

Allgemeine Bedingungen für die Fahrzeuginsassen-Unfallversicherung (AFIUB)

Diese Bestimmungen gelten je nach dem vereinbarten Versicherungsumfang für die Fahrzeuginsassen-Unfallversicherung.

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bestimmungen

- Artikel 1** Versicherungsfall - Was gilt als Versicherungsfall?
Artikel 2 Prämie, Beginn des Versicherungsschutzes, vorläufige Deckung - Wann beginnt der Versicherungsschutz? Wann ist die Prämie zu bezahlen?
Artikel 3 Örtlicher Geltungsbereich - Wo gilt die Versicherung?
Artikel 4 Ausschlüsse - Was ist vom Versicherungsschutz ausgeschlossen?
Artikel 5 Obliegenheiten - Was ist vor bzw. nach Eintritt des Versicherungsfalles zu beachten?
Artikel 6 Schadenminderungs- und Rettungspflicht - Was ist bei Eintritt des Versicherungsfalles zu tun?
Artikel 7 Abtretungsverbot - Können Versicherungsansprüche abgetreten werden?
Artikel 8 Vertragsdauer und Kündigung - Wie lange läuft der Versicherungsvertrag? Was gilt bei Wegfall des Risikos? Was gilt bei Veräußerung (z.B. Verkauf) des Fahrzeuges? Wann kann der Versicherungsvertrag gekündigt werden?
Artikel 9 Form der Erklärungen - In welcher Form sind Erklärungen abzugeben?
Artikel 10 Rechtsstellung der am Vertrag beteiligten Personen - Wem steht die Ausübung der Rechte aus dem Versicherungsvertrag zu?
Artikel 11 Gerichtsstand
Artikel 12 Klagefrist - Wo und mit welcher Frist können Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag gerichtlich geltend gemacht werden?

Besondere Bestimmungen

- Artikel 13** Versicherungsformen und versicherte Personen - Welche Versicherungsarten sind möglich? Für wen gilt die Versicherung?
Artikel 14 Umfang der Versicherung - Was ist versichert?
Artikel 15 Versicherungsleistung - Was leistet die Versicherung?
Artikel 16 Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes - Wann wird die Versicherungsleistung nur eingeschränkt erbracht?
Artikel 17 Erklärung über die Versicherungsleistung - Innerhalb welcher Fristen muss der Versicherer die Leistungspflicht anerkennen oder ablehnen?
Artikel 18 Ärztekommision - Aus welchen Gründen kann die Ärztekommision angerufen werden? Welchen Regeln unterliegt dieses Verfahren?
Artikel 19 Fälligkeit der Versicherungsleistung - Wann und unter welchen Voraussetzungen wird die Versicherungsleistung ausbezahlt?

Artikel 1

Versicherungsfall

Versicherungsfall ist das von der Versicherung umfasste Schadenereignis (Unfall gem. Art. 14.2).

Artikel 2

Prämie, Beginn des Versicherungsschutzes, vorläufige Deckung

1. Prämie

Die erste/einmalige Prämie einschließlich Gebühren und Versicherungssteuer ist vom Versicherungsnehmer gegen Aushändigung der Police zu zahlen (Einlösung der Police). Die Folgeprämien einschließlich Gebühren und Versicherungssteuer sind zum vereinbarten, in der Police angeführten Hauptfälligkeitstermin zu entrichten. Wird für die Prämien Ratenzahlung vereinbart, gelten die nach der ersten Prämienrate eines jeden Versicherungsjahres fällig werdenden Prämienraten als gestundet; der Versicherer erwirbt den Anspruch auf diese bereits mit Beginn des Versicherungsjahres. Bei Zahlungsverzug gelten die §§ 38 und 39 des Versicherungsvertragsgesetzes 1958 (VersVG 1958). Der Versicherer verzichtet darauf, rückständige Folgeprämien später als ein Jahr nach Ablauf der gemäß § 39 VersVG 1958 gesetzten Zahlungsfrist gerichtlich geltend zu machen.

2. Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt mit der Einlösung der Police (Pkt. 1), jedoch nicht vor dem vereinbarten Zeitpunkt. Wird die Police erst danach ausgehändigt, dann aber die Prämie binnen 14 Tagen oder ohne schuldhaften weiteren Verzug gezahlt, ist Versicherungsschutz ab dem vereinbarten Versicherungsbeginn gegeben.

3. Vorläufige Deckung

Soll der Versicherungsschutz jedenfalls vor der Einlösung der Police beginnen (vorläufige Deckung), ist die ausdrückliche Zusage der vorläufigen Deckung durch den Versicherer erforderlich. Sie endet mit der Einlösung der Police. Die vorläufige Deckung tritt außer Kraft, wenn die dem Antrag entsprechende Police dem Versicherungsnehmer ausgehändigt wurde und er mit der Zahlung der Prämie in Verzug gerät (Punkt 2). Der Versicherer ist berechtigt, die vorläufige Deckung mit einer Frist von einer Woche schriftlich zu kündigen. Dem Versicherer gebührt in diesem Fall die auf die Zeit des Versicherungsschutzes entfallende anteilige Prämie.

Artikel 3

Örtlicher Geltungsbereich

Die Versicherung umfasst Versicherungsfälle, die in Europa eintreten. Der Begriff Europa ist geographisch zu verstehen. Nicht in den örtlichen Geltungsbereich fallen jedoch Island, Grönland und Spitzbergen, ferner die Kanarischen Inseln, Madeira, Zypern, die Azoren und die asiatische Türkei. Bei Transport des Fahrzeuges zu Wasser wird der Versicherungsschutz nicht unterbrochen, wenn die Verladeorte innerhalb des örtlichen Geltungsbereiches liegen; ansonsten endet er mit Beendigung des Verladevorganges in Europa.

Artikel 4

Ausschlüsse

Ausgeschlossen von der Versicherung sind Schadenereignisse (Unfälle),

1. die bei Beteiligung an motorsportlichen Wettbewerben (auch Wertungsfahrten, Rallies) und den dazugehörigen Trainingsfahrten entstehen;
2. die bei der Vorbereitung oder Begehung gerichtlich strafbarer Handlungen durch den Versicherungsnehmer eintreten, für die Vorsatz Tatbestandsmerkmal ist;
3. die mit Aufruhr, inneren Unruhen, Kriegsereignissen, Verfügungen von hoher Hand und Erdbeben unmittelbar od. mittelbar zusammenhängen;
4. die durch den Einfluss von ionisierenden Strahlen im Sinne des Strahlenschutzgesetzes vom 8. Juli 1969 (BGBl. Nr. 227/69) in der jeweils geltenden Fassung verursacht werden;

5. bei Fahrten, die ohne Willen des über das Fahrzeug Verfügungsberechtigten vorbereitet, ausgeführt oder ausgedehnt werden;
6. die der Versicherte infolge eines ihn treffenden Herzinfarktes oder Schlaganfalles oder einer ihn treffenden Geistes- oder Bewusstseinsstörung (auch durch Alkohol- oder Suchtgifteinfluss) erleidet; ein Herzinfarkt gilt in keinem Fall als Unfallfolge.
7. Ausgeschlossen sind ferner als Unfallfolgen (auch Verschlimmerungen): Bandscheibenhernien und Bauch- oder Unterleibsbrüche jeder Art, Wasserbrüche und Unterschenkelgeschwüre.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn der Versicherte beweist, dass die Bandscheibenhernien durch direkte mechanische oder chemische Einwirkung auf die Wirbelsäule aufgetreten sind, und dass es sich dabei nicht um eine Verschlimmerung schon vor dem Unfall bestehender Krankheitserscheinungen handelt.

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

Artikel 5

Obliegenheiten

1. Als Obliegenheiten, deren Verletzung zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles den Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung befreit (§ 6 Abs. 1 und 1a VersVG 1958), wird die Verpflichtung bestimmt, das Fahrzeug nicht zu einem anderen als dem im Versicherungsvertrag vereinbarten Zweck zu verwenden, sofern der Tarif für die andere Verwendung eine höhere Prämie vorsieht.

2. Als Obliegenheiten zur Verminderung der Gefahr oder zur Verhütung einer Erhöhung der Gefahr, deren Verletzung zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles den Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung befreit (§ 6 Abs. 2 VersVG 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. Die Verpflichtung zur Leistung bleibt gegenüber dem Versicherungsnehmer und den versicherten Personen bestehen, wenn diese ohne Verschulden annehmen konnten, dass der Lenker diese Berechtigung besitzt;

2.2 mit dem Fahrzeug Personen nur unter Einhaltung der betreffenden kraftfahrrechtlichen Vorschriften zu befördern.

3. Als Obliegenheiten, deren Verletzung nach Eintritt des Versicherungsfalles den Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung befreit (§ 6 Abs. 3 VersVG 1958), werden bestimmt,

3.1 nach Möglichkeit zur Feststellung des Sachverhaltes beizutragen;

3.2 dem Versicherer 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.

3.3 die behandelnden sowie diejenigen Ärzte, von denen der Unfallgeschädigte aus anderen Anlässen behandelt oder untersucht worden ist, zu ermächtigen und zu veranlassen, die vom Versicherer geforderten Berichte zu liefern;

3.4 dass sich der Unfallgeschädigte auf Verlangen des Versicherers von den von diesem bezeichneten Ärzten sowie der Ärztekommision (Artikel 18) untersuchen lässt.

Im Fall aufgeschobener Feststellung des Grades der Invalidität (Artikel 15 Punkt 2.2) braucht diesem Verlangen nur von sechs zu sechs Monaten entsprochen zu werden;

3.5 dass ein Todesfall dem Versicherer binnen drei Tagen anzuzeigen ist, und zwar auch dann, wenn der Unfall bereits angemeldet ist;

3.6 dem Versicherer das Recht einzuräumen, die Leiche durch Ärzte zu besichtigen, nötigenfalls exhumieren und auch öffnen zu lassen.

3.7 dass der Unfallgeschädigte unverzüglich ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen und die ärztliche Behandlung bis zum Abschluss des Heilverfahrens regelmäßig fortzusetzen hat.

Artikel 6

Schadenminderungs- und Rettungspflicht

1. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, beim Eintritt des Versicherungsfalles nach Möglichkeit für die Abwendung und Minderung des Schadens zu sorgen und dabei die Weisungen des Versicherers zu befolgen. Wenn es die Umstände gestatten, hat er solche Weisungen einzuholen. Ebenso ist für angemessene Krankenpflege zu sorgen.

2. Hat der Versicherungsnehmer diese Verpflichtungen verletzt, ist der Versicherer nach den Bestimmungen des § 62 Abs. 2 VersVG 1958 leistungsfrei.

Artikel 7

Abtretungsverbot

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

Artikel 8

Vertragsdauer und Kündigung

1. Vertragsdauer

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

Bei Wegfall des versicherten Interesses gelten die Bestimmungen des § 68 VersVG 1958.

Im Fall der Veräußerung des Fahrzeuges gelten die §§ 69 ff VersVG 1958.

2. Kündigung nach Eintritt des Versicherungsfalles

2.1 Nach Eintritt des Versicherungsfalles kann der Versicherungsnehmer kündigen, wenn der Versicherer einen begründeten Anspruch auf die Versicherungsleistung ablehnt oder seine Anerkennung verzögert.

Die Kündigung ist vorzunehmen innerhalb eines Monats

- nach Ablehnung des begründeten Anspruches auf die Versicherungsleistung;

- nach Rechtskraft des Urteiles im Fall eines Rechtsstreites vor Gericht;

- nach Zustellung der Entscheidung der Ärztekommision (Art. 18);

- nach Fälligkeit der Versicherungsleistung (Art. 19) bei Verzögerung der Anerkennung.

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

2.2 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.

2.3 Dem Versicherer gebührt die auf die abgelaufene Versicherungszeit entfallende anteilige Prämie.

Artikel 9

Form der Erklärungen

Alle Mitteilungen und Erklärungen sind nur in schriftlicher Form verbindlich.

Artikel 10

Rechtsstellung der am Vertrag beteiligten Personen

1. Die Ausübung der Rechte aus dem Versicherungsvertrag steht grundsätzlich dem Versicherungsnehmer zu.

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.

3. Namentlich gegen Unfälle versicherte Personen können ihre Versicherungsansprüche selbständig geltend machen.

Artikel 11

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 ihren Sitz im Inland haben.

Artikel 12

Klagefrist

Wird der Anspruch auf die Versicherungsleistung vom Versicherungsnehmer oder dem Bezugsberechtigten innerhalb eines Jahres nach der schriftlichen Ablehnung durch den Versicherer nicht gerichtlich geltend gemacht, ist der Versicherer nach der Bestimmung des § 12 Abs. 3 VersVG 1958 leistungsfrei. Falls eine Entscheidung der Ärztekommision (Art. 18) beantragt wird, endet die Frist erst einen Monat nach dieser Entscheidung.

Artikel 13

Versicherungsformen und versicherte Personen

1. Die Versicherung kann abgeschlossen werden

1.1 nach dem Pauschalssystem:

Die vereinbarte Pauschalversicherungssumme gilt für das im Vertrag bezeichnete Fahrzeug.

Die auf die einzelne versicherte Person entfallende Versicherungssumme errechnet sich aus der Teilung der Pauschalversicherungssumme durch die Anzahl der im Unfallzeitpunkt versicherten Personen.

1.2 nach dem Platzsystem:

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 gekürzt.

1.3 für namentlich bezeichnete Personen unabhängig von einem bestimmten Fahrzeug.

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 Artikels 14 Punkt 1 tätig werden.

Artikel 14

Umfang der Versicherung

1. Gegenstand der Versicherung

Die Versicherung bezieht sich auf Unfälle 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.

2. Unfallbegriff

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

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

2.2.1 Ertrinken;

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

2.2.3 Tod oder körperliche Schädigungen durch Verbrennungen, Blitzschlag oder elektrischen Strom;

2.2.4 Wundinfektionen infolge einer Unfallverletzung;

2.2.5 Einatmen von Gasen oder Dämpfen.

Artikel 15

Versicherungsleistung

Die Versicherung kann genommen werden für

- den Todesfall (Punkt 1)

- dauernde Invalidität (Punkt 2)

- Taggeld (Punkt 3)

- Heilkosten (Punkt 4)

1. Todesfall

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

1.2 Auf die Todesfall-Leistung werden nur Zahlungen, die für dauernde Invalidität aus demselben Ereignis geleistet worden sind, angerechnet.

Einen Mehrbetrag an Leistung für dauernde Invalidität kann der Versicherer nicht zurückverlangen.

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

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

2. Dauernde Invalidität

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

2.2 Der Versicherer ist berechtigt, den Grad der Invalidität, soweit er nicht nach den Punkten 2.3 und 2.4 eindeutig feststeht, bis längstens 4 Jahre vom Unfalltag an jährlich neu feststellen zu lassen; nach 2 Jahren vom Unfalltag an muss diese Feststellung durch ein Gutachten der Ärztekommision (Artikel 18) erfolgen, dessen Kosten der Versicherer trägt.

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

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

bei völligem Verlust oder völliger Gebrauchsunfähigkeit

eines Armes ab Schultergelenk	70 %	einer großen Zehe	5 %
eines Armes bis oberhalb des Ellenbogengelenkes	65 %	einer anderen Zehe	2 %
eines Armes unterhalb des Ellenbogengelenkes		bei völligem Verlust der Sehkraft beider Augen	100 %
oder einer Hand	60 %	bei völligem Verlust der Sehkraft eines Auges	30 %
eines Daumens	20 %	sofern jedoch die Sehkraft des anderen Auges vor	
eines Zeigefingers	10 %	Eintritt des Versicherungsfalles bereits verloren war	60 %

eines anderen Fingers	5 %	bei völligem Verlust des Gehörs beider Ohren	60 %
eines Beines bis über die Mitte des Oberschenkels	70 %	bei völligem Verlust des Gehörs eines Ohres	15 %
eines Beines bis zur Mitte des Oberschenkels	60 %	sofern jedoch das Gehör des anderen Ohres vor	
eines Beines bis zur Mitte des Unterschenkels		Eintritt des Versicherungsfalles bereits verloren war	30 %
oder eines Fußes	50 %	bei völligem Verlust des Geruchssinnes	10 %
		bei völligem Verlust des Geschmackssinnes	5 %

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

2.3.2 Bei Verlust oder Gebrauchsunfähigkeit von mehreren der vorgenannten Glieder oder Sinnesorgane bzw. bei Hinzukommen eines nach Punkt 2.4 festgestellten Invaliditätsgrades werden die sich ergebenden Prozentsätze zusammengerechnet, wobei jedoch nie mehr als 100 % insgesamt geleistet werden.

2.4 Soweit sich der Invaliditätsgrad nach Punkt 2.3 nicht bestimmen lässt, wird bei seiner Bemessung in Betracht gezogen, inwieweit der Versicherte imstande ist, Erwerb durch einen Beruf (Beschäftigung) zu erzielen, der seinen Kräften und Fähigkeiten entspricht und ihm unter billiger Berücksichtigung seines zum Zeitpunkt des Unfalles ausgeübten Berufes zugemutet werden kann.

2.5 Hat der Versicherte am Unfalltag bereits das 70. Lebensjahr vollendet oder besteht die dauernde Invalidität in einer Nervenerkrankung oder Geisteskrankheit, tritt anstelle der Kapitalzahlung eine nach der österreichischen Sterbetafel ÖVM 80/82 und einem Zinsfuß von jährlich 3 % unter Zugrundelegung des vom Versicherten am Unfalltag vollendeten Lebensjahres zu bemessende Rente.

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

Die Rentenleistung beginnt gemäß Artikel 19 Punkt 1 und erfolgt jeweils für einen Kalendermonat im voraus. Sie endet mit Ende des Kalendermonates, in dem der Versicherte gestorben ist.

3. Taggeld

3.1 Führt ein Versicherungsfall zu einer Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit, so wird für die Dauer der ärztlichen Behandlung das versicherte Taggeld gezahlt. Das Taggeld wird nach dem Grad der Beeinträchtigung abgestuft. Die Bemessung des Beeinträchtigungsgrades richtet sich nach der Berufstätigkeit oder Beschäftigung des Versicherten.

3.2 Das Taggeld wird innerhalb von zwei Jahren ab dem Unfalltag für höchstens 365 Tage gezahlt.

4. Heilkosten

4.1 Aufgewendete Heilkosten, die innerhalb zweier Jahre nach dem Unfall zur Behebung seiner Folgen nach ärztlicher Verordnung notwendig waren, werden bis zu der hierfür vorgesehenen Versicherungssumme für jeden Versicherungsfall ersetzt; hiezu zählen auch die Kosten des Krankentransportes, des Aufenthaltes und der Verpflegung in einer Heilanstalt, der erstmaligen Anschaffung künstlicher Gliedmaßen und eines Zahnersatzes sowie anderer, nach ärztlichem Ermessen erforderlicher erstmaliger Anschaffungen.

4.2 Kosten für Bade- und Erholungsreisen und -aufenthalte, ferner der Reparatur oder Wiederbeschaffung eines Zahnersatzes, künstlicher Gliedmaßen oder sonstiger künstlicher Behelfe werden nicht ersetzt.

4.3 Insoweit Heilkosten von einem Sozial- und/oder Privatversicherer (z.B. aus einer Krankenversicherung) geleistet werden, erfolgt aus dieser Unfallversicherung kein Ersatz. Der Leistungsanspruch ist im Rahmen der Versicherungssumme jedenfalls mit dem Betrag begrenzt, der tatsächlich für Heilkosten aufgewendet worden ist.

5. Zusatzleistungen

5.1 Rücktransportkosten

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

5.2 Sonstige Leistungen

Der Versicherer übernimmt die erforderlichen Kosten, die durch Erfüllung der in Artikel 5 Punkt 3.3 bestimmten Obliegenheiten entstehen.

Artikel 16

Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes

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

1. Haben bei den 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, sofern dieser Anteil mindestens 25 % beträgt.

2. Bei Blutungen aus inneren Organen und bei Gehirnblutungen wird eine Leistung nur erbracht, wenn für diese Schäden die Ursache ein Versicherungsfall, nicht aber eine innere Erkrankung oder ein Gebrechen gewesen ist.

3. Wenn vor Eintritt des Unfalles der Versicherte schon durch Krankheit oder Gebrechen in seiner Arbeitsfähigkeit dauernd behindert war oder Körperteile oder Sinnesorgane ganz oder teilweise verloren oder gebrauchsunfähig gewesen sind, wird von der nach dem Unfall vorhandenen Gesamtinvalidität ein Abzug gemacht, der der schon vorher vorhanden gewesenen Invalidität entspricht. Für diese Bemessung werden die Grundsätze unter Artikel 15 Punkt 2.3 und 2.4 mit der Maßgabe angewendet, dass gegebenenfalls auch ein höherer Grad der Gesamtinvalidität als 100 % anzunehmen ist, sofern der Unfall Körperteile oder Sinnesorgane betrifft, die nicht schon vor diesem Unfall beschädigt waren.

4. Für die Folgen psychischer und nervöser Störungen, die im Anschluss an einen Unfall eintreten, wird eine Entschädigung nur geleistet, wenn und soweit diese Störungen auf eine durch den Unfall verursachte organische Erkrankung des Nervensystems oder eine durch den Unfall neu entstandene Epilepsie zurückzuführen sind.

Artikel 17

Erklärung über die Versicherungsleistung

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

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

Artikel 18

Ärztekommision

1. Wenn der Versicherungsnehmer mit der Erklärung des Versicherers über die Versicherungsleistung nicht einverstanden ist, kann er innerhalb von sechs Monaten nach Zugang der Erklärung unter Bekanntgabe seiner Forderung Widerspruch erheben und die Entscheidung der Ärztekommision beantragen; andernfalls sind weitergehende Ansprüche, als sie vom Versicherer anerkannt sind, ausgeschlossen. Auf diese Rechtsfolgen hat der Versicherer in seiner Erklärung hinzuweisen. Das Recht, die Entscheidung der Ärztekommision zu beantragen, steht auch dem Versicherer zu.

2. Für die Ärztekommision bestimmen Versicherer und Versicherungsnehmer je einen Arzt. Wenn ein Vertragsteil innerhalb zweier Wochen nach schriftlicher Aufforderung keinen Arzt benennt, wird dieser von der für den Wohnsitz des Versicherten zuständigen Ärztekammer bestellt. Die beiden Ärzte bestellen einvernehmlich vor Beginn ihrer Tätigkeit einen weiteren Arzt als Obmann, der für den Fall, dass sie sich nicht oder nur zum Teil einigen sollten, im Rahmen der durch die Gutachten der beiden Ärzte gegebenen Grenzen entscheidet.

Einigen sich die beiden Ärzte über die Person des Obmannes nicht, wird er durch die für den Wohnsitz des Versicherten zuständige Ärztekammer bestellt.

3. Der Versicherte ist verpflichtet, sich von den Ärzten der Kommission untersuchen zu lassen und sich jenen Maßnahmen zu unterziehen, die diese Kommission für notwendig hält.

4. Die Ärztekommision hat über ihre Tätigkeit ein Protokoll zu führen; in diesem ist die Entscheidung schriftlich zu begründen. Bei Nichteinigung hat jeder Arzt seine Auffassung im Protokoll gesondert niederzulegen. Ist eine Entscheidung durch den Obmann erforderlich, dann legt auch er sie mit Begründung in einem Protokoll nieder. Die Unterlagen des Verfahrens werden vom Versicherer verwahrt.

5. Die Kosten der Ärztekommision werden von ihr festgesetzt und sind im Verhältnis des Obsiegens vom Versicherer und Versicherungsnehmer zu tragen. Der Anteil der Kosten, die der Versicherungsnehmer zu tragen hat, ist mit 1 % der für Tod und Invalidität zusammen versicherten Summe, höchstens jedoch mit 25 % des strittigen Betrages, begrenzt.

Artikel 19

Fälligkeit der Versicherungsleistung

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

2. Steht die Leistungspflicht dem Grunde nach fest, kann der Versicherungsnehmer nach Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles in Anrechnung auf seine Gesamtforderung Abschlagszahlungen bis zu der Höhe des Betrages verlangen, den der Versicherer nach Lage der Sache auf Grund von vorgelegten Bescheinigungen mindestens zu zahlen haben wird.

3. Macht der Versicherer von seinem Recht gemäß Artikel 15 Punkt 2.2 Gebrauch, hat er von jener noch ausstehenden Leistung, die dem vorläufig festgestellten Grad der Invalidität entspricht, jährlich im vorhinein 4 % Zinsen zu zahlen.