendung:
- 1.2. Beträgt der festgestellte Invaliditätsgrad mehr als 25 %, so werden anstelle der für Invalidität versicherten Summe für die Berechnung der Entschädigung folgende Versicherungssummen zugrunde gelegt:
 - 1.2.1. Für den 25%, nicht aber 50% übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die doppelte Invaliditätssumme;
 - 1.2.2. Für den 50%, nicht aber 75% übersteigenden übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die dreifache Invaliditätssumme.
 - 1.2.3. Für den 75% übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die sechsfache Invaliditätssumme.
- 1.3. Gemäß Art. 18.1.2. erhöht sich die Leistung bei den angeführten Invaliditätsgraden auf folgende Entschädigungswerte (in% der Versicherungssumme):

Die Leistung von Invalidität erhöht sich demnach (in %):					
von	auf	von	auf	von	auf
26	27	51	78	76	156
27	29	52	81	77	162
28	31	53	84	78	168
29	33	54	87	79	174
30	35	55	90	80	180
31	37	56	93	81	186
32	39	57	96	82	192
33	41	58	99	83	198
34	43	59	102	84	204
35	45	80	105	85	210
36	47	81	108	86	216
37	49	82	111	87	222
38	51	83	114	88	228
39	53	84	117	89	234
40	55	85	120	90	240
41	57	86	123	91	246
42	59	87	126	92	252
43	61	88	129	93	258
44	63	89	132	94	264
45	65	90	135	95	270
46	67	91	138	96	276
47	69	92	141	97	282
48	71	93	144	98	288
49	73	94	147	99	294
50	75	95	150	100	300

Artikel 19

Welches Recht ist auf den Versicherungsvertrag anzuwenden?

Auf den Versicherungsvertrag findet österreichisches Recht Anwendung.

ANHANG I

Rententafel

aufgrund der österreichischen allgemeinen Sterbetafel OEM 80/82 und eines Zinsfußes von jährlich 3% (Artikel 6.1.8.)

Jahresbetrag der monatlich im voraus zahlbaren lebenslangen^{*)} Rente für einen Kapitalbetrag von € 1.000,-

Alter ^{**)}	75	76	77	78	79	80
Jahresrente in €	155,31	163,71	172,68	182,27	192,58	203,62

^{*)} Bei zeitlich begrenzten Renten ist die Höhe der auf einen Kapitalbetrag von € 1.000,- entfallenden Jahresrente aus denselben Rechnungsgrundlagen zu erstellen.

^{**)} Für die Berechnung der Rente ist das Alter des Rentners an seinem dem Beginn des Rentenbezuges nächstgelegenen Geburtstag maßgebend.

ANHANG II

Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz 1958 (VersVG - i.d.F.BGBI. Nr. 509/94)

§ 6 (1) Ist im Vertrag bestimmt, daß bei der 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 hinter der für das höhere Risiko tarifmäßig vorgesehene Prämie zurückbleibt. 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 ausgefolgt worden sind oder ihm eine andere Urkunde ausgefolgt worden ist, in der die Obliegenheit mitgeteilt wird.

§ 23 (1) Nach Abschluß des Vertrages darf der Versicherungsnehmer ohne Einwilligung des Versicherers weder eine Erhöhung der Gefahr vornehmen noch ihre Vornahme durch einen Dritten gestatten.

§ 27 (1) Tritt nach dem Abschluß des Vertrages unabhängig vom Willen des Versicherungsnehmers eine Erhöhung der Gefahr ein, so ist der Versicherer berechtigt, das Versicherungsverhältnis unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von einem Monat zu kündigen.

Das Kündigungsrecht erlischt, wenn es nicht innerhalb eines Monats von dem Zeitpunkt an ausgeübt wird, in dem der Versicherer von der Erhöhung der Gefahr

Kenntnis erlangt hat, oder wenn der Zustand wiederhergestellt ist, der vor der Erhöhung bestanden hat.

§ 38 (1) Ist die erste oder einmalige Prämie innerhalb von 14 Tagen nach dem Abschluß des Versicherungsvertrages 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 Eintrittes des Versicherungsfalles 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.

§ 39 (1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, so kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten schriftlich eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen bestimmen; zur Unterzeichnung genügt eine Nachbildung der eigenhändigen Unterschrift. Dabei sind die Rechtsfolgen anzugeben, die nach Abs. 2 und 3 mit dem Ablauf der Frist verbunden sind. Eine Fristbestimmung, ohne Beachtung dieser Vorschriften, ist unwirksam.

(2) Tritt der Versicherungsfall nach dem Ablauf der Frist ein und ist der Versicherungsnehmer zur Zeit des Eintrittes mit der Zahlung der Folgeprämie im Verzug, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, es sei denn, daß der Versicherungsnehmer an der rechtzeitigen Zahlung ohne sein Verschulden verhindert war.

(3) Der Versicherer kann nach dem Ablauf der Frist das Versicherungsverhältnis ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen, wenn der Versicherungsnehmer mit der Zahlung im Verzug ist. Die Kündigung kann bereits mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, daß sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer in diesem Zeitpunkt mit der Zahlung im Verzug ist; darauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich aufmerksam zu machen. Die Wirkungen der Kündigung fallen fort, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, falls die Kündigung mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach dem Ablauf der Zahlungsfrist die Zahlung nachholt, sofern nicht der Versicherungsfall bereits eingetreten ist.

(4) Die Nichtzahlung von Zinsen oder Kosten löst die Rechtsfolgen der Abs. 1 bis 3 nicht aus.

§ 39a (1) Ist der Versicherungsnehmer bloß mit nicht mehr als 10 vH der Jahresprämie, höchstens aber mit € 53,14 im Verzug, so tritt eine im § 38 oder § 39 vorgesehene Leistungsfreiheit des Versicherers nicht ein.

ANHANG III

Besondere Bedingungen für die Kollektiv-Unfallversicherung

Die Allgemeinen Bedingungen für die Unfallversicherung (AUVB 2001) finden nur insoweit Anwendung, als in den nachstehenden Besonderen Bedingungen keine Sonderregelung getroffen wird.

Artikel 1 Versicherungsformen

Der Versicherungsvertrag gilt je nach der vereinbarten Versicherungsform abgeschlossen als Kollektiv-Unfallversicherung

- ohne Namensangabe oder
- mit Namensangabe der Versicherten.

Artikel 2 Gemeinsame Bestimmungen

1. Versicherungssummen

Vereinbart sind

- fixe Versicherungssummen oder
- das Vielfache (ein Teil) des Jahresbezuges des einzelnen Versicherten.

2. Jahresbezug

2.1. Begriffsbestimmungen

Auf den Jahresbezug anzurechnen sind alle Löhne, Gehälter, Provisionen und sonstige Entgelte, welche Bezeichnung sie auch immer tragen (z.B. Gefahren-, Montage-, Schmutzzulagen, Waggelder etc.).

Nicht anzurechnen sind nur die freiwilligen außerordentlichen, nicht wiederkehrenden Zuwendungen, wie bei Betriebs- oder Dienstjubiläen, Unglücks- oder Krankheitsfällen und bei Betriebsveranstaltungen.

2.2. Jahresbezug als Versicherungssumme

Als Jahresbezug des Versicherers gelten seine tatsächlichen Bezüge während der dem Unfall vorangegangenen zwölf Monate; wenn während dieser Zeit kein ununterbrochenes Arbeitsverhältnis bestanden hat, der so errechnete Jahresbezug eines vergleichbaren Arbeitnehmers.

2.3. Als Höchstbeitrag eines der Berechnung der Versicherungsleistung die auch der Prämienberechnung zugrunde zu legenden einfachen Jahresbezuges gemäß Punkt 2.2.1. des einzelnen Versicherheiten wird ein Betrag von € 250.000,- bestimmt

3. Fluggefahrstrisiko

Benützen mehrere durch den vorliegenden Versicherungsvertrag Versicherte das selbe Flugzeug, so gilt für das Fluggefahrstrisiko (Artikel 4.6. AUVB 2001) ein Betrag von € 2.250.000,- als Höchstgrenze der Versicherungsleistungen.

Überschreitet die Summe der Ansprüche dieser Versicherten den Betrag von € 2.250.000,-, so wird die Leistung für jeden einzelnen Versicherten im Verhältnis der Summe der vertraglichen Einzelansprüche zu diesem Betrag gekürzt.

4. Erbischen des Versicherungsschutzes

Ohne daß sich am Weiterbestand des Versicherungsvertrages etwas ändert, erlischt die Versicherung für den einzelnen Versicherten mit der Beendigung des Arbeitsverhältnisses oder dem Ausscheiden aus dem Kreis der versicherten Personen.

Nach Ablauf einer jeden Versicherungsperiode hat der Versicherungsnehmer die den tatsächlichen Vermögensentsprechenden Daten anzugeben und auf Verlangen nachzuweisen; dieser Verpflichtung hat der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach Erhalt der Anfrage nachzukommen.

Der Versicherer hat nach dem Empfang der Angaben das Versicherungsnehmers die entgeltliche Abrechnung vorzunehmen; der Mehr- oder Minderbetrag an Prämie ist einen Monat nach Empfang der Abrechnung fällig.

2.2. Hat der Versicherungsnehmer die Angaben nicht rechtzeitig gemacht, so hat der Versicherer die Wahl, auf Nachholung der Angaben zu klagen oder eine Zusatzprämie anzunehmen. Diese Zusatzprämie beträgt, wenn die ausständigen Angaben die erste Jahresprämie oder die Prämie für eine Versicherungsdauer von weniger als einem Jahr betreffen, so viel wie jene Prämie, die erstmals zur Vorschreibung gelangt ist, andernfalls so viel wie die Prämie jenes Versicherungsjahrs, das dem abzurechnenden ersten Versicherungsjahr unmittelbar vorangeht. Werden die Angaben nachträglich, aber noch innerhalb zweier Monate nach Empfang der Aufforderung zur Bezahlung der Zusatzprämie gemacht, so hat der Versicherer einen etwa zuriel gezahlten Betrag rückzuersetzten.

2.3. Einblicksrecht

Der Versicherer hat das Recht, die Angaben des Versicherungsnehmers nachzuprüfen. Der Versicherungsnehmer hat zu diesem Zweck Einblick in sämtliche maßgebenden Unterlagen zu gewähren.

Artikel 4

Kollektiv-Unfallversicherung mit Namensangabe

1. Versicherte Personen

Versichert, soweit gemäß Artikel 2.2. AUVB 2001 versicherbar, sind alle Personen, die dem Versicherer mit Angabe von Namen, Geburtsdatum, Beruf und Anschrift sowie den gewünschten Versicherungssummen bekanntgegeben werden.

2. An- und Abmeldung

Für Personen, die in den Versicherungsvertrag eingeschlossen werden sollen, tritt die Versicherung nach Zusage des Versicherungsschutzes durch den Versicherer in Kraft.

Personen, die nicht mehr versichert sein sollen, sind dem Versicherer abzumelden.

Artikel 3

Kollektiv-Unfallversicherung ohne Namensangabe

1. Versicherte Personen

Versichert, soweit gemäß Artikel 2.2. AUVB 2001 versicherbar, sind alle zu einer eindeutig beschriebenen Gruppe gehörenden Personen zum gleichen Versicherungsumfang. Die Zuordnung der Versicherten hat so zu erfolgen, daß bei einem Unfall kein Zweifel über die Zugehörigkeit des Betroffenen zum versicherten Personenkreis entsteht

2. Prämienregulierung

2.1. Der Prämienberechnung wird zunächst eine den zu erwerbenden Verhältnis-sen entsprechende Größe zugrunde gelegt.