

Allgemeine Bedingungen für die Lenker- und Insassen-Unfallschutz-Versicherung (LUB 2002)

INHALTSVERZEICHNIS

ABSCHNITT A: VERSICHERUNGSSCHUTZ		ABSCHNITT C: BEGRENZUNG DES VERSICHERUNGSSCHUTZES	
Artikel 1	Welche Versicherungsarten sind möglich?	Artikel 16	Was ist nicht versichert? (Risikoausschlüsse)
Artikel 2	Was ist versichert (Gegenstand der Versicherung)?	Artikel 17	Was gilt für die sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes?
Artikel 3	Was gilt als Versicherungsfall?	ABSCHNITT D: PFLICHTEN DES VERSICHERUNGSNEHMERS	
Artikel 4	Wo gilt die Versicherung? (Örtlicher Geltungsbereich)	Artikel 18	Wann ist die Prämie zu bezahlen?
Artikel 5	Wann gilt die Versicherung? (Zeitlicher Geltungsbereich)	Artikel 19	Was ist vor bzw. nach Eintritt des Versicherungsfalles zu beachten? (Obliegenheiten)
Artikel 6	Wann beginnt der Versicherungsschutz im allgemeinen und was versteht man unter einer vorläufigen Deckung?	ABSCHNITT E: SONSTIGE VERTRAGSBESTIMMUNGEN	
Artikel 7	Was ist ein Unfall? (Begriff des Unfalles)	Artikel 20	Was gilt als Versicherungsperiode und wie lange läuft der Versicherungsvertrag?
ABSCHNITT B: VERSICHERUNGSLEISTUNGEN		Artikel 21	Wer kann nach Eintritt des Versicherungsfalles kündigen? Was gilt bei Wegfall des versicherten Risikos? Was gilt bei Veräußerung des versicherten Fahrzeuges?
Artikel 8	Was kann versichert werden?	Artikel 22	Wann können Versicherungsansprüche abgetreten oder verpfändet werden?
Artikel 9	Was leistet der Versicherer bei dauernder Invalidität?	Artikel 23	Wo können Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag gerichtlich geltend gemacht werden? (Gerichtsstand)
Artikel 10	Was leistet der Versicherer bei Todesfall?	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)
Artikel 11	Was leistet der Versicherer bei Versicherung von Taggeld?	Artikel 25	In welcher Form sind Erklärungen abzugeben?
Artikel 12	Was leistet der Versicherer bei Versicherung von Unfallkosten?	Artikel 26	Welches Recht ist anzuwenden?
Artikel 13	Was leistet der Versicherer zusätzlich?		
Artikel 14	Wann und unter welchen Voraussetzungen wird die Versicherungsleistung ausbezahlt und wann verjährt sie? (Fälligkeit der Versicherungsleistung und Verjährung)		
Artikel 15	In welchen Fällen und nach welchen Regeln entscheidet die Ärztekommision?		

**ABSCHNITT A: VERSICHERUNGSSCHUTZ
(Artikel 1 – 7)**

Artikel 1

**Welche Versicherungsarten sind möglich?
Für wen gilt die Versicherung?**

1. Die Versicherung kann abgeschlossen werden
 - 1.1 für den jeweiligen Lenker des im Vertrag bezeichneten Fahrzeuges.
 - 1.2 für den jeweiligen Lenker und die weiteren Insassen des im Vertrag bezeichneten Fahrzeuges. Sind zum Unfallszeitpunkt mehr Personen versichert als Plätze kraftfahrrechtlich genehmigt sind, oder mehr Plätze vorhanden als im Versicherungsantrag angegeben, wird die Versicherungsleistung für die einzelnen Personen entsprechend vermindert.
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 Artikel 2 tätig werden.

Artikel 2

Was ist versichert? (Gegenstand der Versicherung)

Die Versicherung bezieht sich auf Unfälle (Artikel 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 (Artikel 7).

Artikel 4

Wo gilt die Versicherung? (Örtlicher Geltungsbereich)

1. Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Europa im geographischen Sinn, jedenfalls aber auf das Gebiet jener Staaten, die das Multilaterale Garantieabkommen zwischen den Nationalen Versicherungsbüros vom 15. März 1991 (Amtsblatt der Europäischen Gemeinschaften Nr. L 177, Seite 27) unterzeichnet haben.
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 beginnt mit der Einlösung der Polizza (Artikel 18), jedoch nicht vor dem vereinbarten Zeitpunkt. Wird die erste oder einmalige Prämie erst

danach eingefordert, dann aber binnen 14 Tagen oder ohne schuldhaften weiteren 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 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 Tod oder körperliche Schädigung durch 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.
 - 2.5 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.
3. Krankheiten aller Art gelten nicht als Unfälle, übertragbare Krankheiten auch nicht als Unfallsfolgen.

Dies gilt nicht für Wundstarrkrampf, verursacht durch einen Unfall gemäß Punkt 1.

**ABSCHNITT B: VERSICHERUNGSLEISTUNGEN
(Artikel 8 – 15)**

Artikel 8

Was kann versichert werden?

Die Versicherung kann genommen werden für

- dauernde Invalidität (Artikel 9)
- den Todesfall (Artikel 10)
- Taggeld (Artikel 11)
- Unfallkosten (Artikel 12)

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

Artikel 9

Was leistet der Versicherer bei dauernder Invalidität?

1. Ergibt sich innerhalb eines Jahres vom Unfalltag an gerechnet, daß als Folge eines 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 die vereinbarte Gliedertaxe.

2.1 Unter Ausschluß des Nachweises einer höheren oder geringeren Beeinträchtigung der Arbeitsunfähigkeit gelten folgende Invaliditätsgrade

bei völligem Verlust oder völliger Gebrauchsunfähigkeit	
eines Armes ab Schultergelenk	85%
eines Armes bis oberhalb des Ellbogengelenkes	80%
eines Armes unterhalb des Ellbogengelenkes oder einer Hand	65%
eines Armes im Ellbogengelenk	75%
eines Daumens	25%
eines Zeigefingers	15%
eines anderen Fingers	7%
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	35%
sofern jedoch die Sehkraft des anderen Auges vor Eintritt des Versicherungsfalles bereits verloren war	65%
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	45%
bei völligem Verlust des Geruchssinnes	10%
bei völligem Verlust des Geschmackssinnes	10%

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

2.1.2 Bei Verlust oder Gebrauchsunfähigkeit von mehreren der vorgenannten Glieder oder Sinnesorgane bzw. bei Hinzukommen eines nach Punkt 2.2 festgestellten Invaliditätsgrades werden die sich ergebenden Prozentsätze zusammengerechnet, wobei jedoch nie mehr als 100% der versicherten Summe insgesamt geleistet werden.

2.2 Soweit sich der Invaliditätsgrad nach Punkt 2.1 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.

3. Läßt sich der Invaliditätsgrad nach Punkt 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 Unfallsfolge 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 Ärztekommision (Artikel 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 (Artikel 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. Hat der Versicherte am Unfalltag das 75. Lebensjahr bereits vollendet, tritt anstelle der Kapitalzahlung eine Rente, die nach der vereinbarten Rententafel unter Zugrundelegung des vom Versicherten am Unfalltag vollendeten Lebensjahres zu bemessen ist.

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 Rentenzahlung rückwirkend mit dem Monatsersten, der dem Unfalltag folgt. Sie endet mit Ablauf des Kalendermonates, in dem der Versicherte stirbt.

Artikel 10

Was leistet der Versicherer bei Todesfall?

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

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

3. Für Personen vor Vollendung des 15. Lebensjahres werden im Rahmen der Versicherungssumme nur die aufgewendeten angemessenen Begräbniskosten ersetzt.

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.

Artikel 12 Was leistet der Versicherer bei Versicherung von 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:

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.

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. Rückholkosten

Wenn die Versicherung für Tod und/oder dauernde Invalidität genommen ist, übernimmt der Versicherer die Kosten des Rücktransportes verunfallter Personen aus dem europäischen Ausland zum Wohnsitz in Österreich, wenn der versicherten Person infolge des Unfalles eine Heimreise mit dem Fahrzeug nicht möglich ist. 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 3.640,-- begrenzt.

2. Sicherheitsgurte

War der vom Unfall betroffene anspruchsberechtigte Versicherte zur Zeit des Unfalles durch einen Gurt gesichert, der im Sinne der kraftfahrrechtlichen Vorschriften typengenehmigt ist,

- steht ihm für jeden zur Heilung im Krankenhaus verbrachten Tag eine Pauschale von EUR 15,-- zu, maximal aber 2% der für Tod oder Dauerinvalidität versicherten Summe. Die Tage der Einlieferung ins Krankenhaus und der Entlassung daraus zählen dabei zusammen als ein Tag;
- erhöht sich die auf ihn entfallende Versicherungsleistung für den Todesfall und für den Fall der dauernden Invalidität um 25%.

3. Sonstige Leistungen

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 unterbrochen, 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 Unfallfolgen oder darüber, in welchem Umfang die eingetretene Beeinträchtigung auf den Versicherungsfall zurückzuführen ist, ferner über die Beeinflussung der Unfallfolgen durch Krankheit oder Gebrechen sowie im Falle des Artikels 9.5 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 von 2 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 9.5 trägt die Kosten, wer die Neufeststellung verlangt.

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.

ABSCHNITT C BEGRENZUNG DES VERSICHERUNGSSCHUTZES

Artikel 16

Was ist nicht versichert? (Risikoausschlüsse)

1. Es besteht **kein Versicherungsschutz** für Unfälle
 - 1.1 die bei der Verwendung des Kraftfahrzeuges bei einer kraftfahrspportlichen Veranstaltung, bei der es auf die Erzielung einer Höchstgeschwindigkeit ankommt, oder ihren Trainingsfahrten, entstehen;
 - 1.2 die bei der Benützung von Luftfahrtgeräten, bei Fallschirmabsprüngen und bei der Benützung von Luftfahrzeugen u.ä. entstehen;
 - 1.3 die der Versicherte bei der Vorbereitung oder Begehung gerichtlich strafbarer Handlungen erleidet, für die Vorsatz Tatbestandsmerkmal ist;
 - 1.4 die mit Aufruhr, inneren Unruhen, Kriegereignissen, Verfügungen von hoher Hand und Erdbeben unmittelbar oder mittelbar zusammenhängen;
 - 1.5 die direkt oder indirekt verursacht werden von, sich ergeben aus oder im Zusammenhang stehende mit jeglicher Art von Terrorakten.

Unter dem Begriff Terrorakt im Sinne des Punkt 1.5 ist eine zu politischen, religiösen, ideologischen oder ethnischen Zwecken oder aus solchen Gründen verübte oder angedrohte Gewaltanwendung durch (eine) Gruppe(n) von Personen zu verstehen, die im eigenen Namen, im Auftrag oder im Zusammenhang mit (einer) Organisation/-en oder Regierung/-en handelt/-n in der Absicht, Einfluss auf eine Regierung zu nehmen und/oder die Öffentlichkeit bzw. einen Teil der Öffentlichkeit in Angst und Schrecken zu versetzen.

Darüberhinaus sind Schadenereignisse ausgeschlossen, die direkt oder indirekt verursacht werden von, sich ergeben aus oder im Zusammenhang stehen mit Handlungen, die zur Eindämmung, Vorbeugung oder Unterdrückung von Terrorakten ergriffen werden oder sich in irgendeiner Weise darauf beziehen.

- 1.6 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;
- 1.7 bei Fahrten, die ohne Willen des über das Fahrzeug Verfügungsberechtigten vorbereitet, ausgeführt oder ausgedehnt werden;
- 1.8 die der Versicherte infolge einer Bewußtseinsstörung oder infolge einer wesentlichen Beeinträchtigung seiner

psychischen Leistungsfähigkeit durch Alkohol, Suchtgifte oder Medikamente erleidet.

2. Soweit nichts anderes vereinbart ist, besteht weiters 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 dann vorgenommen, wenn durch den Unfall eine körperliche oder geistige Funktion betroffen ist, die schon vorher beeinträchtigt war.

Die Vorinvalidität wird nach Artikel 9.2 und 3 bemessen.
2. Haben Krankheiten oder Gebrechen, die schon vor dem Unfall bestanden haben, den Eintritt des Unfalles und/oder die Unfallfolge beeinflußt, ist die Leistung entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens zu kürzen, 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 (Neurose, 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.

ABSCHNITT D: PFLICHTEN DES VERSICHERUNGS- NEHMERS (Artikel 18 – 19)

Artikel 18

Wann ist die Prämie zu bezahlen?

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

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

Artikel 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. 1a 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 Unfallfolgen 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 ist auch dieser 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 Unfallkosten (siehe Artikel 12) dem Versicherer die Originalbelege zu überlassen.

ABSCHNITT E: SONSTIGE VERTRAGSBESTIMMUNGEN (Artikel 20 – 26)

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.
2. Vertragsdauer

Beträgt die vereinbarte Vertragslaufzeit mindestens 1 Jahr, verlängert sich der Vertrag um jeweils 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

Nach dem Eintritt des Schadenfalles ist jeder Teil unbeschadet anderer Rechtsfolgen berechtigt, das Versicherungsverhältnis zu kündigen, wenn der andere Teil eine ihm im Zusammenhang mit dem Schadensfall gesetzlich oder vertraglich auferlegte Pflicht verletzt hat. Insbesondere kann der Versicherungsnehmer kündigen, wenn der Versicherer die Anerkennung eines begründeten Entschädigungsanspruchs ganz oder teilweise verzögert hat, und der Versicherer kündigen, wenn der Versicherungsnehmer den Eintritt oder den Umfang des Schadens durch sein Verhalten vorsätzlich oder grob fahrlässig beeinflußt oder bei der Ermittlung der Entschädigung eine unwahre Angabe gemacht oder einen für die Ermittlung erheblichen Umstand verschwiegen hat.
2. Die Kündigung ist nur bis zum Ablauf eines Monats seit dem Abschluß der Verhandlungen über die Entschädigung zulässig, wenn die Verletzung einer gesetzlichen oder vertraglichen Pflicht durch den anderen Teil jedoch erst später bekannt wurde, auch noch innerhalb eines Monats ab Kenntniserlangung. Der Versicherer hat eine Kündigungsfrist von einem Monat einzuhalten. Der Versicherungsnehmer kann nicht für einen späteren Zeitpunkt als den Schluß der laufenden Versicherungsperiode kündigen.
3. Hat der Versicherungsnehmer oder eine der in leitender Stellung für die Betriebsführung verantwortlichen Personen einen Entschädigungsanspruch arglistig erhoben, kann der Versicherer innerhalb eines Monats ab Kenntniserlangung das Versicherungsverhältnis mit sofortiger Wirkung kündigen.

4. 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.

5. 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.

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 Versicherung 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 ff 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

In welcher Form sind Erklärungen abzugeben?

Alle Mitteilungen und Erklärungen des Versicherungsnehmers und der versicherten Personen bedürfen zu ihrer Verbindlichkeit der Schriftform.

Artikel 26

Welches Recht ist anzuwenden?

Es gilt österreichisches Recht.

RENTENTAFEL

Auf Grund der österreichischen Sterbetafel MÖ 1930/33 und eines Zinsfußes von jährlich 3% (Art. 4, Pkt. 7, LUB 1996)

Jahresbetrag der monatlich im voraus zahlbaren lebenslangen 1) Rente für einen Kapitalsbeitrag von EUR 1.000,--

Alter 2)	Jahresrente
75	177,94
76	188,01
77	198,85
78	210,48
79	223,06
80	236,57

- 1) Bei zeitlich begrenzten Renten ist die Höhe der auf einen Kapitalsbetrag von EUR 1.000,-- entfallenden Jahresrente aus denselben Rechnungsgrundlagen zu erstellen.
- 2) Für die Berechnung der Rente ist das Alter des Rentners an seinem dem Beginne des Rentenbezuges nächstgelegenen Geburtstage maßgebend.