

Allgemeine Bedingungen für die Auto & Frei Insassenunfallversicherung (ABIU 2000)

Inhaltsverzeichnis

Versicherungsschutz

- Art. 1 Für wen gilt die Versicherung?
- Art. 2 Was gilt bei Wechselkennzeichen?
- Art. 3 Was ist versichert? (Umfang der Versicherung)
- Art. 4 Was gilt als Versicherungsfall?
- Art. 5 Wo gilt die Versicherung? (Ortlicher Geltungsbereich)
- Art. 6 Wann gilt die Versicherung? (Zeitlicher Geltungsbereich)
- Art. 7 Wann beginnt der Versicherungsschutz im allgemeinen und was versteht man unter einer vorläufigen Deckung?
- Art. 7 Was ist ein Unfall? (Begriff des Unfalles)

Versicherungsleistungen

- Art. 8 Was kann versichert werden?
- Art. 9 Was leistet der Versicherer bei Todesfall?
- Art. 10 Was leistet der Versicherer bei dauernder Invalidität?
- Art. 11 Was leistet der Versicherer bei Versicherung von Taggeld?
- Art. 12 Was leistet der Versicherer bei Versicherung von Unfallkosten?
- Art. 13 Was leistet der Versicherer zusätzlich?
- Art. 14 Wann und unter welchen Voraussetzungen wird die Versicherungsleistung ausbezahlt und wann verjährt sie? (Fälligkeit der Versicherungsleistung und Verjährung)
- Art. 15 In welchen Fällen und nach welchen Regeln entscheidet die Ärztekommision?

Begrenzung des Versicherungsschutzes

- Art. 16 Was ist nicht versichert? (Risikoausschlüsse)
- Art. 17 Was gilt für die sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes?

Pflichten des Versicherungsnehmers

- Art. 18 Wann ist die Prämie zu bezahlen?
- Art. 19 Was ist vor bzw. nach Eintritt des Versicherungsfalles zu beachten? (Obliegenheiten)

Sonstige Vertragsbestimmungen

- Art. 20 Was gilt als Versicherungsperiode und wie lange läuft der Versicherungsvertrag?
- Art. 21 Wer kann nach Eintritt des Versicherungsfalles kündigen? Was gilt bei Wegfall des versicherten Risikos? Was gilt bei Veräußerung des versicherten Fahrzeuges?
- Art. 22 Wann können Versicherungsansprüche abgetreten oder verpfändet werden?
- Art. 23 Wo können Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag gerichtlich geltend gemacht werden? (Gerichtsstand)
- Art. 24 Wem steht die Ausübung der Rechte aus dem Versicherungsvertrag zu, wer hat die Pflichten aus dem Versicherungsvertrag zu erfüllen? (Rechtsstellung der am Vertrag beteiligten Personen)
- Art. 25 In welcher Form sind Erklärungen abzugeben?
- Art. 26 Welches Recht ist anzuwenden?

Versicherungsschutz

Artikel 1 Für wen gilt die Versicherung? Was gilt bei Wechselkennzeichen?

1. Versicherte Personen sind solche, die sich mit Willen des Versicherungsnehmers oder des über das Fahrzeug Verfügungsberechtigten in oder auf dem Fahrzeug befinden oder im ursächlichen Zusammenhang mit ihrer Beförderung im Rahmen des Artikel 2 tätig werden.
2. Platzsystem progressiv
Die vereinbarte Versicherungssumme gilt für jeden einzelnen kraftfahrrechtlich genehmigten Platz des im Vertrag bezeichneten Fahrzeuges.
Sind im Unfallzeitpunkt mehr Personen versichert, als Plätze kraftfahrrechtlich genehmigt sind, oder mehr Plätze vorhanden, als im Versicherungsantrag angegeben, wird die Versicherungsleistung für die einzelne Person entsprechend vermindert.
3. Für die Dauer der Zuweisung eines Wechselkennzeichens hat die Versicherung nur für das Fahrzeug Gültigkeit, an dem die Kennzeichentafeln jeweils angebracht sind.
Der Wegfall des Wechselkennzeichens ist dem Versicherer unverzüglich mitzuteilen.

Artikel 2 Was ist versichert? (Umfang der Versicherung)

Die Versicherung bezieht sich auf Unfälle (Art. 7) in ursächlichem Zusammenhang mit dem Lenken, Benutzen, Behandeln, dem Be- und Entladen sowie dem Einweisen des Kraftfahrzeuges oder Anhängers. Unfälle beim Ein- und Aussteigen sind mitversichert.

Artikel 3 Was gilt als Versicherungsfall?

Versicherungsfall ist der Eintritt eines Unfalles (Art. 7).

Artikel 4 **Wo gilt die Versicherung?** (Ortlicher Geltungsbereich)

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

Artikel 5 **Wann gilt die Versicherung?** (Zeitlicher Geltungsbereich)

Versichert sind Unfälle, die während der Wirksamkeit des Versicherungsschutzes (Laufzeit des Versicherungsvertrages unter Beachtung der §§ 38 ff VersVG) eintreten.

Artikel 6 **Wann beginnt der Versicherungsschutz im allgemeinen und was versteht man unter einer vorläufigen Deckung?**

1. Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz tritt grundsätzlich mit der Einlösung der Polizza (Art. 18) in Kraft, jedoch nicht vor dem vereinbarten Versicherungsbeginn. Wird die Polizza erst danach ausgehändigt, dann aber die Prämie binnen 14 Tagen oder ohne schuldhaften Verzug gezahlt, ist der Versicherungsschutz ab dem vereinbarten Versicherungsbeginn gegeben.

2. Vorläufige Deckung

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

Die vorläufige Deckung endet bei Annahme des Antrages mit der Einlösung der Polizza. 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 (Art. 18).

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

Artikel 7 **Was ist ein Unfall?** (Begriff des Unfalles)

1. 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.
2. Als Unfälle gelten auch folgende vom Willen des Versicherten unabhängige Ereignisse:
 - 2.1. Ertrinken;
 - 2.2. Verbrennungen, Verbrühungen, Einwirkungen von Blitzschlag oder elektrischem Strom;
 - 2.3. Einatmen von Gasen oder Dämpfen, Einnehmen von giftigen oder ätzenden Stoffen; es sei denn, daß diese Einwirkungen allmählich erfolgen;
 - 2.4. Verrenkungen von Gliedern sowie Zerrungen und Zerreißen von an Gliedmaßen und an der Wirbelsäule befindlichen Muskeln, Sehnen, Bändern und Kapseln infolge plötzlicher Abweichung vom geplanten Bewegungsablauf.
3. Krankheiten gelten nicht als Unfälle, übertragbare Krankheiten auch nicht als Unfallsfolgen. Dies gilt nicht für Wundstarrkrampf, verursacht durch einen Unfall gemäß Pkt. 1.

Versicherungsleistungen

Artikel 8 **Was kann versichert werden?**

Die Versicherung kann genommen werden für

- den Todesfall (Art. 9)
- dauernde Invalidität (Art. 10)
- Taggeld (Art. 11)
- Heilkosten (Art. 12)

Aus der Polizza ist ersichtlich, was versichert ist und welche Versicherungssummen vereinbart sind.

Artikel 9 **Was leistet der Versicherer bei Todesfall?**

1. Tritt innerhalb eines Jahres vom Unfallstag an gerechnet der Tod als Folge des Unfalles ein, wird die für den Todesfall versicherte Summe gezahlt.
2. Auf die Todesfallleistung werden nur Zahlungen, die für dauernde Invalidität aus demselben Ereignis geleistet worden sind, angerechnet. Einen Mehrbetrag an Leistung für dauernde Invalidität kann der Versicherer nicht zurückverlangen.

Artikel 10 **Was leistet der Versicherer bei dauernder Invalidität?**

1. Ergibt sich innerhalb eines Jahres vom Unfallstag an gerechnet, dass als Folge des Unfalles eine dauernde Invalidität zurückbleibt, wird aus der hierfür versicherten Summe der dem Grade der Invalidität entsprechende Betrag gezahlt, wobei die volle Versicherungssumme für dauernde Invalidität bereits gezahlt wird, wenn ein Invaliditätsgrad von 50% oder darüber festgestellt wird.

Bei Personen bis zum vollendeten 15. Lebensjahr wird darüber hinaus bei einem festgestellten Invaliditätsgrad von weniger als 50% die sich aus dem Grad der Invalidität ergebende Leistung verdoppelt.

2. Für die Bemessung des Invaliditätsgrades gilt die vereinbarte Gliedertaxe.

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

Bei teilweisem Verlust oder teilweiser Gebrauchsunfähigkeit der vorgenannten Glieder oder Sinnesorgane werden die vorstehenden Sätze entsprechend herabgesetzt.

Bei Verlust oder Gebrauchsunfähigkeit von mehreren der vorgenannten Glieder oder Sinnesorgane bzw. bei Hinzukommen eines nach Pkt. 3. festgestellten Invaliditätsgrades werden die sich ergebenden Prozentsätze zusammengerechnet, wobei jedoch nie mehr als 100% insgesamt geleistet werden.

3. Läßt sich der Invaliditätsgrad nach Pkt. 2. nicht bestimmen, ist maßgebend, inwieweit die körperliche oder geistige Funktionsfähigkeit nach medizinischen Gesichtspunkten beeinträchtigt wurde.

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

5. Steht der Grad der dauernden Invalidität nicht eindeutig fest, sind sowohl der Versicherte als auch der Versicherer berechtigt, den Invaliditätsgrad jährlich bis zu vier Jahre ab dem Unfalltag ärztlich neu bemessen zu lassen, und zwar ab zwei Jahren nach dem Unfalltag durch die Arztekommision (Art. 15).

Ergibt in einem solchen Fall die endgültige Bemessung eine höhere Invaliditätsleistung als die vom Versicherer bereits erbrachte, ist der Mehrbetrag ab Fälligkeit des Vorschusses (Art. 14.3.) mit 3% jährlich zu verzinsen.

6. Stirbt der Versicherte

6.1. unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall, besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung;

6.2. 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;

6.3. 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.

7. Hatte der Versicherte am Unfalltag das 75. Lebensjahr bereits vollendet, tritt anstelle der Kapitalzahlung eine nach der vereinbarten Rententafel unter Zugrundelegung des vom Versicherten am Unfalltag vollendeten Lebensjahres zu bemessende Rente.

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

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 Ablauf des Kalendermonates, in dem der Versicherte stirbt.

Artikel 11

Was leistet der Versicherer bei Versicherung von 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 2 Jahren ab dem Unfalltag gezahlt.

Als arbeitsunfähig gelten bei Zutreffen der Voraussetzungen auch Personen, die bisher weder einen Beruf ausgeübt noch einer Beschäftigung nachgegangen sind, in Ausbildung standen oder zum Zeitpunkt des Eintrittes vorübergehend beschäftigungslos waren. Im Falle von Meinungsverschiedenheiten über das Vorliegen einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit entscheidet die Arztekommision (Art. 15).

Artikel 12

Was leistet der Versicherer bei Versicherung von Heilkosten?

Bis zur Höhe der hierfür vereinbarten Versicherungssumme werden Heilkosten ersetzt, sofern sie innerhalb von 2 Jahren vom Unfalltag an gerechnet entstehen und soweit nicht von einem Sozialversicherungsträger Ersatz zu leisten ist oder von einem sonstigen Leistungsträger Ersatz geleistet wurde.

Heilkosten sind Kosten, 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.

Artikel 13

Was leistet der Versicherer zusätzlich?

1. Krankenhausgeld

War der vom Unfall betroffene anspruchsberechtigte Versicherte zur Zeit des Unfalles durch einen Gurt gesichert, der im Sinne der kraftfahrrechtlichen Vorschriften typengenehmigt ist, so steht ihm für jeden zur Heilung der dabei erlittenen Verletzungen in einem Krankenhaus verbrachten Tag ein Pauschale von EUR 30,- zu, maximal aber 2% der für Tod und dauernde Invalidität versicherten Summe. Die Tage der Einlieferung ins Krankenhaus und der Entlassung daraus zählen hierbei zusammen als ein Tag.

2. Rückholkosten

Wenn die Versicherung für Todesfall und/oder dauernde Invalidität genommen ist, übernimmt der Versicherer die Kosten des Rücktransportes verunfallter Personen aus dem europäischen Ausland zum Wohnsitz in Österreich, wenn der

versicherten Person infolge des Unfalles eine Heimreise mit dem Fahrzeug nicht möglich ist. Handelt es sich bei dem von einem Unfall betroffenen Versicherten um den Fahrzeuglenker, werden auch die Kosten der Rückreise der übrigen Fahrzeuginsassen zum Wohnsitz in Österreich übernommen. Im Falle eines tödlichen Unfalles werden vom Versicherer auch die Kosten der Überführung des Toten zu dessen letztem Wohnsitz in Österreich getragen. Die vorstehenden Leistungen für alle Insassen zusammen sind mit 5% der für Todesfall und dauernde Invalidität versicherten Summen, höchstens mit EUR 5.000,- begrenzt.

3. Der Versicherer übernimmt die erforderlichen Kosten, die durch Erfüllung der in Artikel 19.3.4. sowie 19.3.7. bis 19.3.9. bestimmten Obliegenheiten entstehen.

Artikel 14

Wann und unter welchen Voraussetzungen wird die Versicherungsleistung ausbezahlt und wann verjährt sie?
(Fälligkeit der Versicherungsleistung und Verjährung)

1. Die Versicherungsleistung wird nach Abschluß der für ihre Feststellung notwendigen Erhebungen fällig.
2. Die Fälligkeit der Leistung des Versicherers tritt jedoch unabhängig davon ein, wenn der Versicherungsnehmer nach Ablauf zweier Monate seit dem Begehren nach einer Geldleistung eine Erklärung des Versicherers verlangt, aus welchen Gründen die Erhebungen noch nicht beendet werden konnten, und der Versicherer diesem Verlangen nicht binnen eines Monats entspricht.
3. Steht die Leistungspflicht des Versicherers fest, läßt sich aber aus Gründen, die der Versicherungsnehmer nicht zu vertreten hat, die Höhe der Versicherungsleistung innerhalb eines Monats nach Eingang der Schadenanzeige nicht feststellen, hat der Versicherer auf Verlangen des Versicherungsnehmers angemessene Vorschüsse zu leisten.

Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Beendigung der Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers gehindert ist.

4. Für die Verjährung gilt § 12 VersVG.

Artikel 15

In welchen Fällen und nach welchen Regeln entscheidet die Ärztekommision?

1. Jeder Vertragspartner kann verlangen, dass bei Meinungsverschiedenheiten über Art und Umfang der Unfallsfolgen oder darüber, in welchem Umfang die eingetretene Beeinträchtigung auf den Versicherungsfall zurückzuführen ist, ferner über die Beeinflussung der Unfallsfolgen durch Krankheit oder Gebrechen sowie im Falle des Art. 10.5. die Ärztekommision entscheidet.
2. Ist der Versicherungsnehmer mit der Erklärung des Versicherers, ob und in welcher Höhe er eine Leistungspflicht anerkennt, nicht einverstanden, kann er in den nach Pkt. 1. der Ärztekommision zur Entscheidung vorbehaltenen Meinungsverschiedenheiten innerhalb von 6 Monaten nach Zugang der Erklärung unter Bekanntgabe seiner Forderung Widerspruch erheben und die Entscheidung der Ärztekommision beantragen.
3. 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 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 für den Wohnsitz des Versicherten zuständige Ärztekammer als Obmann bestellt.
4. Der Versicherte ist verpflichtet, sich von den Ärzten der Kommission untersuchen zu lassen und sich jenen Maßnahmen zu unterziehen, die diese Kommission für notwendig hält.
5. 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.
6. Die Kosten der Ärztekommision werden von ihr festgesetzt und sind im Verhältnis des Obsiegens vom Versicherer und Versicherungsnehmer zu tragen. Im Falle des Artikel 10.5. trägt die Kosten, wer die Neufeststellung verlangt hat.

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

Begrenzung des Versicherungsschutzes

Artikel 16

Was ist nicht versichert?
(Risikoausschlüsse)

1. Kein Versicherungsschutz besteht für Unfälle
 - 1.1. die bei der Verwendung des Kraftfahrzeuges bei einer kraftfahrtsportlichen Veranstaltung, bei der es auf die Erzielung einer Höchstgeschwindigkeit ankommt, oder ihren Trainingsfahrten, entstehen;
 - 1.2. die der Versicherte bei der Vorbereitung oder Begehung gerichtlich strafbarer Handlungen erleidet, für die Vorsatz Tatbestandsmerkmal ist;
 - 1.3. die mit Aufruhr, inneren Unruhen, Kriegsereignissen, Verfügungen von hoher Hand und Erdbeben unmittelbar oder mittelbar zusammenhängen;
 - 1.4. die durch den Einfluß ionisierender Strahlen im Sinne des Strahlenschutzgesetzes vom 8. Juli 1969, BGBl.Nr. 227/69, in der jeweils geltenden Fassung, verursacht werden, soweit nicht ein Versicherungsfall hiezu der Anlaß war;
 - 1.5. bei Fahrten, die ohne Willen des über das Fahrzeug Verfügungsberechtigten vorbereitet, ausgeführt oder ausgedehnt werden;
 - 1.6. die der Versicherte infolge eines ihn treffenden Herzinfarktes oder Schlaganfalles erleidet; ein Herzinfarkt gilt in keinem Fall als Unfallfolge;
 - 1.7. die der Versicherte infolge einer Bewußtseinsstörung oder infolge einer wesentlichen Beeinträchtigung seiner psychischen Leistungsfähigkeit durch Alkohol, Suchtgifte oder Medikamente erleidet;
2. Weiters besteht kein Versicherungsschutz für körperliche Schädigungen bei Heilmaßnahmen oder Eingriffen, die der Versicherte an seinem Körper vornimmt oder vornehmen läßt, soweit nicht ein Versicherungsfall hiezu der Anlass war.

Artikel 17

Was gilt für die sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes?

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

Darüber hinaus gilt:

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. 10.2. und 3. bemessen.

2. Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch ein Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung 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 organisch bedingte Störungen des Nervensystems wird eine Leistung nur erbracht, wenn und soweit diese Störung auf eine durch den Unfall verursachte organische Schädigung zurückzuführen ist.

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

4. Bei 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.

5. 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.

Pflichten des Versicherungsnehmers

Artikel 18

Wann ist die Prämie zu bezahlen?

1. Die erste oder die einmalige Prämie einschließlich Gebühren und Versicherungssteuer ist vom Versicherungsnehmer gegen Aushändigung der Polize zu zahlen (Einlösung der Polize). Die Folgeprämien einschließlich Gebühren und Versicherungssteuer sind zum den vereinbarten, in der Polize angeführten Hauptfälligkeitstermin, bei vereinbarter Teilzahlung zu den jeweils vereinbarten Fälligkeitsterminen zu entrichten.
2. Zahlungsverzug kann zur Leistungsfreiheit des Versicherers führen. Die Voraussetzungen und Begrenzungen der Leistungsfreiheit sind gesetzlich geregelt (siehe §§ 38, 39 und 39a VersVG).

Artikel 19

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

(Obliegenheiten)

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

Die Verpflichtung zur Leistung bleibt in den Fällen der Pkte. 2.1. und 2.2. gegenüber dem Versicherungsnehmer und den 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 VersVG), werden bestimmt:
 - 3.1. dem Versicherer längstens innerhalb einer Woche ab Kenntnis
 - den Versicherungsfall unter möglichst genauer Angabe des Sachverhaltes sowie
 - die Einleitung eines damit im Zusammenhang stehenden verwaltungsbehördlichen oder gerichtlichen Verfahrens schriftlich mitzuteilen;
 - 3.2. dem Versicherer einen Todesfall innerhalb von 3 Tagen anzuzeigen, und zwar auch dann, wenn der Unfall bereits gemeldet ist;
 - 3.3. nach Möglichkeit zur Feststellung des Sachverhaltes beizutragen;
 - 3.4. dem Versicherer das Recht einzuräumen, die Leiche durch Ärzte besichtigen, nötigenfalls exhumieren und auch öffnen zu lassen;
 - 3.5. nach dem Unfall unverzüglich ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen und die ärztliche Behandlung bis zum Abschluß des Heilverfahrens fortzusetzen; ebenso für eine angemessene Krankenpflege und nach Möglichkeit für die Abwendung und Minderung der Unfallsfolgen zu sorgen;
 - 3.6. nach Erhalt des Formulars für Unfallanzeigen dieses ohne Verzug dem Versicherer sorgfältig ausgefüllt zuzusenden; außerdem dem Versicherer alle weiter verlangten sachdienlichen Auskünfte zu erteilen;
 - 3.7. den behandelnden Arzt oder die behandelnde Krankenanstalt sowie diejenigen Ärzte oder Krankenanstalten, von denen der Versicherte aus anderen Anlässen behandelt oder untersucht worden ist, zu ermächtigen und aufzufordern, die vom Versicherer verlangten Auskünfte zu erteilen und Berichte zu liefern; ist der Unfall einem Sozialversicherer gemeldet, so auch diesen im vorstehenden Sinne zu ermächtigen;
 - 3.8. die mit dem Unfall befaßten Behörden zu ermächtigen und zu veranlassen, die vom Versicherer verlangten Auskünfte zu erteilen;
 - 3.9. sich auf Verlangen des Versicherers durch die von diesem bezeichneten Ärzte untersuchen zu lassen;
 - 3.10. im Falle der Versicherung von Heilkosten (siehe Art. 12) dem Versicherer die Originalbelege zu überlassen.

Sonstige Vertragsbestimmungen

Artikel 20

Was gilt als Versicherungsperiode und wie lange läuft der Versicherungsvertrag?

1. Versicherungsperiode

Als Versicherungsperiode gilt, wenn der Versicherungsvertrag nicht für kürzere Zeit abgeschlossen ist, der Zeitraum eines Jahres, und zwar auch dann, wenn die Jahresprämie vertragsgemäß in Teilbeträgen zu entrichten ist..

2. Vertragsdauer

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

Artikel 21

Wer kann nach Eintritt des Versicherungsfalles kündigen? Was gilt bei Wegfall des versicherten Risikos? Was gilt bei Veräußerung des versicherten Fahrzeuges?

1. Kündigung nach Eintritt des Versicherungsfalles

1.1. Nach Eintritt des Versicherungsfalles kann der Versicherungsnehmer kündigen, wenn der Versicherer einen gerechtfertigten Anspruch auf die Versicherungsleistung ablehnt oder seine Anerkennung verzögert.
In diesen Fällen ist die Kündigung vorzunehmen 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 Arztekommision (Art. 15) ;
- nach Fälligkeit der Versicherungsleistung (Art. 14).

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

1.2. Nach Eintritt des Versicherungsfalles kann der Versicherer kündigen, wenn er den Anspruch auf die Versicherungsleistung dem Grunde nach anerkannt oder die Versicherungsleistung erbracht hat, oder wenn der Versicherungsnehmer einen Anspruch auf Versicherungsleistung arglistig erhoben hat.

Die Kündigung ist vorzunehmen innerhalb eines Monats

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

Die Kündigung kann nur unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist erfolgen.

Falls der Versicherungsnehmer einen Anspruch arglistig erhoben hat, kann der Versicherer mit sofortiger Wirkung kündigen.

2. Wegfall des versicherten Risikos oder Veräußerung des versicherten Fahrzeuges

Bei Wegfall des versicherten Risikos gilt § 68 VersVG, bei Veräußerung des versicherten Fahrzeuges gelten die §§ 69 ff VersVG.

3. Dem Versicherer gebührt jeweils die Prämie für die bis zur Vertragsauflösung verstrichene Vertragslaufzeit.

Artikel 22

Wann können Versicherungsansprüche abgetreten oder verpfändet werden?

Versicherungsansprüche dürfen vor ihrer endgültigen Feststellung ohne ausdrückliche Zustimmung des Versicherers weder abgetreten noch verpfändet werden; dies gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer Unternehmer ist.

Artikel 23

Wo können Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag gerichtlich geltend gemacht werden?

(Gerichtsstand)

Der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen, die zur selbständigen Geltendmachung von Ansprüchen aus dem Versicherungsvertrag berechtigt sind, können diese auch bei den Gerichten geltend machen, in deren Sprengel sie ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt oder Sitz im Inland haben.

Artikel 24

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

(Rechtsstellung der am Vertrag beteiligten Personen)

1. Die Ausübung der Rechte aus dem Versicherungsvertrag steht dem Versicherungsnehmer und den versicherten Personen zu. Hinsichtlich der versicherten Personen ist die Versicherung für fremde Rechnung abgeschlossen.

2. 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 25

In welcher Form sind Erklärungen abzugeben?

Sämtliche Erklärungen und Mitteilungen des Versicherungsnehmers bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Schriftform, es sei denn, die Versicherungsbedingungen sehen an anderer Stelle eine andere Regelung vor oder der Versicherer verzichtet auf die Einhaltung der Schriftform. Schriftliche Erklärungen können in jeder lesbaren Form, also auch mit Telefax, im Wege elektronischer Datenübertragung, etc. vorgenommen werden. Weist eine zugegangene Erklärung keine eigenhändige Unterschrift oder sichere elektronische Signatur auf, so kann der Versicherer eine Nachreichung der Erklärung mit eigenhändiger (Original-) Unterschrift verlangen. Eine Frist für Erklärungen bleibt gewahrt, wenn dem Verlangen auf Nachreichung der Erklärung in der erbetenen Form in angemessener Frist entsprochen wird.

Artikel 26

Welches Recht ist anzuwenden?

Es gilt österreichisches Recht.

Rententafel

auf Grund der österreichischen allgemeinen Sterbetafel OEM 80/82 und eines Zinsfusses von jährlich 3%

(Artikel 10. Pkt. 7.)

Jahresbetrag der monatlich im Voraus zahlbaren (Lebenslang) Rente für einen Kapitalsbetrag von EUR 1.000,-

Alter**)	Jahres- rente EUR	Jahres- rente EUR	Jahres- rente EUR	Jahres- rente EUR	Jahres- rente EUR	Jahres- rente EUR	Jahres- rente EUR	Jahres- rente EUR
0	34.95	10 36.32	20 39.06	30 42.99	40 49.69	50 60.91	60 80.60	70 120.86
1	34.60	11 36.56	21 39.37	31 43.51	41 50.57	51 62.40	61 83.39	71 126.78
2	34.74	12 36.81	22 39.70	32 44.06	42 51.50	52 63.96	62 86.40	72 133.18
3	34.90	13 37.08	23 40.04	33 44.64	43 52.48	53 65.62	63 89.65	73 140.07
4	35.07	14 37.35	24 40.40	34 45.26	44 53.50	54 67.37	64 93.17	74 147.44
5	35.26	15 37.63	25 40.78	35 45.91	45 54.58	55 69.24	65 96.97	75 155.31
6	35.45	16 37.92	26 41.18	36 46.59	46 55.72	56 71.22	66 101.07	76 163.71
7	35.65	17 38.20	27 41.60	37 47.31	47 56.92	57 73.34	67 105.49	77 172.68
8	35.86	18 38.48	28 42.04	38 48.06	48 58.18	58 75.60	68 110.25	78 182.27
9	36.09	19 38.76	29 42.50	39 48.86	49 59.51	59 78.01	69 115.35	79 192.58
							80 203.62	

*) Bei zeitlich begrenzten Renten ist die Höhe der auf einen Kapitalsbetrag von EUR 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.

Anlage:**Staaten, die das Übereinkommen zwischen den nationalen Versicherungsbüros der Mitgliedsstaaten des Abkommens des europäischen Wirtschaftsraums und anderen assoziierten Staaten vom 30.Mai 2002 unterzeichnet haben (Stand Mai 2004):**

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

Fassung vom Mai.2004

UNIQA Versicherungen AG

Mag. Markus Greimel
Untere Donaustraße 21
1029 Wien
Tel.: +43 1 21175 - 3409
Fax.: +43 1 21175 - 793409
Email: markus.greimel@uniqa.at