

Allgemeine Bedingungen für die Unfallversicherung

AUVB2003

INHALTSVERZEICHNIS

ABSCHNITT A: VERSICHERUNGSSCHUTZ

- Art. 1: Gegenstand der Versicherung
- Art. 2: Versicherungsfall
- Art. 3: Örtlicher Geltungsbereich
- Art. 4: Zeitlicher Geltungsbereich
- Art. 5: Beginn des Versicherungsschutzes, vorläufige Deckung
- Art. 6: Begriff des Unfalles

ABSCHNITT B: VERSICHERUNGSLEISTUNGEN

- Art. 7: Dauernde Invalidität
- Art. 8: Todesfall
- Art. 9: Taggeld
- Art. 10: Spitalgeld
- Art. 11: Unfallkosten
- Art. 12: Kinderlähmung, Frühsommer-Meningoencephalitis
- Art. 13: Zusatzleistungen
- Art. 14: Fälligkeit der Leistung des Versicherers, Verjährung
- Art. 15: Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten (Ärztekommission)

ABSCHNITT C: BEGRENZUNGEN DES VERSICHERUNGSSCHUTZES

- Art. 16: Unversicherbare Personen
- Art. 17: Ausschlüsse
- Art. 18: Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes

ABSCHNITT D: PFLICHTEN DES VERSICHERUNGSNEHMERS

- Art. 19: Prämie
- Art. 20: Anzeige der Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung
- Art. 21: Obliegenheiten

ABSCHNITT E: SONSTIGE VERTRAGSBESTIMMUNGEN

- Art. 22: Versicherungsperiode, Vertragsdauer
- Art. 23: Kündigung, Erlöschen des Vertrages
- Art. 24: Rechtsstellung der am Vertrag
- Art. 25: Gerichtsstand
- Art. 26: Form der Erklärungen
- Art. 27: Welches Recht ist anzuwenden?
- Art. 28: Rententafel

ABSCHNITT A: VERSICHERUNGSSCHUTZ

Artikel 1

Gegenstand der Versicherung

Wir bieten Versicherungsschutz, wenn der versicherten Person ein Unfall zustößt.

Die Leistungen, die versichert werden können, ergeben sich aus Abschnitt B. Aus der Polizza ist ersichtlich, welche Leistungen und Versicherungssummen vereinbart sind.

Artikel 2

Versicherungsfall

Versicherungsfall ist der Eintritt eines Unfalles (Art. 6).

Artikel 3

Örtlicher Geltungsbereich

Die Versicherung gilt auf der ganzen Erde.

Artikel 4

Zeitlicher Geltungsbereich

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

Artikel 5

Beginn des Versicherungsschutzes, vorläufige Deckung

1. Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz wird mit der Einlösung der Polizza (Art.19), jedoch nicht vor dem vereinbarten Versicherungsbeginn wirksam. Wird die erste oder die einmalige Prämie erst danach eingefordert, dann aber binnen 14 Tagen oder ohne schuldhaften Verzug gezahlt, ist der Versicherungsschutz ab dem vereinbarten Versicherungsbeginn gegeben.

2. Sofortschutz

Abweichend von Pkt. 1 beginnt der Sofortschutz mit Eingang des Antrages in der Generaldirektion, sofern wir auf elektronischem Weg zur Übermittlung eines verbindlichen Angebotes (Polizza) aufgefordert worden sind, mit Einlangen der elektronisch erfassten Daten in der Generaldirektion, frühestens aber mit dem beantragten Versicherungsbeginn. Der Sofortschutz endet mit Zustellung der Polizza, wenn die Annahme des Antrages abgelehnt oder der Sofortschutz gekündigt wird, spätestens jedoch sechs Wochen nach dessen Beginn. Der Sofortschutz erstreckt sich auf die beantragten Versicherungssummen mit den jeweils vereinbarten Höchstgrenzen. Voraussetzung für den Sofortschutz ist, dass alle mit dem Vertragsabschluss verbundenen Fragen wahrheitsgetreu und vollständig beantwortet wurden. Sofortschutz besteht nicht, wenn die versicherte Person zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses unversicherbar im Sinne des Art. 16 ist und auch sonst keine Einschränkungen oder Ausschlüsse nach Maßgabe dieser Versicherungsbedingungen vorliegen. Für den Zeitraum des Sofortschutzes gebührt eine anteilige Prämie, die entweder im Rahmen der Erstprämie oder aber - im Falle der Ablehnung des Antrages - gesondert vorgeschrieben wird. Eine darüber hinausgehende zusätzliche Prämie werden wir nicht berechnen. Wenn wir aufgrund des vorläufigen Sofortschutzes leisten, verrechnen wir die erste Jahresprämie bzw. einmalige Prämie.

Artikel 6

Begriff des Unfalles

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

2. Als Unfall gelten auch folgende Ereignisse:

Verrenkungen von Gliedern sowie Zerrungen und Zerreißen von an Gliedmaßen und an der Wirbelsäule befindlichen Muskeln, Sehnen, Bändern und Kapseln sowie Meniskusverletzungen. Hinsichtlich krankhaft abnutzungsbedingter Einflüsse findet insbesondere Art. 18 Pkt. 2. Anwendung

3. Krankheiten gelten nicht als Unfälle, übertragbare Krankheiten auch nicht als Unfallfolgen. Dies gilt nicht für Kinderlähmung und die durch Zeckenbiss übertragene Frühsommer-Meningoenzephalitis sowie für Wundstarrkrampf und Tollwut.

4. Der Versicherungsschutz gilt auch für Unfälle, die die versicherte Person als Fluggast in motorischen Luftfahrzeugen erleidet.

Als Fluggast gilt, wer weder mit dem Betrieb des Luftfahrzeuges in ursächlichem Zusammenhang steht oder Besatzungsmitglied ist.

Abschnitt B: VERSICHERUNGSLEISTUNGEN

Artikel 7

Dauernde Invalidität

1. Voraussetzungen für die Leistung:

Die versicherte Person ist durch den Unfall auf Dauer in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt.

Die Invalidität ist

innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten und von einem Arzt schriftlich festgestellt und bei uns geltend gemacht worden.

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

2. Art und Höhe der Leistung:

2.1. Die Invaliditätsleistung zahlen wir

- als Kapitalbetrag bei Unfällen der versicherten Person vor Vollendung des 75. Lebensjahres,
- als Rente - sofern nichts anderes vereinbart ist - nach der jeweiligen Rententafel bei Unfällen nach diesem Zeitpunkt.

2.2. Bei völligem Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane gelten ausschließlich die folgenden Invaliditätsgrade:

eines Armes	.....	70
%		
eines Daumens	.....	20
%		
eines Zeigefingers	.....	10
%		
eines anderen Fingers	.....	5
%		
eines Beines	.....	70
%		
einer großen Zehe	.....	5
%		
einer anderen Zehe	.....	2
%		
der Sehkraft beider Augen	.....	100
%		
der Sehkraft eines Auges	.....	35
%		
sofern die Sehkraft des anderen Auges vor Eintritt des Versicherungsfalles bereits verloren war		65
%		
des Gehörs beider Ohren	.....	60
%		
des Gehörs eines Ohres	.....	15
%		
sofern jedoch das Gehör des anderen Ohres vor Eintritt des Versicherungsfalles bereits verloren war		45
%		
des Geruchsinnes	.....	10
%		
des Geschmacksinnes	.....	5
%		
der Milz	.....	10
%		
der Niere	.....	20
%		

Wenn bereits die zweite Niere vor dem Unfall oder als Unfallfolge beeinträchtigt ist, ist Art. 7 Abs. 3, anzuwenden.

2.3. Bei Teilverlust oder Funktionsbeeinträchtigung gilt der entsprechende Teil des jeweiligen Prozentsatzes.

3. Für andere Körperteile und Sinnesorgane bemisst sich der Invaliditätsgrad danach, inwieweit die normale körperliche oder geistige Funktionsfähigkeit insgesamt beeinträchtigt ist. Dabei sind ausschließlich medizinische Gesichtspunkte zu berücksichtigen. Waren betroffene Körperteile oder Sinnesorgane oder deren Funktionen bereits vor dem Unfall dauernd beeinträchtigt, wird der Invaliditätsgrad um die Vorinvalidität gemindert.

4. Sind mehrere Körperteile oder Sinnesorgane durch den Unfall beeinträchtigt, werden die nach den vorstehenden Bestimmungen ermittelten Invaliditätsgrade zusammengerechnet. Mehr als 100 % werden jedoch nicht berücksichtigt.

5. Im ersten Jahr nach dem Unfall wird eine Invaliditätsleistung von uns nur erbracht, wenn Art und Umfang der Unfallfolgen aus ärztlicher Sicht eindeutig feststehen.

6. Steht der Grad der dauernden Invalidität nicht eindeutig fest, sind sowohl die versicherte Person als auch wir berechtigt, den Invaliditätsgrad jährlich bis 4 Jahre ab dem Unfalltag ärztlich neu bemessen zu lassen.

Artikel 8

Todesfall

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

2. Auf die Todesfalleistung werden nur Zahlungen, die für dauernde Invalidität aus demselben Ereignis geleistet worden sind, angerechnet. Einen Mehrbetrag an Leistung für dauernde Invalidität können wir nicht zurückverlangen.

3. Für Personen unter 15 Jahren werden im Rahmen der Versicherungssumme nur die aufgewendeten, angemessenen Begräbniskosten ersetzt.

Artikel 9

Taggeld

Taggeld wird bei dauernder oder vorübergehender Invalidität für die Dauer der vollständigen Arbeitsunfähigkeit im Beruf oder in der Beschäftigung der versicherten Person für längstens 365 Tage innerhalb von 4 Jahren ab dem Unfalltag gezahlt.

Artikel 10

Spitalgeld

1. Spitalgeld wird für jeden Kalendertag, an dem sich die versicherte Person wegen eines Versicherungsfalles in medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung befindet, längstens für 365 Tage innerhalb von 4 Jahren ab dem Unfalltag gezahlt.

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, Werksspitäler und Krankenreviere der Exekutive.

3. Nicht als Spitäler gelten z.B. Heil- und Pflegeanstalten für Lungenkranke sowie für unheilbar chronisch Erkrankte, Erholungs-

und Genesungsheime, Altersheime und deren Krankenabteilungen sowie Kuranstalten, ferner Heil- und Pflegeanstalten für Nerven- und Geisteskranke.

Artikel 11

Unfallkosten

Bis zur Höhe der hiefür vereinbarten Versicherungssumme werden von uns Unfallkosten ersetzt, sofern sie innerhalb von 4 Jahren vom Unfalltag an gerechnet entstehen und soweit nicht von einem Sozialversicherungsträger Ersatz zu leisten ist oder von einem sonstigen Leistungsträger Ersatz geleistet wurde.

Unfallkosten sind:

1. Heilkosten, die zur Behebung der Unfallfolgen aufgewendet wurden und nach ärztlicher Verordnung notwendig waren. Hiezu 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 der Wiederbeschaffung eines Zahnersatzes, künstlicher Gliedmaßen oder sonstiger künstlicher Behelfe werden nicht ersetzt.

2. Bergungskosten, die notwendig werden, wenn die versicherte Person

2.1. einen Unfall erlitten hat oder in Berg- oder Wassernot geraten ist und verletzt oder unverletzt geborgen werden muss;

2.2. durch einen Unfall oder infolge Berg- oder Wassernot den Tod erleidet und ihre Bergung erfolgen muss.

Bergungskosten sind die nachgewiesenen Kosten des Suchens nach der versicherten Person und ihres Transportes bis zur nächsten befahrbaren Straße oder bis zum dem Unfallort nächstgelegenen Spital.

3. Rückholkosten, das sind die unfallbedingten Kosten des ärztlich empfohlenen Verletztentransportes, wenn die versicherte Person außerhalb ihres Wohnortes verunfallt ist, von der Unfallstelle bzw. dem Krankenhaus, in das sie nach dem Unfall gebracht wurde, an ihren Wohnort bzw. zum nächstgelegenen Krankenhaus. Bei einem tödlichen Unfall werden auch die Kosten der Überführung des Toten zu dessen letztem Wohnort in Österreich bezahlt.

Artikel 12

Kinderlähmung, Frühsommer-Meningoencephalitis

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf die Folgen der Kinderlähmung und der durch Zeckenbiss übertragenen Frühsommer-Meningoencephalitis und Lyme-Borreliose, wenn die Erkrankung serologisch festgestellt und frühestens 15 Tage nach Beginn, jedoch spätestens 15 Tage nach Erlöschen der Versicherung zum Ausbruch kommt.

Als Krankheitsbeginn (Zeitpunkt des Versicherungsfalles) gilt der Tag, an dem erstmals ein Arzt wegen der als Kinderlähmung, Lyme-Borreliose oder Frühsommer-Meningoencephalitis diagnostizierten Krankheit konsultiert wurde.

Eine Leistung wird von uns nur für Tod oder dauernde Invalidität erbracht. Die Leistung bleibt im Rahmen der Versicherungssumme mit der dafür vereinbarten Entschädigungshöchstleistung begrenzt.

Artikel 13

Zusatzleistung

Wir übernehmen die erforderlichen Kosten, die durch Erfüllung der in Art. 21 Pkt. 2, bestimmten Obliegenheiten entstehen. Ausgenommen bleiben davon Kosten nach Pkt. 2.4. des Art. 21.

Artikel 14

Fälligkeit unserer Leistung und Verjährung

1. Wir sind verpflichtet, innerhalb eines Monats, bei Ansprüchen auf Leistung für dauernde Invalidität innerhalb dreier Monate, zu erklären, ob und in welcher Höhe wir eine Leistungspflicht anerkennen. Die Fristen beginnen mit dem Eingang der Unterlagen, die der Anspruchsberechtigte zur Feststellung des Unfallherganges und der Unfallfolgen und über den Abschluss des Heilverfahrens uns vorzulegen hat.

2. Steht die Leistungspflicht dem Grunde und der Höhe nach fest, ist die Leistung fällig. Die Fälligkeit der Leistung tritt jedoch unabhängig davon ein, wenn der Anspruchsberechtigte nach Ablauf zweier Monate seit dem Begehren nach einer Geldleistung eine Erklärung von uns verlangt, aus welchen Gründen die Erhebungen noch nicht beendet werden konnten, und wir diesem Verlangen nicht binnen eines Monats entsprechen.

3. Steht die Leistungspflicht nur dem Grunde nach fest, kann der Anspruchsberechtigte von uns Vorschüsse bis zu der Höhe des Betrages verlangen, den wir nach Lage der Sache mindestens zu zahlen haben werden.

4. Für die Verjährung gilt § 12 VersVG.

Artikel 15

Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten (Ärztekommission)

1. Im Fall von Meinungsverschiedenheiten über Art und Umfang der Unfallfolgen oder darüber, in welchem Umfang die eingetretene Beeinträchtigung auf den Versicherungsfall zurückzuführen ist, ferner über die Beeinflussung der Unfallfolgen durch Krankheiten oder Gebrechen sowie im Falle des Art. 7, Pkt. 6., entscheidet die Ärztekommision.

2. In den nach Pkt. 1. der Ärztekommision zur Entscheidung vorbehaltenen Meinungsverschiedenheiten kann der Anspruchsberechtigte innerhalb von 6 Monaten nach Zugang unserer Erklärung Widerspruch erheben und mit Vorlage eines medizinischen Gutachtens unter Bekanntgabe seiner Forderung gemäß Art. 14, Pkt. 1 die Entscheidung der Ärztekommision beantragen.

3. Das Recht, die Entscheidung der Ärztekommision zu beantragen, steht auch uns zu.

4. Für die Ärztekommision bestimmen wir und der Anspruchsberechtigte je einen in der österreichischen Ärzteliste eingetragenen Arzt mit ius practicandi (Recht zur Berufsausübung). Wenn einer der beiden Parteien innerhalb zweier Wochen nach schriftlicher Aufforderung keinen Arzt benennt, wird dieser von der österreichischen 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 ein für den Versicherungsfall zuständiger medizinischer Sachverständiger durch die österreichische Ärztekammer als Obmann bestellt.

5. Die versicherte Person ist verpflichtet, sich von den Ärzten der Kommission untersuchen zu lassen und sich jenen Maßnahmen zu

unterziehen, die diese Kommission für notwendig hält.

6. Die Ärztekommision hat über ihre Tätigkeit ein Protokoll zu führen; in diesem ist die Entscheidung schriftlich zu begründen. Bei Nichteinigung hat jeder Arzt seine Auffassung im Protokoll gesondert darzustellen. Ist eine Entscheidung durch den Obmann erforderlich, begründet auch er sie in einem Protokoll. Die Akten des Verfahrens werden von uns verwahrt.

7. Die Kosten der Ärztekommision werden von ihr festgesetzt und sind im Verhältnis des Obsiegens der beiden Parteien zu tragen. Im Falle des Art. 7, Pkt. 6. trägt die Kosten, wer die Neufeststellung verlangt hat.

Der Anteil der Kosten, den der Anspruchsberechtigte zu tragen hat, ist mit 5 % der für Tod und Invalidität zusammen versicherten Summe, höchstens jedoch mit 50 % des strittigen Betrages, begrenzt.

Abschnitt C: BEGRENZUNGEN DES VERSICHERUNGSSCHUTZES

Artikel 16

Unversicherbare Personen

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 der versicherten Person infolge Krankheit oder Gebrechen nach medizinischen Gesichtspunkten die Ausübung einer Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann und auch tatsächlich keine Erwerbstätigkeit vorliegt.

2. Hinsichtlich einer unversicherbaren Person kommt ein Versicherungsvertrag nicht zustande.

Wenn die versicherte Person während der Laufzeit des Versicherungsvertrages unversicherbar geworden ist, erlischt der Versicherungsschutz. Gleichzeitig endet der Vertrag für diese versicherte Person.

Artikel 17

Ausschlüsse

Ausgeschlossen von der Versicherung sind Unfälle

1. bei der Benützung von Luftfahrtgeräten und bei Fallschirmabsprüngen sowie bei der Benützung von Luftfahrzeugen, soweit sie nicht unter die Bestimmungen des Art. 6 Pkt. 4 fällt;

2. die bei Beteiligung an motorsportlichen Wettbewerben (auch Wertungsfahrten und Rallyes) und den dazugehörigen Trainingsfahrten entstehen;

3. bei der Teilnahme an Landes-, Bundes- oder internationalen Wettbewerben auf dem Gebiet des nordischen und alpinen Schisports, des Snowboardens sowie Freestyling, Bob-, Skibob-, Skeletonfahrens oder Rodeln sowie am offiziellen Training für diese Veranstaltungen;

4. die beim Versuch oder der Begehung gerichtlich strafbarer Handlungen durch die versicherte Person eintreten, für die Vorsatz Tatbestandsmerkmal ist;

5. die unmittelbar oder mittelbar mit Kriegsereignissen jeder Art zusammenhängen;

6. durch innere Unruhen, wenn die versicherte Person daran auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;

7. die mittelbar oder unmittelbar

- durch jegliche Einwirkung von Nuklearwaffen, chemischen oder

biologischen Waffen,
-durch Kernenergie,
-oder durch den Einfluss ionisierender Strahlen im Sinne der
jeweils geltenden Fassung des Strahlenschutzgesetzes,
-außer jene, die durch Heilbehandlungen aufgrund eines
Versicherungsfalles veranlasst waren, verursacht werden;

8. die die versicherte Person infolge einer Bewusstseinsstörung
oder einer wesentlichen Beeinträchtigung ihrer psychischen
Leistungsfähigkeit durch Alkohol, Suchtgifte oder Medikamente
erleidet;

9. durch Gesundheitsschäden bei Heilmaßnahmen oder Eingriffen am
Körper der versicherten Person. Versicherungsschutz besteht
jedoch, wenn die Heilmaßnahmen oder Eingriffe durch einen unter
diesen Vertrag fallenden Unfall veranlasst waren.

Artikel 18

Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes

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

1. Bei der Bemessung des Invaliditätsgrades wird ein Abzug in
Höhe einer Vorinvalidität nur vorgenommen, wenn durch den Unfall
eine körperliche oder geistige Funktion betroffen ist, die schon
vorher beeinträchtigt war.

Die Vorinvalidität wird nach Art. 7, Pkt. 2 und 3, bemessen.

2. Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch ein
Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung -
insbesondere solche Verletzungen, die durch krankhaft
abnutzungsbedingte Einflüsse verursacht oder mitverursacht
worden sind - oder deren Folgen mitgewirkt, ist im Falle einer
Invalidität der Prozentsatz des Invaliditätsgrades ansonsten die
Leistung entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des
Gebrechens zu vermindern sofern dieser Anteil mindestens 25 %
beträgt.

3. Für Gesundheitsschädigungen, die aufgrund akuter
Mangeldurchblutung des Herzmuskels entstanden sind (z.B.
Herzinfarkt), wird nur dann eine Leistung erbracht, wenn ein
überwiegender Kausalzusammenhang mit einer unmittelbaren
Verletzung der betreffenden Koronararterie besteht und diese
Verletzung durch eine direkte mechanische Einwirkung von außen
auf den Brustkorb verursacht worden ist. Unfälle infolge von
Herzinfarkt und Schlaganfall gelten auch als mitversichert;

4. Für organisch bedingte Störungen des Nervensystems wird eine
Leistung von uns nur erbracht, wenn und soweit diese Störung auf
eine durch den Unfall verursachte organische Schädigung
zurückzuführen ist.

Seelische Fehlhaltungen (Neurosen, Psychoneurosen) gelten nicht
als Unfallfolgen.

5. Bei Bandscheibenhernien wird eine Leistung nur erbracht, wenn
sie durch direkt mechanische Einwirkung auf die Wirbelsäule
entstanden sind und es sich nicht um eine Verschlimmerung von
vor dem Unfall bestandenen Krankheitserscheinungen handelt.

6. Für Bauch- und Unterleibsbrüche jeder Art wird eine Leistung
nur erbracht, wenn sie durch eine von außen kommende mechanische
Einwirkung direkt herbeigeführt worden sind und nicht
anlagebedingt waren.

Abschnitt D: PFLICHTEN DES VERSICHERUNGSNEHMERS

Artikel 19

Prämie

Die erste oder die einmalige Prämie einschließlich Gebühren und Versicherungssteuer ist von Ihnen innerhalb von 14 Tagen nach dem Abschluss des Versicherungsvertrages (Zugang der Police oder einer gesonderten Antragsannahmeerklärung) und nach der Aufforderung zur Prämienzahlung zu bezahlen (Einlösung der Police). Die Folgeprämien einschließlich Gebühren und Versicherungssteuer sind zu den vereinbarten Fälligkeitsterminen zu entrichten.

Für die Folgen nicht rechtzeitiger Prämienzahlung gelten die §§ 38 ff VersVG.

Artikel 20

Anzeige der Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung sowie besonders gefährlicher Freizeitaktivitäten;

Veränderungen der bei Vertragsabschluß anzugebenden Berufstätigkeit, Beschäftigung oder - soferne danach bei Vertragsabschluß ausdrücklich und genau umschrieben gefragt wird - besonders gefährlicher Freizeitaktivitäten der versicherten Person sind unverzüglich anzuzeigen. Einberufungen zum ordentlichen Präsenzdienst, zum Zivildienst sowie zu kurzfristigen militärischen Reserveübungen gelten nicht als Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung.

-Ergibt sich für die neue Berufstätigkeit, die Beschäftigung oder die besonders gefährlichen Freizeitaktivitäten der versicherten Person nach dem zur Zeit der Veränderung unseres Tarifes eine niedrigere Prämie, so ist vom Zugang der Anzeige an nur diese Prämie zu bezahlen.

- Ergibt sich eine höhere Prämie, so besteht für die Dauer von drei Monaten ab dem Zeitpunkt, ab dem uns die Anzeige hätte zugehen müssen, auch für die neue Berufstätigkeit, Beschäftigung oder besonders gefährlichen Freizeitaktivitäten der volle Versicherungsschutz.

Tritt ein auf die neue Berufstätigkeit, Beschäftigung oder besonders gefährliche Freizeitaktivitäten zurückzuführender Versicherungsfall nach Ablauf der drei Monate ein, ohne dass inzwischen eine Einigung über die Mehrprämie erreicht worden wäre, so werden unsere Leistungen in der Weise bemessen, dass dem Vertrag als Versicherungssummen jene Beträge zugrundegelegt werden, welche sich nach den für die neue Berufstätigkeit bzw. Beschäftigung bzw. besonders gefährlichen Freizeitaktivitäten erforderlichen Prämienätzen aufgrund der tatsächlichen in der Police berechneten Prämie ergeben.

-Besteht für die neue Berufstätigkeit, Beschäftigung oder die besonders gefährlichen Freizeitaktivitäten grundsätzlich kein Versicherungsschutz, finden die Bestimmungen der §§ 23 ff VersVG, Anwendung.

Artikel 21

Obliegenheiten

1.Obliegenheiten vor Eintritt des Versicherungsfalles

Als Obliegenheit, deren Verletzung unsere Leistungsfreiheit gemäß § 6 Abs. 2 VersVG, bewirkt, wird bestimmt, dass die versicherte Person als Lenker eines Kraftfahrzeuges die jeweilige kraftfahrrechtliche Berechtigung, die zum Lenken dieses oder eines typengleichen Kraftfahrzeuges erforderlich wäre, besitzt; dies gilt auch dann, wenn dieses Fahrzeug nicht auf Straßen mit öffentlichem Verkehr gelenkt wird.

2.Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalles

Als Obliegenheiten, deren Verletzung unsere Leistungsfreiheit gemäß § 6 Abs. 3 VersVG, bewirkt, werden bestimmt:

2.1.Ein Unfall ist uns unverzüglich, spätestens innerhalb einer Woche, schriftlich anzuzeigen.

2.2. Ein Todesfall ist uns innerhalb von 3 Tagen anzuzeigen, und zwar auch dann, wenn der Unfall bereits gemeldet ist.

2.3. Uns ist das Recht einzuräumen, die Leiche durch Ärzte obduzieren und nötigenfalls exhumieren zu lassen.

2.4. Nach dem Unfall ist unverzüglich ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen und die ärztliche Behandlung bis zum Abschluss des Heilverfahrens fortzusetzen; ebenso ist für eine angemessene Krankenpflege und nach Möglichkeit für die Abwendung und Minderung der Unfallfolgen zu sorgen.

2.5. Die Unfallanzeige ist uns unverzüglich zuzusenden; außerdem sind uns alle verlangten sachdienlichen Auskünfte zu erteilen.

2.6. Der behandelnde Arzt oder die behandelnde Krankenanstalt sowie diejenigen Ärzte oder Krankenanstalten, von denen der Versicherte aus anderen Anlässen behandelt oder untersucht worden ist, sind zu ermächtigen und aufzufordern, die von uns verlangten Auskünfte zu erteilen und Berichte zu liefern. Ist der Unfall einem Sozialversicherer gemeldet, so ist auch dieser im vorstehenden Sinne zu ermächtigen.

2.7. Die mit dem Unfall befassten Behörden sind zu ermächtigen und zu veranlassen, die von uns verlangten Auskünfte zu erteilen.

2.8. Wir können verlangen, dass sich die versicherte Person durch die von uns bezeichneten Ärzte untersuchen lässt.

2.9. Ist auch Spitalgeld versichert, so ist uns, wenn die versicherte Person in ein Spital (Art. 10, Pkt. 2.) eingewiesen ist, nach der Entlassung aus dem Spital eine Aufenthaltsbestätigung der Spitalverwaltung zuzusenden.

2.10. Im Falle der Mitversicherung von Unfallkosten sind uns die Originalbelege zu überlassen.

ABSCHNITT E: SONSTIGE VERTRAGSBESTIMMUNGEN

Artikel 22

Versicherungsperiode, Vertragsdauer

1. Versicherungsperiode

Als Versicherungsperiode gilt, wenn der Versicherungsvertrag nicht für eine kürzere Zeit abgeschlossen ist, der Zeitraum eines Jahres, beginnend mit dem Tage des in der Police angeführten Hauptfälligkeitstermines. Der Hauptfälligkeitstermin ist der jeweils Erste eines Monats, in dem die in der Police ausgewiesene Versicherungsdauer endet.

2. Vertragsdauer

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

Artikel 23

Kündigung, Erlöschen des Vertrages

1. Kündigung nach Eintritt des Versicherungsfalles

1.1. Nach Eintritt des Versicherungsfalles können Sie kündigen, wenn wir einen gerechtfertigten Anspruch auf die Versicherungsleistung ablehnen oder ihre Anerkennung verzögern.

In diesen Fällen ist die Kündigung innerhalb eines Monats

- nach Ablehnung des gerechtfertigten Anspruches auf die Versicherungsleistung;
- nach Rechtskraft des Urteiles im Falle eines Rechtsstreites vor Gericht;
- nach Zustellung der Entscheidung der Ärztekommision (Art. 15);

-nach Fälligkeit der Versicherungsleistung bei Verzögerung der Anerkennung (Art.14)

von Ihnen vorzunehmen.

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

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

Die Kündigung ist innerhalb eines Monats

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

Die Kündigung kann nur unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist erfolgen.

Falls Sie einen Anspruch arglistig erhoben haben, können wir mit sofortiger Wirkung kündigen.

1.3.Uns steht die bis zur Vertragsauflösung anteilige Prämie zu.

2.Erlischt der Vertrag, weil die versicherte Person gestorben oder unversicherbar geworden ist (Art.16), so steht uns die bis zur Vertragsauflösung anteilige Prämie zu.

3.Haben wir mit Rücksicht auf die Vertragslaufzeit eine Ermäßigung der Prämie vereinbart, so können wir 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, während dessen er tatsächlich bestanden hat.

Artikel 24

Rechtsstellung der am Vertrag beteiligten Personen

1.Die Unfallversicherung kann gegen Unfälle, die Ihnen oder gegen Unfälle, die einem anderen zustoßen, genommen werden.

Eine Versicherung gegen Unfälle, die einem anderen zustoßen, gilt im Zweifel als für Rechnung des anderen genommen. Die Vorschriften der §§ 75 ff VersVG, sind mit der Maßgabe anzuwenden, dass die Ausübung der Rechte aus dem Versicherungsvertrag ausschließlich Ihnen zusteht.

Wird eine Versicherung gegen Unfälle, die einem anderen zustoßen, von Ihnen für eigene Rechnung genommen, so ist zur Gültigkeit des Vertrages die schriftliche Zustimmung des anderen erforderlich. Ist der andere geschäftsunfähig oder in der Geschäftsfähigkeit beschränkt und steht die Vertretung in den seine Person betreffenden Angelegenheiten Ihnen zu, so können Sie den anderen bei der Erteilung der Zustimmung nicht vertreten.

2.Alle für Sie getroffenen Bestimmungen gelten sinngemäß auch für die versicherte Person und jene Personen, die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag geltend machen.

3.Diese Personen sind neben Ihnen für die Erfüllung der Obliegenheiten, der Schadenminderungs- und Rettungspflicht verantwortlich.

Artikel 25

Gerichtsstand

Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach dem für unseren Sitz oder unserer für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung.

Hat ein selbständiger Vermittler am Zustandekommen des Vertrages mitgewirkt, ist auch das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Vermittler zur Zeit der Vermittlung oder des Abschlusses seine gewerbliche Niederlassung oder- bei Fehlen einer gewerblichen Niederlassung - seinen Wohnsitz hatte.

Wir können Klagen gegen Sie bei dem für Ihren Wohnsitz zuständigen Gericht erheben.

Artikel 26

Form der Erklärungen

Alle Mitteilungen und Erklärungen sind nur in schriftlicher Form verbindlich

Artikel 27

Welches Recht ist anzuwenden?

Für diesen Vertrag gilt österreichisches Recht.

Artikel 28

Rententafel

Auf Grund der Sterbetafel ETTL-Pagler 1988 und eines Zinsfußes von jährlich 3% (Art.7, Pkt.2.). Jahresbetrag der monatlich im voraus zahlbaren lebenslangen Rente für eine kapitalmäßige Berechnungsgrundlage von EURO 1.000,--.

Männer											
Alter	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85
Jahres- rente in EU	126,90	133,60	140,80	148,60	157,00	166,10	175,90	186,30	197,40	209,10	221,70
Frauen											
Alter	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85
Jahres- rente in EU	104,90	110,40	116,50	123,20	130,50	138,50	147,30	156,90	167,40	178,80	191,10