

Vertragsgrundlagen zur Unfallversicherung (AUVB 1989)

Inhaltsverzeichnis

Abschnitt A:

VERSICHERUNGSSCHUTZ

Was ist versichert?

Art. 1: Gegenstand der Versicherung

Was gilt als Versicherungsfall?

Art. 2: Versicherungsfall

Wo gilt die Versicherung?

Art. 3: Örtlicher Geltungsbereich

Wann gilt die Versicherung?

Art. 4: Zeitlicher Geltungsbereich

Wann beginnt die Versicherung?

Art. 5: Beginn des Versicherungsschutzes, vorläufige Deckung

Was ist ein Unfall?

Art. 6: Begriff des Unfalles

Abschnitt B:

VERSICHERUNGSLEISTUNGEN

Was kann versichert werden?

Art. 7: Dauernde Invalidität

Art. 8: Todesfall

Art. 9: Taggeld

Art. 10: Spitalgeld

Art. 11: Unfallkosten

Welche weiteren Leistungen erbringt der Versicherer?

Art. 12: Sonderleistungen, Zusatzleistungen:

- Nottransport aus dem Ausland

- Ästhetische Schäden

- Kinderlähmung: Frühsommer-Meningoencephalitis

Zusatzleistungen

Wie sind die Versicherungssummen vom Alter des Versicherten abhängig?

Art. 13: Versicherungssummen, Altersgrenzen

Wann sind die Leistungen des Versicherers fällig?

Art. 14: Fälligkeit der Leistung des Versicherers

In welchen Fällen und nach welchen Regeln entscheidet die Ärztekommision?

Art. 15: Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten (Ärztekommision)

Abschnitt C:

BEGRENZUNG DES VERSICHERUNGSSCHUTZES

Wer kann nicht versichert werden?

Art. 16: Unversicherbare Personen

In welchen Fällen zahlt der Versicherer nicht?

Art. 17: Ausschlüsse

Art. 18: Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes

Abschnitt D:

PFLICHTEN DES VERSICHERUNGSNEHMERS

Wann ist die Prämie zu bezahlen?

Art. 19: Prämie

Was ist bei Änderungen oder der Beschäftigung zu beachten?

Art. 20: Anzeige der Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung des Versicherten

Was ist vor Eintritt eines Versicherungsfalles zu beachten?

Was ist nach Eintritt eines Versicherungsfalles zu tun?

Art. 21: Obliegenheiten

Abschnitt E:

SONSTIGE VERTRAGSBESTIMMUNGEN

Was gilt als Versicherungsperiode?

Art. 22: Versicherungsperiode, Vertragsdauer

Unter welchen Voraussetzungen und wann kann der Versicherungsvertrag gekündigt werden?

Wann erlischt der Versicherungsvertrag ohne Kündigung?

Art. 23: Kündigung, Erlöschen des Vertrages

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

Art. 24: Rechtsstellung der am Vertrag beteiligten Personen

Wo können Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag geltend gemacht werden?

Art. 25: Gerichtsstand

Wie sind Erklärungen abzugeben?

Art. 26: Form der Erklärungen

Abschnitt A:

VERSICHERUNGSSCHUTZ

Artikel 1

Gegenstand der Versicherung

Der Versicherer bietet Versicherungsschutz, wenn dem Versicherten 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 des 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 (Laufzeit des Versicherungsvertrages unter Beachtung der §§ 38 und 39 VersVG eingetreten sind.

Artikel 5

Beginn des Versicherungsschutzes, vorläufige Deckung

1. Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz wird mit der Einlösung der Police (Art. 19), jedoch nicht vor dem vereinbarten Versicherungsbeginn wirksam. Wird die Police erst danach ausgehändigt, dann aber die Prämie innerhalb von 14 Tagen gezahlt, ist der Versicherungsschutz ab dem vereinbarten Versicherungsbeginn gegeben.

2. Vorläufige Deckung

Soll der Versicherungsschutz vor der Einlösung der Police beginnen (vorläufige Deckung), ist eine besondere Zusage der vorläufigen Deckung durch den Versicherer erforderlich. Sie endet mit der Ausfertigung der Police

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 Prämie.

Artikel 6

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 Unfall gelten auch folgende vom Willen des Versicherten unabhängige Ereignisse

- Ertrinken
- Verbrennungen, Verbrühungen Einwirkungen von Blitzschlag oder elektrischem Strom
- Einatmen von Gasen oder Dämpfen, Einnehmen von giftigen oder ätzenden Stoffen, es sei denn, daß die Einwirkungen allmählich erfolgen;
- 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 Unfallfolgen. Dies gilt nicht für Kinderlähmung und die durch Zeckenbiß übertragene Frühsommer-Meningoencephalitis im Rahmen der Bestimmungen des Art. 12, Pkt. 1.3. sowie für Wundstarrkrampf und Tollwut, verursacht durch einen Unfall gemäß Pkt. 1

4. Der Versicherungsschutz bezieht sich auch auf die Folgen von Unfällen, die durch einen Herzinfarkt oder Schlaganfall des Versicherten herbeigeführt wurden, nicht jedoch auf Herzinfarkte oder Schlaganfälle als Folge eines Unfalles (siehe auch Art. 18, Pkt.1.)

5. Der Versicherungsschutz bezieht sich auch auf Unfälle des Versicherten als Fluggast in motorischen Luftfahrzeugen mit Ausnahme von Motorseglern und Ultralights, welche für die Verwendungsart Personenbeförderung zugelassen sind.

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

Abschnitt B:
Versicherungsleistungen
Artikel 7
Dauernde Invalidität

1. Ergibt sich innerhalb eines Jahres vom Unfalltag an gerechnet, daß als Folge des Unfalles eine dauernde Invalidität zurückbleibt, wird aus der hierfür versicherten Summe der dem Grade der Invalidität entsprechende Betrag gezahlt.

2. Für die Bemessung des Invaliditätsgrades gilt folgende Bestimmung:

2.1. bei völligem Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit

eines Armes oder einer Hand	_____	70%
eines Daumens	_____	20%
eines Zeigefingers oder eines Mittelfingers	__	10%
eines anderen Fingers	_____	5%
eines Beines oder eines Fußes	_____	70%
einer großen Zehe	_____	5%
einer anderen Zehe	_____	2%
der Sehkraft beider Augen	_____	100%
der Sehkraft eines Auges	_____	40%
sofern die Sehkraft vor Eintritt des Versicherungsfalles bereits verloren war	_____	70%
des Gehörs beider Ohren	_____	60%
des Gehörs eines Ohres	_____	20%
sofern jedoch daher Gehör vor Eintritt des Versicherungsfalles bereits verloren war	_____	50%
des Geruchssinnes	_____	10%
des Geschmackssinnes	_____	10%

2.2. Bei teilweisem Verlust oder teilweiser Funktionsunfähigkeit der vorgenannten Körperteile oder Organe werden die Sätze des Pkt. 2.1. anteilig angewendet.

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

4. Mehrere sich aus den Punkten 2. und 3. ergebende Invaliditätsgrade werden zusammengerechnet, wobei jedoch aus einem Unfall nicht mehr als 100% der Versicherungsleistung zugrundegelegt werden.

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

6. Steht der Grad der dauernden Invalidität innerhalb eines Jahres vom Unfalltag an gerechnet nicht eindeutig fest, sind sowohl der Versicherte als auch der Versicherer berechtigt, den Invaliditätsgrad jährlich bis zwei Jahre ab dem Unfalltag ärztlich neu bemessen zu lassen.

In diesem Fall leistet der Versicherer bis zur endgültigen Feststellung des Invaliditätsgrades einen Wiedergenesungsbeitrag, der jährlich - erstmals frühestens 3 Monate vom Unfalltag gerechnet - bezahlt wird.

Die Höhe des Wiedergenesungsbeitrages richtet sich nach dem jeweils zuletzt festgestellten Grad der voraussichtlichen Dauerinvalidität und beträgt jährlich bei einer Dauerinvalidität von

zumindest 75% ____ 10,0%

zumindest 50% ____ 7,5%

zumindest 25% ____ 5,0%

der für Dauerinvalidität versicherten Summe.

7. Ist der Invaliditätsgrad noch nicht endgültig feststellbar, jedoch mindestens mit 25% zu erwarten, leistet der Versicherer für eine medizinische Rehabilitationsbehandlung bis zu 5% der für dauernde Invalidität versicherten Summe, soweit nicht von einem Sozialversicherungsträger Ersatz zu leisten ist oder von einem sonstigen Leistungsträger Ersatz geleistet wurde. Diese Leistung wird innerhalb von 2 Jahren, frühestens 3 Monate ab dem Unfalltag, jedenfalls aber nach Abschluß der Primärbehandlung erbracht.

Kostenersatz für medizinische Rehabilitationsbehandlung wird nur geleistet, wenn dafür eine geeignete Einrichtung in Österreich in Anspruch genommen wird. Voraussetzung ist, daß vor der Rehabilitationsbehandlung ein entsprechender Antrag von dem Versicherer anerkannt wurde. Als Antrag genügt eine formlose, begründete Verordnung des behandelnden Arztes. Der Versicherer kann vor Erledigung des Antrages auf ihre Kosten die Untersuchung des Antragstellers durch einem von ihr bestimmten Arzt verlangen.

Unter medizinischer Rehabilitation sind alle Maßnahmen zu verstehen, die geeignet sind, eine unfallbedingte Dauerinvalidität zu beseitigen oder zu verbessern.

8. Die Höhe der Versicherungsleistung für einen nach Pkt. 1.-4. bestimmten Grad der Dauerinvalidität richtet sich nach der in der Polizza angegebenen Leistungsstufe:

8.1. Lineare Invaliditätsleistung

Die Höhe entspricht dem Grad der Dauerinvalidität

8.2. Progressive Invaliditätsleistung nach Progressionsstufe I

Übersteigt der gemäß Pkt.1.-4. errechnete Invaliditätsgrad 50%, so wird die Leistung für den 50% übersteigenden Teil verdoppelt, für den 75% übersteigenden Teil vervierfacht.

8.3. Progressive Invaliditätsleistung nach Progressionsstufe II

Übersteigt der gemäß Pkt. 1.-4. errechnete Invaliditätsgrad 25%, so wird die Leistung für den 25% übersteigenden Teil verdoppelt, für den 50% übersteigenden Teil verdreifacht und für den 75% übersteigenden Teil versechsfacht. (siehe Übersicht am Ende der AUVB 1989).

9. Stirbt der Versicherte

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

9.2. 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;

9.3. 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.

Artikel 8

Todesfall

1. Tritt innerhalb eines Jahres vom Unfalltag an gerechnet der Tod als Folge eines 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 (nicht der Wiedergenesungsbeitrag), angerechnet. Einen Mehrbetrag an Leistung für dauernde Invalidität kann der Versicherer nicht zurückverlangen

3. Zusätzlich zur Leistung gemäß Pkt.1. werden die nachweislich aufgewendeten Kosten der Überführung des Toten und der Bestattung (einschließlich Grabstelle und Grabstein) ersetzt. Der Kostenersatz ist mit 10% der für den Fall des Todes versicherten Summe begrenzt.

4. Für Personen unter 15 Jahren werden im Rahmen der Versicherungssumme und der Zusatzleistung gemäß Pkt. 3. nur die nachweislich aufgewendeten Kosten der Überführung des Toten und der Bestattung (einschließlich Grabstelle und Grabstein) ersetzt.

5. Zum Empfang der Leistungen gem. Pkt.3. und 4. ist ohne Rücksicht auf die Regelung der Bezugsberechtigung der Überbringer der Originalrechnung berechtigt.

Artikel 9 Taggeld

1. Taggeld wird bei dauernder oder vorübergehender Invalidität, abgestuft nach dem Grad der Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit des Versicherten in seinem ausgeübten Beruf für längstens 365 Tage innerhalb von 2 Jahren ab dem Unfalltag gezahlt;

wurde das Höchstmaß dieser Leistung ausgeschöpft und ist zu diesem Zeitpunkt der Invaliditätsgrad noch nicht endgültig feststellbar, jedoch mit mindestens 50% zu erwarten, zahlt der VERSICHERER das Taggeld weiter bis zur endgültigen Feststellbarkeit des Grades der dauernden Invalidität, längstens bis 2 Jahre ab dem Unfalltag.

Übt der Versicherte im Unfallszeitpunkt keinen Beruf aus, wird die Dauer der Arbeitsunfähigkeit nach allgemeiner medizinischer Erfahrung bzw. nach Maßgabe der Beeinträchtigung körperlicher oder geistiger Funktion ermittelt.

2. Pflegegeld

2.1. Wird ein Versicherter nach einem Unfall pflegebedürftig, leistet die Erste Allgemeine Versicherungs-AG zusätzlich zum versicherten Taggeld Kostenersatz für die Pflege außerhalb des Spitals oder Pflegeheimes durch eine dazu befugte Person bzw. eine dafür eingerichtete Organisation. Diese Leistung wird für jeden Tag der Pflegebedürftigkeit bis zur Höhe des versicherten Taggeldes längstens bis 2 Jahre ab dem Unfalltag gezahlt, soweit nicht von einem Sozialversicherungsträger Ersatz zu leisten ist oder von einem sonstigen Leistungsträger Ersatz geleistet wurde.

2.2. Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn der Versicherte infolge eines Unfalles (Art. 6) so hilflos ist, daß er zumindest für drei der gewöhnlich und regelmäßig wiederkehrenden Grundverrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens in erheblichem Umfang täglich der Hilfe einer anderen Person bedarf. Zu diesen Grundverrichtungen zählen Aufstehen, Zubettgehen, An- und Auskleiden, Körperpflege, Zubereitung und Aufnahme der Nahrung, Aufsuchen der Toilette, Einnahme von Medikamenten und Wundpflege. Ein Versicherter gilt jedenfalls als pflegebedürftig, wenn er dauernd bettlägerig ist und nicht ohne fremde Hilfe aufstehen kann.

Die Pflegebedürftigkeit ist ärztlich nachzuweisen.

3. Die Mitversicherung eines Taggeldes und Pflegegeldes entfällt mit dem Ablauf des Versicherungsjahres, in dem der Versicherte das 70. Lebensjahr vollendet.

Artikel 10 Spitalgeld

1. Spitalgeld wird für jeden Kalendertag an dem sich der Versicherte wegen eines Versicherungsfalles in medizinisch notwendiger Heilbehandlung befindet, für längstens 365 Tage innerhalb von 2 Jahren ab dem Unfalltag bezahlt; wurde das Höchstmaß dieser Leistung ausgeschöpft und ist zu diesem Zeitpunkt der Invaliditätsgrad noch nicht endgültig feststellbar, jedoch mit mindestens 50% zu erwarten, zahlt der Versicherer das Spitalgeld weiter bis zur endgültigen Feststellbarkeit des Grades der dauernden Invalidität, längstens bis 2 Jahre ab dem Unfalltag.

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 Sanitätseinrichtungen des Bundesheeres.

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 hierfür vereinbarten Versicherungssumme werden Unfallkosten 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.

Unfallkosten sind:

1. Heilkosten die zur Behebung der Unfallfolgen aufgewendet wurden und nach ärztlicher Verordnung notwendig waren. Hierzu zählen auch die notwendigen Kosten des Verletztentransportes, der erstmaligen Anschaffung künstlicher Gliedmaßen und eines Zahnersatzes sowie anderer, nach ärztlichem Ermessen erforderlicher erstmaliger Anschaffungen.

In den Versicherungsschutz eingeschlossen sind auch die Kosten einer kosmetischen Operation, die zur Behebung der Unfallfolgen vorgenommen wird.

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. Pflegekosten,
die für einen pflegebedürftigen Versicherten außerhalb des Spitals oder Pflegeheimes aufgewendet werden. Voraussetzung für den Ersatz der Pflegekosten ist die Vornahme der Pflege durch eine dazu befugte Person bzw. durch eine dafür eingerichtete Organisation.

3. Bergungskosten, die notwendig werden, wenn der Versicherte

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

3.2. durch einen Unfall oder infolge Berg- oder Wassernot den Tod erleidet und seine Bergung erfolgen muß.

Bergungskosten sind die nachgewiesenen Kosten des Suchens nach dem Versicherten und seines Transportes bis zur nächsten befahrenen Straße oder bis zum dem Unfallort nächstgelegenen Spital

4. Rückholkosten,
das sind die nachgewiesenen Kosten des Transportes des außerhalb seines Wohnortes verunfallten Versicherten von der Unfallstelle bzw. dem Krankenhaus, in welches der Versicherte nach dem Unfall gebracht wurde, an seinen Wohnort bzw. zum seinem Wohnort nächstgelegenen Krankenhaus. Bei einem tödlichen Unfall werden auch die Kosten der Überführung des Toten zu dessen letztem Wohnort in Österreich bezahlt.

Artikel 12 Sonderleistungen, Zusatzleistungen

1. Sonderleistungen

1.1. Nottransport aus dem Ausland

1.1.1. Der Versicherungsschutz umfaßt den Ersatz der vollen Kosten eines infolge eines Unfalles erforderlichen, medizinisch begründeten und ärztlich angeordneten Nottransportes aus dem Ausland nach Österreich auch mittels Rettungsflugzeuges durch eine hierfür eingerichtete Organisation. Die Kosten der medizinischen Behandlung während des Transportes werden ebenso ersetzt.

Medizinisch begründet ist ein Nottransport, wenn eine lebensbedrohende Unfallverletzung vorliegt oder die ärztliche Versorgung im Ausland unzureichend ist.

1.1.2. Bei Nottransporten werden auch die Mehrkosten der Rückreise von im gemeinsamen Haushalt mit dem Versicherten lebenden Familienangehörigen bzw. des Ehegatten/Lebensgefährten des Versicherten ersetzt (z.B. Verfall einer Fahrkarte, notwendige Benützung der Eisenbahn oder eines Flugzeuges).

1.1.3. Bei einem tödlichen Unfall werden auch die Kosten der Überführung des Toten nach Österreich ersetzt.

1.1.4. Pkt.1.1.1. bis 1.1.3. werden erbracht, soweit nicht von einem Sozialversicherungsträger Ersatz zu leisten ist oder von einem sonstigen Leistungsträger geleistet wurde.

1.2. Ästhetische Schäden

Entsteht aufgrund eines Unfalles innerhalb von 2 Jahren eine schwere Entstellung des Gesichtes (ästhetische Schäden wie z.B. Narben), die eine eindeutige Erschwerung des wirtschaftlichen Fortkommens oder eine schwere psychische Belastung des Versicherten zur Folge hat, zahlt der VERSICHERER, wenn sonst kein Anspruch auf Leistungen für dauernde Invalidität gem. Art. 7 besteht, 5% der für dauernde Invalidität versicherten Summe.

1.3. Kinderlähmung; Frühsommer-Meningoencephalitis

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf die Folgen der Kinderlähmung und der durch Zeckenbiß übertragenen Frühsommer-Meningoencephalitis, 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 oder Frühsommer-Meningoencephalitis diagnostizierten Krankheit zu Rate gezogen wurde.

Eine Leistung wird nur für Tod oder dauernde Invalidität erbracht. Die Leistung bleibt im Rahmen der vereinbarten Versicherungssumme mit S 500.000,-- (EUR 36.400,--) begrenzt.

2. Zusatzleistungen

Der Versicherer übernimmt die erforderlichen Kosten, die durch Erfüllung der in Art. 21 Pkt.2., bestimmten Obliegenheiten - ausgenommen Pkt.2.4. - entstehen.

Artikel 13

Versicherungssummen, Altersgrenzen

Die vereinbarten Versicherungssummen gelten unter Berücksichtigung folgender Altersgrenzen:

1. Für einen als Kinderunfallversicherung abgeschlossenen Vertrag gelten die Versicherungssummen in der vereinbarten Höhe bis zum Ende des Versicherungsjahres, in dem der Versicherte das 18. Lebensjahr vollendet hat. Ab diesem Zeitpunkt reduzieren sich die Versicherungssummen für den betreffenden Versicherten um 33%. Der Versicherungsnehmer kann durch Umstellung auf die Prämie für Erwachsene die Beibehaltung der Versicherungssummen bewirken.

Erfolgt keine Umstellung, reduzieren sich die Versicherungssummen ab Ende des Jahres, in dem der Versicherte das 20. Lebensjahr vollendet hat, bei Ausbildung über das 20. Lebensjahr hinaus mit Ende des Familienbeihilfebezuges, um 50%.

2. Für eine Jugendunfallversicherung gelten die Versicherungssummen in der vereinbarten Höhe bis zum Ende des Jahres, in dem der Versicherte das 20. Lebensjahr vollendet hat, bei Ausbildung über das 20. Lebensjahr hinaus längstens bis zum Ende des Familienbeihilfebezuges. Ab diesem Zeitpunkt reduzieren sich die Versicherungssummen für den betreffenden Versicherten um 25%. Der Versicherungsnehmer kann durch Umstellung auf die Prämie für Erwachsene die Beibehaltung der Versicherungssummen bewirken.

3. Für einen Vertrag, der nicht als Seniorenversicherung abgeschlossen wurde, gelten die Versicherungssummen in der vereinbarten Höhe bis zum Ende des Versicherungsjahres, in dem der Versicherte das 70. Lebensjahr vollendet hat. An diesem Zeitpunkt reduzieren sich die Versicherungssummen für den betreffenden Versicherten um 25%. Der Versicherungsnehmer kann gegen einen entsprechenden Prämienzuschlag die Beibehaltung der Versicherungssummen bewirken und den Vertrag als Seniorenunfallversicherung weiterführen.

Artikel 14

Fälligkeit der Leistung des Versicherers

1. Der Versicherer ist verpflichtet, bei allen Ansprüchen aus der Unfallversicherung innerhalb eines Monats zu erklären, ob und in welcher Höhe er eine Leistungspflicht anerkennt. Die Frist beginnt mit dem Eingang der Unterlagen, die der Anspruchserhebende zur Feststellung des Unfallherganges und der Unfallfolgen und über den Abschluß des Heilverfahrens beizubringen hat.

2. Steht die Leistungspflicht des Versicherers dem Grunde und der Höhe nach fest, ist die Leistung fällig. Die Fälligkeit der Leistung 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.

Artikel 15

Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten (Ärztekommission)

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

2. In den nach Pkt. 1. der zur Entscheidung vorbehaltenen Meinungsverschiedenheiten kann der Versicherungsnehmer innerhalb von 6 Monaten nach Zugang der Erklärung des Versicherers gemäß Art. 14, Pkt. 1 unter Bekanntgabe seiner Forderung Widerspruch erheben und die Entscheidung der Ärztekommision beantragen.

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

4. Für Ärztekommisionen 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 Gutachten entscheidet. Einigen sich die beiden Ärzte über die Person des Obmannes nicht, wird ein für den Versicherungsfall zuständiger medizinischer Sachverständiger durch die für den Wohnsitz des Versicherten zuständige Ärztekammer als Obmann bestellt.

5. Der Versicherte ist verpflichtet, sich von den Ärzten der Kommission untersuchen zu lassen und sich jenen Maßnahmen zu unterziehen, die diese Kommission für notwendig 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 niederzulegen. Ist eine Entscheidung durch den Obmann erforderlich, legt auch er sie mit Begründung in einem Protokoll nieder. Die Akten des Verfahrens werden vom Versicherer verwahrt.

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

Abschnitt C: Begrenzung 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 dem Versicherten infolge Krankheit oder Gebrechen nach medizinischen Gesichtspunkten die Ausübung seiner Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann und auch tatsächlich keine Erwerbstätigkeit vorliegt.

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

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

Artikel 17 Ausschlüsse

1. Ausgeschlossen von der Versicherung sind Unfälle

1.1. bei der Benützung von Luftfahrtgeräten und bei Fallschirmabsprüngen sowie bei der Benützung von Luftfahrzeugen, soweit sie nicht unter die Bestimmungen des Art. 6. Pkt. 5 fällt:

1.2. die beim Versuch oder der Begehung gerichtlich strafbarer Handlungen durch den Versicherten eintreten, für die Vorsatz Tatbestandsmerkmal ist;

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

1.4. durch innere Unruhen, wenn der Versicherte daran auf seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;

1.5. die mittelbar oder unmittelbar

- durch den Einfluß ionisierender Strahlen im Sinne des Strahlenschutzgesetzes (BGBl. Nr. 227/1969) in der jeweils geltenden Fassung

- durch Kernenergie verursacht wurde

1.6. die der Versicherte infolge einer wesentlichen Beeinträchtigung seiner psychischen Leistungsfähigkeit durch Alkohol, Suchtgifte oder Medikamente erleidet;

1.7. durch körperliche Schädigung bei Heilmaßnahmen und Eingriffen, die der Versicherte an seinem Körper vornimmt oder vornehmen läßt, soweit nicht ein Versicherungsfall hiezu der Anlaß war; soweit ein Versicherungsfall der Anlaß war, findet Pkt.1.5. keine Anwendung.

2. Nur nach besonderer Vereinbarung in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind Unfälle,

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

2.2. die bei der Teilnahme an Landes-, Bundes- oder internationalen Wettbewerben auf dem Gebiet des Schilaufens, Schispringens, Rodelns, Bob-, Schibob- oder Skeletonfahrens sowie am offiziellen Training für diese Veranstaltung entstehen;

2.3. Für die in Pkt. 2.1. und 2.2. bezeichneten Unfälle wird, sofern die besondere Vereinbarung getroffen wurde, Versicherungsschutz im Rahmen der vertraglich vereinbarten Versicherungssummen, höchstens jedoch bis zu folgenden Beträgen, geboten:

EUR 72.700,-- für dauernde Invalidität

EUR 36.350,-- für den Todesfall

EUR 22,-- Taggeld

EUR 44,-- Spitalgeld

EUR 11.000,-- Unfallkosten

Bestehen für den Versicherten bei dem Versicherten weitere Unfallversicherungen so gelten diese Höchstbeträge auch als Höchstversicherungssummen für alle Verträge zusammen. Bei anderen Versicherern bestehende weitere Unfallversicherungen sowie Versicherungen, die lediglich auf das spezielle Risiko beschränkt sind, bleiben außer Betracht.

Artikel 18

Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes

1. Eine Versicherungsleistung wird nur für die durch den eingetretenen Unfall hervorgerufenen Folgen (körperliche Schädigung oder Tod) erbracht. Schlaganfall oder Herzinfarkt gelten in keinem Fall als Unfallfolge.

2. 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.

Diese Vorinvalidität wird nach Art. 7 Punkt 2. und 3. bemessen.

3. Haben Krankheiten oder Gebrechen, die schon vor dem Unfall bestanden haben, den Eintritt des Unfalles und/oder die Unfallfolgen beeinflusst, ist die Leistung entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens zu kürzen, sofern dieser Anteil mindestens 25% beträgt.

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

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

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

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

Abschnitt D: Pflichten des Versicherungsnehmers

Artikel 19 Prämie

Die erste oder einmalige Prämie einschließlich Gebühren und Versicherungssteuer ist vom Versicherungsnehmer innerhalb von 14 Tagen nach dem Abschluß des Versicherungsvertrages (Zugang der Police oder einer gesonderten Annahmeerklärung) und nach Aufforderung zur Prämienzahlung zu bezahlen (Einlösung der Police). Die Folgeprämien einschließlich Gebühren und Versicherungssteuer sind zu den vereinbarten, in der Police angeführten Fälligkeitsterminen zu entrichten.

Für die Folgen nicht rechtzeitiger Prämienzahlung gelten die §§ 38 und 39 VersVG

Artikel 20 Anzeige der Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung des Versicherten

Veränderungen des im Antrag angegebenen Berufes oder der im Antrag angegebenen Beschäftigung 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 oder Beschäftigung des Versicherten nach dem zur Zeit der Veränderung gültigen Tarif des Versicherers eine niedrigere Prämie, so ist vom Zugang der Anzeige an nur diese Prämie zu zahlen.

- Ergibt sich eine höhere Prämie, so wird auf die Dauer von drei Monaten ab dem Zeitpunkt, zu welchem dem Versicherer die Anzeige hätte zugehen müssen, auch für die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung der volle Versicherungsschutz gewährt.

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

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

Artikel 21 Obliegenheiten

1. Obliegenheiten vor Eintritt des Versicherungsfalles

Als Obliegenheit, deren Verletzung die Leistungsfreiheit des Versicherers gemäß § 6 Abs. 2 VersVG bewirkt, wird bestimmt, daß der Versicherte als Lenker eines Kraftfahrzeuges kraftfahrrechtlich berechtigt ist; das gilt auch dann, wenn das Fahrzeug nicht auf Straßen mit öffentlichem Verkehr gelenkt wird.

2. Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalles

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

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

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

2.3. Dem Versicherer ist das Recht einzuräumen, die Leiche durch Ärzte besichtigen, auch öffnen und nötigenfalls exhumieren zu lassen.

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

2.5. Nach Erhalt des Formulars für Unfallanzeigen ist dieses ohne Verzug dem Versicherer ausgefüllt zuzusenden; außerdem sind dem Versicherer 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 vom Versicherer verlangten Auskünfte zu erteilen und Berichte zu liefern. Ist der Unfall einem Sozialversicherer gemeldet, so ist auch dieser im vorstehenden Sinne zu ermächtigen.

2.7. Die mit dem Unfall befaßten Behörden sind zu ermächtigen und zu veranlassen; die vom Versicherer verlangten Auskünfte zu erteilen.

2.8. Der Versicherer kann verlangen, daß sich der Versicherte durch die vom Versicherer bezeichneten Ärzte untersuchen läßt.

2.9. Ist auch Spitalgeld versichert, so ist dem Versicherer, wenn der Versicherte in ein Spital (Art. 10, Pkt. 2.) eingewiesen ist, nach der Entlassung aus dem Spital eine Bescheinigung der Spitalverwaltung einzusenden, in welcher der volle Vor- und Zuname des Versicherten, dessen Geburtsdaten, der Tag der Aufnahme in das Spital und der Tag der Entlassung sowie die Diagnose angegeben sein müssen.

2.10. Im Falle der Inanspruchnahme von Leistungen für Rehabilitation (Art. 7 Pkt. 7), Unfallkosten (Art. 11), Nottransport aus dem Ausland (Art. 12 Pkt. 1.1.) sowie Überführungs- und Bestattungskosten (Art. 8 Pkt. 5) sind dem Versicherer 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.

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 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 Fall eines Rechtsstreites vor Gericht;
- nach Zustellung der Entscheidung der Ärztekommision (Art. 15);
- nach Fälligkeit der Versicherungsleistung bei Verzögerung der Anerkennung (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 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.

1.3. Dem Versicherer gebührt die bis zur Vertragsauflösung anteilige Prämie

2. Erlischt der Vertrag, weil der Versicherte gestorben oder unversicherbar geworden ist (Art. 16), so gebührt dem Versicherer die bis zur Vertragsbeendigung anteilige Prämie.

3. Hat der Versicherer mit Rücksicht auf die vereinbarte Vertragszeit eine Ermäßigung der Prämie gewährt, so kann er bei einer vorzeitigen Auflösung des Vertrages die Nachzahlung des Betrages fordern, um dem 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 dem Versicherungsnehmer 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 bis 79 VersVG sind mit der Maßgabe anzuwenden, daß die Ausübung der Rechte aus dem Versicherungsvertrag ausschließlich dem Versicherungsnehmer zusteht.

Wird eine Versicherung gegen Unfälle, die einem anderen zustoßen, vom Versicherungsnehmer 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 dem Versicherungsnehmer zu, so kann dieser den anderen bei der Erteilung der Zustimmung nicht vertreten.

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

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 26
Form der Erklärungen

Alle Mitteilungen und Erklärungen sind nur in schriftlicher Form verbindlich.

Übersicht

über Leistungen für dauernde Invalidität
gem. Art.7, Punkt 8. AUVB 1989

die Leistungen betragen für

Dauerinvalidität: bei	linearer Leistung	Progressions- stufe I	Progressions- stufe II
1% bis 25 %.....	entsprechend dem jeweiligen Invaliditätsgrad		
26%	26%	26%	27%
27%	27%	27%	29%
28%	28%	38%	31%
29%	29%	29%	33%
30%	30%	30%	35%
31%	31%	31%	37%
32%	32%	32%	39%
33%	33%	33%	41%
34%	34%	34%	43%
35%	35%	35%	45%
36%	36%	36%	47%
37%	37%	37%	49%
38%	38%	38%	51%
39%	39%	39%	53%
40%	40%	40%	55%
41%	41%	41%	57%
42%	42%	42%	59%
43%	43%	43%	61%
44%	44%	44%	63%
45%	45%	45%	65%
46%	46%	46%	67%
47%	47%	47%	69%
48%	48%	48%	71%
49%	49%	49%	73%
50%	50%	50%	75%
51%	51%	52%	78%
52%	52%	54%	81%
53%	53%	56%	84%
54%	54%	58%	87%
55%	55%	60%	90%
56%	56%	62%	93%
57%	57%	64%	96%
58%	58%	66%	99%
59%	59%	68%	102%
60%	60%	70%	105%
61%	61%	72%	108%
62%	62%	74%	111%
63%	63%	76%	114%
64%	64%	78%	117%
65%	65%	80%	120%
66%	66%	82%	123%

67%	67%	84%	126%
68%	68%	86%	129%
69%	69%	88%	132%
70%	70%	90%	135%
71%	71%	92%	138%
72%	72%	94%	141%
73%	73%	96%	144%
74%	74%	98%	147%
75%	75%	100%	150%
76%	76%	104%	156%
77%	77%	108%	162%
78%	78%	112%	168%
79%	79%	116%	174%
80%	80%	120%	180%
81%	81%	124%	186%
82%	82%	128%	192%
83%	83%	132%	198%
84%	84%	136%	204%
85%	85%	140%	210%
86%	86%	144%	216%
87%	87%	148%	222%
88%	88%	152%	228%
89%	89%	156%	234%
90%	90%	160%	240%
91%	91%	164%	246%
92%	92%	168%	252%
93%	93%	172%	258%
94%	94%	176%	264%
95%	95%	180%	270%
96%	96%	184%	276%
97%	97%	188%	282%
98%	98%	192%	288%
99%	99%	196%	294%
100%	100%	200%	300%