

ALLGEMEINE BEDINGUNGEN FÜR DIE FAHRZEUGINSASSEN-UNFALLVERSICHERUNG (AIUB 2007)

INHALTSVERZEICHNIS

- Artikel 1 Was ist versichert? (Umfang der Versicherung)
- Artikel 2 Was ist ein Unfall?
- Artikel 3 Was ist nicht versichert? (Ausschlüsse)
- Artikel 4 Wo gilt die Versicherung? (Örtlicher Geltungsbereich)
- Artikel 5 Wann gilt die Versicherung? (Zeitlicher Geltungsbereich)
- Artikel 6 Was gilt als Versicherungsfall?
- Artikel 7 Was gilt als Versicherungsperiode, wann ist die Prämie zu bezahlen und wann beginnt der Versicherungsschutz im Allgemeinen?
- Artikel 8 Für wen gilt die Versicherung?
- Artikel 9 Unter welchen Voraussetzungen verlängert sich der Versicherungsvertrag? (Laufzeit)
- Artikel 10 Welche Leistung erbringt der Versicherer?
- Artikel 11 Wann wird die Versicherungsleistung eingeschränkt?
(Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes)
- Artikel 12 Wann und unter welchen Voraussetzungen wird die Versicherungsleistung ausbezahlt?
(Fälligkeit der Versicherungsleistung)
- Artikel 13 Innerhalb welcher Frist muss der Versicherer seine Leistungspflicht anerkennen oder ablehnen?
(Erklärung über die Versicherungsleistung)
- Artikel 14 Was ist vor bzw. nach Eintritt des Versicherungsfalles zu beachten? (Obliegenheiten)
- Artikel 15 Unter welchen Voraussetzungen kann die Ärztekommision angerufen werden und welchen Regeln Unterliegt dieses Verfahren?
- Artikel 16 Wann können Versicherungsansprüche abgetreten oder verpfändet werden?
- Artikel 17 Wo und innerhalb welcher Frist können Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag geltend gemacht werden? (Klagsfrist und Gerichtsstand)
- Artikel 18 Wer kann nach Eintritt des Schadensfalles kündigen?
- Artikel 19 Was gilt bei Wegfall oder Veräußerung des im Vertrag bezeichneten Fahrzeuges?
- Artikel 20 In welcher Form sind Erklärungen abzugeben?
- Artikel 21 Welches Recht ist auf den Versicherungsvertrag anzuwenden?

Anhang: Rententafel OEM 80/82

Gültig ab 01.05.2007

Artikel 1 Was ist versichert? (Umfang der Versicherung)

Gegenstand der Versicherung

Die Versicherung bezieht sich auf Unfälle in ursächlichem Zusammenhang mit dem Lenken, Benutzen (einschließlich des Ein- und Aussteigens), dem Be- und Entladen sowie dem Einweisen des im Vertrag bezeichneten Kraftfahrzeuges samt Anhänger.

Artikel 2 Was ist ein Unfall?

1. Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper einwirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung oder den Tod erleidet.
2. Als Unfälle gelten auch folgende vom Willen des Versicherten unabhängige Ereignisse:
 - 2.1 Ertrinken;
 - 2.2 Verrenkungen an Gelenken sowie Zerrungen und Zerreißen von an Gliedmaßen und Wirbelsäule befindlichen Muskeln, Sehnen, Bändern und Kapseln infolge plötzlicher ungewohnter Kraftanstrengung;
 - 2.3 Tod oder körperliche Schädigungen durch Verbrennungen, Blitzschlag oder elektrischen Strom;
 - 2.4 Wundinfektionen infolge einer Unfallverletzung;
 - 2.5 Einatmen von Gasen oder Dämpfen;
3. Der Versicherungsschutz bezieht sich auch auf Unfälle, die durch Herzinfarkt oder Schlaganfall herbeigeführt werden.

Artikel 3 Was ist nicht versichert? (Ausschlüsse)

Der Versicherungsschutz umfasst nicht

1. Versicherungsfälle bei Beteiligung an motorsportlichen Wettbewerben (auch Wertungsfahrten, Rallyes) und den dazugehörigen Trainingsfahrten entstehen.
2. Versicherungsfälle, die bei der Verwendung des Kraftfahrzeuges bei einer kraftfahrtsportlichen Veranstaltung, bei der es auf die Erzielung einer Höchstgeschwindigkeit ankommt, oder ihren Trainingsfahrten auf Straßen ohne öffentlichen Verkehr oder für den öffentlichen Verkehr gesperrten Straßen entstehen.
3. Unfälle, die bei der Vorbereitung oder Begehung gerichtlich strafbarer Handlungen durch den Versicherten eintreten, für die Vorsatz Tatbestandsmerkmal ist.
4. Unfälle, die mit Aufruhr, inneren Unruhen, Kriegereignissen, Verfügungen von hoher Hand oder Erdbeben unmittelbar oder mittelbar zusammenhängen.
5. Unfälle, die mittelbar oder unmittelbar
 - 5.1 durch jegliche Einwirkung von Nuklearwaffen, chemischen oder biologischen Waffen,
 - 5.2 durch Kernenergie,
 - 5.3 oder durch den Einfluss ionisierender Strahlen im Sinne der jeweils geltenden Fassung des Strahlenschutzgesetzes, außer jene, die durch Heilbehandlungen aufgrund eines Versicherungsfalles veranlasst waren, verursacht werden;
6. Unfälle bei Fahrten, die ohne Willen des über das Fahrzeug Verfügungsberechtigten vorbereitet, ausgeführt oder ausgedehnt werden;
7. Unfälle, die der Versicherte infolge einer ihn treffenden Geistes- oder Bewusstseinsstörung (auch durch Alkohol- oder Suchtgifteinfluss sowie durch Medikamentenmissbrauch) erleidet.
8. folgende Unfallfolgen einschließlich Verschlimmerungen von Krankheitserscheinungen:
 - 8.1 Bandscheibenhernien und Bauch- oder Unterleibsbrüche jeder Art
 - 8.2 Wasserbrüche und Unterschenkelgeschwüre.

Für Bandscheibenhernien besteht Versicherungsschutz, wenn der Versicherte beweist, dass sie durch direkte mechanische oder chemische Einwirkung auf die Wirbelsäule aufgetreten sind und es sich dabei nicht um eine Verschlimmerung einer schon vor dem Unfall bestehenden Krankheitserscheinung handelt. Der Versicherungsschutz umfasst auch 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 4 Wo gilt die Versicherung? (Örtlicher Geltungsbereich)

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Unfälle, die in Europa im geographischen Sinn eintreten.

Artikel 5 Wann gilt die Versicherung (Zeitlicher Geltungsbereich)

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

Artikel 6 Was gilt als Versicherungsfall?

Versicherungsfall ist das von der Versicherung umfasste Schadensereignis.

Artikel 7 Was gilt als Versicherungsperiode, wann ist die Prämie zu bezahlen und wann beginnt der Versicherungsschutz im Allgemeinen?

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 Polizza oder einer gesonderten Antragsannahmeerklärung) und nach der Aufforderung zur Prämienzahlung zu bezahlen (Einlösen der Polizza). Die Folgeprämien einschließlich Gebühren und Versicherungssteuer sind zu den vereinbarten Fälligkeitsterminen zu entrichten.
3. Bei Zahlungsverzug gelten die §§ 38 ff. des Versicherungsvertragsgesetzes in der jeweils geltenden Fassung.
4. Der Versicherungsschutz beginnt mit der Einlösung der Polizza (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.

Artikel 8 Für wen gilt die Versicherung?

1. Die Versicherung kann abgeschlossen werden
 - 1.1 ausschließlich für den Lenker:
Die vereinbarten Leistungen, gelten für den jeweiligen Lenker des im Vertrag (in der Polizza) bezeichneten Fahrzeuges.
 - 1.2 für alle Insassen:
Die vereinbarten Leistungen gelten für jeden einzelnen kraftfahrrechtlich genehmigten Platz des im Vertrag bezeichneten Fahrzeuges.
Befinden sich zum Unfallszeitpunkt mehr Personen als kraftfahrrechtlich Plätze genehmigt sind, oder sind mehr Plätze vorhanden als im Versicherungsantrag angegeben, so 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 Art. 1 tätig werden.

Artikel 9

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 einen Monat vor Ablauf gekündigt wird.
2. Beträgt die Vertragsdauer weniger als 1 Jahr, endet der Vertrag ohne Kündigung zum vereinbarten Zeitpunkt.

Artikel 10

Welche Leistung erbringt der Versicherer?

1. Todesfall
 - 1.1 Tritt innerhalb eines Jahres vom Unfalltag an gerechnet der Tod als Folge des Unfalles ein, wird die für den Todesfall versicherte Summe bezahlt.
 - 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 zurückfordern.
 - 1.3 Bei Personen unter fünfzehn Jahren werden innerhalb der Versicherungssumme nur die aufgewendeten angemessenen Begräbniskosten ersetzt.
2. Dauernde Invalidität
 - 2.1 Ergibt sich innerhalb eines Jahres vom Unfalltag an gerechnet, dass als Folge des Unfalles eine dauernde Invalidität zurückbleibt, wird aus der hierfür versicherten Summe der dem Grade der Invalidität entsprechende Betrag bezahlt.
Kein Anspruch auf Invaliditätsleistung besteht, wenn die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall stirbt.
 - 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 vier Jahre vom Unfalltag an jährlich neu feststellen zu lassen.
Stirbt der Versicherte, ohne dass der Tod eine Leistung des Versicherers gemäß Pkt. 1.1 bewirkt, vor endgültiger Feststellung der Leistung, richtet sich deren Höhe nach dem zuletzt festgestellten Grad der dauernden Invalidität.
 - 2.3 Bei völligem Verlust oder völliger Gebrauchsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane gelten die folgenden Invaliditätsgrade:

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	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 Pkt. 2.4 festgestellten Invaliditätsgrades werden die sich ergebenden Prozentsätze zusammengerechnet, wobei jedoch nicht mehr als 100% insgesamt geleistet werden.
 - 2.4 Hat der Versicherte am Unfalltag bereits das 75. Lebensjahr vollendet oder besteht die dauernde Invalidität in einer Nervenerkrankung oder Geisteskrankheit, tritt an Stelle der Kapitalszahlung eine nach der angeschlossenen Rententafel OEM 80/82 und eines Zinsfußes von 3% unter Zugrundelegung des vom Versicherten am Unfalltag vollendeten Lebensjahres zu bemessende Rente. (Anhang)

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

Die Rentenleistung beginnt gemäß Art. 11 und erfolgt jeweils für einen Kalendermonat im Voraus. Sie endet mit Ende des Kalendermonates, in dem der Versicherte gestorben ist.

3. Rückholkosten, 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. Ist der Fahrzeuglenker vom Unfall betroffen, 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 letzten Wohnsitz in Österreich getragen.

Diese Leistungen sind für alle Insassen zusammen mit 5% der für Todesfall und dauernde Invalidität versicherten Summen, höchstens mit € 5.000 begrenzt.

Artikel 11

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. Darüber hinaus bestehen folgende Einschränkungen:
 - 2.1 Haben bei den Unfallfolgen Krankheiten oder Gebrechen mitgewirkt, die schon vor dem Unfall bestanden haben, ist die Leistung entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens zu kürzen.
 - 2.2 Bei Blutungen aus inneren Organen oder bei Gehirnblutungen wird eine Leistung nur erbracht, wenn Ursache für diese Schäden ein Versicherungsfall, nicht aber eine innere Erkrankung oder ein Gebrechen gewesen ist.
 - 2.3 Wenn der Versicherte vor Eintritt des Unfalles durch Krankheit oder Gebrechen in seiner körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit 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, welcher der schon vorher vorhanden gewesenen Invalidität entspricht. Für diese Bemessung werden die in Art. 10 Pkt. 2.3 und 2.4 festgehaltenen Grundsätze 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 beeinträchtigt waren.
 - 2.4 Für die Folgen psychischer und nervöser Störungen, die im Anschluss an einen Unfall eintreten, wird eine Entschädigung nur geleistet, wenn und soweit diese Störungen auf eine durch den Unfall verursachte organische Erkrankung des Nervensystems oder eine durch den Unfall neu entstandene Epilepsie zurückzuführen sind.
 - 2.5 Seelische Fehlhaltungen (Neurosen, Psychoneurosen) gelten nicht als Unfallfolgen.

Artikel 12

Fälligkeit der Versicherungsleistung

1. Steht die Leistungspflicht dem Grunde und der Höhe nach fest, ist die Leistung innerhalb von 2 Wochen fällig.
2. Die Versicherungsleistung wird zwei Wochen nach Abschluss der für die Feststellung der Leistungspflicht notwendigen Erhebungen fällig.
3. Steht die Eintrittspflicht des Versicherers dem Grunde nach fest, kann der Versicherungsnehmer nach Ablauf eines Monats seit Eingang der Schadensanzeige beim Versicherer in Anrechnung auf seine Gesamtforderung Abschlagszahlungen bis zur Höhe des Betrages verlangen, den der Versicherer nach Lage der Sache aufgrund vorgelegter Bescheinigungen mindestens zu zahlen haben wird.

Artikel 13

Innerhalb welcher Frist muss der Versicherer seine Leistungspflicht anerkennen oder ablehnen?

(Erklärung über die Versicherungsleistung)

1. Der Versicherer ist verpflichtet, bei Ansprüchen auf Todesfallleistungen innerhalb eines Monats, bei Ansprüchen auf Leistung für dauernde Invalidität innerhalb dreier Monate zu erklären, ob und inwieweit er eine Leistungspflicht anerkennt. Der Fristenlauf beginnt mit dem Eingang der Unterlagen, die der Anspruchserhebende zur Feststellung des Unfallherganges und der Unfallfolgen und über den Abschluss des Heilverfahrens beizubringen hat.
2. 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 die Ärztekommision (Art. 15).

Artikel 14

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

1. Als Obliegenheit, deren Verletzung im Zeitpunkt des Versicherungsfalles die Freiheit des Versicherers von der Verpflichtung zur Leistung bewirkt (§ 6 Abs. 1 und 1a des Versicherungsvertragsgesetz 1958), wird die Verpflichtung bestimmt, das Fahrzeug nicht zu einem anderen als dem im Versicherungsvertrag vereinbarten Zweck zu verwenden.
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 zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles die Freiheit des Versicherers von der Verpflichtung zur Leistung bewirkt (§ 6 Abs. 2 Versicherungsvertragsgesetz 1958) 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 Suchtgifte oder durch Medikamentenmissbrauch beeinträchtigten Zustand im Sinne der Straßenverkehrsvorschriften befindet.
Die Verpflichtung zur Leistung bleibt in den Fällen der Punkte 2.1 und 2.2 gegenüber dem Versicherungsnehmer (falls dieser nicht Lenker war) und den anderen (mit)versicherten Personen bestehen, sofern für diese die Obliegenheitsverletzung ohne Verschulden nicht erkennbar war.
3. Als Obliegenheiten, deren Verletzung nach Eintritt des Versicherungsfalles die Freiheit des Versicherers von der Verpflichtung zur Leistung bewirkt (§ 6 Abs. 3 Versicherungsvertragsgesetz 1958), werden bestimmt,
 - 3.1 dem Versicherer längstens innerhalb einer Woche
 - 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 dass die behandelnden Ärzte oder die behandelnde Krankenanstalt sowie diejenigen Ärzte oder Krankenanstalten, von denen der Unfallgeschädigte aus anderen Anlässen behandelt oder untersucht worden ist, ermächtigt und aufgefordert werden, 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;
 - 3.4 dass sich der Unfallgeschädigte auf Verlangen des Versicherers von den von diesem bezeichneten Ärzten sowie der Ärztekommision (Art. 15) untersuchen lässt. Im Falle aufgeschobener Feststellung des Grades der Invalidität (Art. 10 Pkt. 2.2) braucht diesem Verlangen nur nach Ablauf von jeweils sechs Monaten entsprochen zu werden;
 - 3.5 dass ein Todesfall dem Versicherer binnen dreier Tage anzuzeigen ist, und zwar auch dann, wenn der Unfall selbst bereits angemeldet ist;

- 3.6 dem Versicherer das Recht einzuräumen, die Leiche durch Ärzte besichtigen, nötigenfalls exhumieren und auch öffnen zu lassen.
- 3.7 Nach Erhalt des Formulars für Unfallanzeigen ist dieses ohne Verzug dem Versicherer ausgefüllt zuzusenden; außerdem sind dem Versicherer alle verlangten sachdienlichen Auskünfte zu erteilen.
- 3.8. Die mit dem Unfall befassten Behörden sind zu ermächtigen und zu veranlassen die vom Versicherer verlangten Auskünfte zu erteilen.
- 3.9. Dem Versicherer ist, wenn der Versicherte in ein Spital zu ambulanter und/oder stationärer Behandlung der Unfallfolgen eingewiesen ist, nach der Entlassung aus dem Spital bzw. der ambulanten Behandlung eine Bescheinigung der Spitalverwaltung einzusenden, in welcher der volle Vor- und Zuname des Versicherten, dessen Geburtsdatum, der Tag der Aufnahme zur Spitalbehandlung und der Tag der Entlassung sowie die Diagnose angegeben sein müssen.
- 3.10. Wenn Unfallkosten geltend gemacht werden, sind dem Versicherer die Originalbelege zu überlassen.
4. Der Versicherungsnehmer ist im Sinne des § 62 Versicherungsvertragsgesetz 1958 insbesondere verpflichtet, unverzüglich ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen und die ärztliche Behandlung bis zum Abschluss des Heilverfahrens regelmäßig fortzusetzen. Ebenso ist für die angemessene Krankenpflege zu sorgen.
5. Für die Einhaltung der Obliegenheiten sind der Versicherungsnehmer sowie alle berechtigten Benutzer verantwortlich.

Artikel 15

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

1. Wenn der Versicherungsnehmer mit der Feststellung des Versicherers über das Ausmaß der Versicherungsleistung (Bemessung des Grades der dauernden Invalidität) nicht einverstanden ist, kann er innerhalb von 6 Monaten nach Zugang der Erklärung unter Bekanntgabe seiner Forderungen 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. Die Ärztekommision besteht aus zwei Mitgliedern und einem Obmann. Je ein Mitglied benennt der Versicherungsnehmer und der Versicherer. Wenn ein Vertragsteil innerhalb von 2 Wochen nach schriftlicher Aufforderung sein Kommissionsmitglied nicht benennt, wird auch dieses vom anderen Vertragsteil benannt. Der Obmann ist vor Beginn des Verfahrens von den Kommissionsmitgliedern zu wählen. Einigen sie sich über die Person des Obmannes nicht, wird dieser von der für den Wohnsitz des Versicherten zuständigen Ärztekammer bestellt.
3. Die Kommission hat über ihre Tätigkeit ein Protokoll zu führen und darin die Entscheidung schriftlich zu begründen; bei Nichteinigung entscheidet der Obmann im Rahmen der durch die Gutachten der beiden Kommissionsmitglieder gegebenen Grenzen.
Die Entscheidung wird beiden Vertragspartnern bekannt gegeben.
4. Die Kosten der Ärztekommision werden von ihr festgesetzt und sind im Verhältnis des Obsiegens vom Versicherer und vom Versicherungsnehmer zu tragen. Der Anteil der Kosten, die der Versicherungsnehmer zu tragen hat, ist mit 5% der für Tod und Invalidität zusammen versicherten Summe, höchstens jedoch mit 50% des strittigen Betrages, begrenzt.
5. Die Unterlagen des Verfahrens sind vom Versicherer zu verwahren.

Artikel 16

Wann können Versicherungsansprüche abgetreten oder verpfändet werden?

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

Artikel 17
Wo und innerhalb welcher Frist können Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag geltend gemacht werden?
(Klagsfrist und Gerichtsstand)

Der Versicherungsnehmer kann 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.

Artikel 18
Wer kann nach Eintritt des Schadensfalles kündigen?

1. Der Versicherer oder der Versicherungsnehmer kann den Vertrag unter Einhaltung einer einmonatigen Frist kündigen, wenn in einem Versicherungsfall eine Leistung anerkannt oder eine Leistung erbracht wurde. Die Kündigung muss innerhalb eines Monats nach Leistungserbringung oder Anerkenntnis erfolgen. Hat der Versicherungsnehmer einen Anspruch arglistig erhoben, kann der Versicherer ohne Einhaltung einer Frist kündigen.
2. Der Versicherungsnehmer kann den Vertrag mit einmonatiger Frist kündigen, wenn der Versicherer unberechtigt eine Entschädigungsleistung verweigert. Die Kündigung muss innerhalb eines Monats nach Ablehnung der Entschädigungsleistung erfolgen. Die Frist ist bis zur rechtskräftigen Beendigung eines gerichtlichen Verfahrens oder der Zustellung der Entscheidung der Ärztekommision (Art. 15) über den Entschädigungsanspruch gehemmt.

Artikel 19
Was gilt bei Wegfall oder Veräußerung des im Vertrag bezeichneten Fahrzeuges?

Bei Wegfall des versicherten Interesses gilt § 68 des Versicherungsgesetzes 1958. Ein Weg des versicherten Interesses liegt dann vor, wenn das in der Polizza bezeichnete Fahrzeug entweder zerstört ist oder aber veräußert wird.

Artikel 20
In welcher Form sind Erklärungen abzugeben?

Alle Mitteilungen und Erklärungen des Versicherten sind nur in schriftlicher Form verbindlich.

Artikel 21
Welches Recht ist auf den Versicherungsvertrag anzuwenden?

Auf den Versicherungsvertrag findet österreichisches Recht Anwendung.

ANHANG
Rententafel

Aufgrund der österreichischen allgemeinen Sterbetafel OEM 80/82 und eines Zinsfußes von jährlich 3% (Art. 6 Pkt. 3)

Jahresbetrag der monatlich im Voraus zahlbaren lebenslangen*) Rente für einen Kapitalbetrag von € 1000,-

Alter**)	Jahresrente €	Alter**)	Jahresrente €	Alter**)	Jahresrente €	Alter**)	Jahresrente €
0	34,95	20	39,06	40	49,69	60	80,60
1	34,60	21	39,37	41	50,57	61	83,39
2	34,74	22	39,70	42	51,50	62	86,40
3	34,90	23	40,04	43	52,48	63	89,65
4	35,07	24	40,40	44	53,50	64	93,17
5	35,26	25	40,78	45	54,58	65	96,97
6	35,45	26	41,18	46	55,72	66	101,07
7	35,65	27	41,60	47	56,92	67	105,49
8	35,86	28	42,04	48	58,18	68	110,25
9	36,09	29	42,50	49	59,51	69	115,35
10	36,32	30	42,99	50	60,91	70	120,86
11	36,56	31	43,51	51	62,40	71	126,78
12	36,81	32	44,06	52	63,96	72	133,18
13	37,08	33	44,64	53	65,62	73	140,07
14	37,35	34	45,25	54	67,37	74	147,44
15	37,63	35	45,91	55	69,24	75	155,31
16	37,92	36	46,59	56	71,22	76	163,71
17	38,20	37	47,31	57	73,34	77	172,68
18	38,48	38	48,06	58	75,60	78	182,27
19	38,76	39	48,86	59	78,01	79	192,58
-	-	-	-	-	-	80	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