

Allgemeine Bedingungen für die Fahrzeuginsassen-Unfallversicherung (IUB 1995)

Es gelten auch die Allgemeinen Bedingungen für die Fahrzeug-Kaskoversicherung und die Fahrzeuginsassen-Unfallversicherung (AFIB 1995).

INHALT

Welche Versicherungsarten sind möglich?		
Für wen gilt die Versicherung?	Art. 1	Versicherungsformen und versicherte Personen
Was ist versichert?	Art. 2	Umfang der Versicherung
Was leistet die Versicherung?	Art. 3	Versicherungsleistung
Wann wird die Versicherungsleistung nur eingeschränkt erbracht?	Art. 4	Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes
Innerhalb welcher Fristen muß der Versicherer die Leistungspflicht anerkennen oder ablehnen?	Art. 5	Erklärung über die Versicherungsleistung
Aus welchen Gründen kann die Ärztekommision angerufen werden?		
Welchen Regeln unterliegt dieses Verfahren?	Art. 6	Ärztekommision
Wann und unter welchen Voraussetzungen wird die Versicherungsleistung ausbezahlt?	Art. 7	Fälligkeit der Versicherungsleistung
Wem steht die Ausübung der Rechte aus dem Versicherungsvertrag zu?	Art. 8	Rechtsstellung der am Vertrag beteiligten Personen
Was ist bei Eintritt des Versicherungsfalles zu tun?	Art. 9	Obliegenheiten
	Art. 10	Schadensminderungs- und Rettungspflicht
Wer kann nach dem Eintritt des Schadenfalles kündigen?	Art. 11	Kündigung nach dem Schadensfall

Artikel 1
Welche Versicherungsarten sind möglich?
Für wen gilt die Versicherung?

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 Unfallszeitpunkt versicherten Personen.

1.2 nach dem Platzsystem

Die vereinbarte Versicherungssumme gilt für jeden einzelnen kraftfahrrechtlich genehmigten Platz des im Vertrag bezeichneten Fahrzeuges. Sind im Unfallszeitpunkt 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 2, Punkt 1 tätig werden.

Artikel 2
Was ist versichert?

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 (Abweichung vom geplanten Bewegungsablauf);

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

2.2.4 Wundinfektionen infolge einer Unfallverletzung;

2.2.5 Einatmen von Gasen oder Dämpfen, Vergiftungen oder Verätzungen infolge Einnehmens von giftigen oder ätzenden Stoffen.

3. Ausschlüsse

Ausgeschlossen von der Versicherung sind

3.1 Unfälle bei Fahrten, die ohne Willen des über das Fahrzeug Verfügungsberechtigten vorbereitet, ausgeführt oder ausgedehnt werden;

3.2 Krankheiten aller Art

3.3 Unfälle, 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 Unfallsfolge;

3.4 als Unfallsfolgen (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 3
Was leistet die Versicherung?

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

1.3 Bei Personen vor Vollendung des 15. Lebensjahres werden im Rahmen 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 bzw. bemessen zu lassen; nach 2 Jahren vom Unfalltag an muß diese Feststellung durch ein Gutachten der Ärztekommmission (Artikel 6) 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, so 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 %
eines Armes bis oberhalb des Ellenbogengelenkes	65 %
eines Armes unterhalb des Ellenbogengelenkes oder einer Hand	60 %
eines Daumens	20 %
eines Zeigefingers	10 %
eines anderen Fingers	5 %
eines Beines bis über die Mitte des Oberschenkels	70 %
eines Beines bis zur Mitte des Oberschenkels	60 %
eines Beines bis zur Mitte des Unterschenkels oder eines Fußes	50 %
einer großen Zehe	5 %
einer anderen Zehe	2 %
bei völligem Verlust der Sehkraft beider Augen	100 %
bei völligem Verlust der Sehkraft eines Auges	30 %
sofern jedoch die Sehkraft des anderen Auges vor Eintritt des Versicherungsfalles bereits verloren war	60 %
bei völligem Verlust des Gehörs beider Ohren	60 %
bei völligem Verlust des Gehörs eines Ohres	15 %
sofern jedoch das Gehör des anderen Ohres vor Eintritt des Versicherungsfalles bereits verloren war	30 %
bei völligem Verlust des Geruchsinnes	10 %
bei völligem Verlust des Geschmacksinnes	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 % der versicherten Summe 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 Unfallstag bereits das 70. Lebensjahr vollendet oder besteht die dauernde Invalidität in einer Nervenerkrankung oder Geisteskrankheit, tritt anstelle der Kapitalszahlung eine nach der beigedruckten Rententafel unter Zugrundelegung des vom Versicherten am Unfallstag vollendeten Lebensjahres zu bemessende Rente.

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

Die Rentenleistung beginnt gemäß Artikel 7, 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 Unfallfolgen nach ärztlicher Verordnung notwendig waren, werden bis zur Höhe der hierfür vorgesehenen Versicherungssumme für jeden Versicherungsfall ersetzt. Hierzu zählen auch die notwendigen 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 3.633,64 begrenzt.

5.2 Sonstige Leistungen

Der Versicherer übernimmt die erforderlichen Kosten, die durch Erfüllung der in Artikel 9, Punkt 2 bestimmten Obliegenheiten entstehen.

Artikel 4 Wann wird die Versicherungsleistung nur eingeschränkt erbracht?

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

1. Haben bei den Unfallsfolgen 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 schon vorher vorhanden gewesen Invaldität entspricht. Für diese Bemessung werden die Grundsätze unter Artikel 3, 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 5 Innerhalb welcher Fristen muß der Versicherer die Leistungspflicht anerkennen oder ablehnen? Aus welchen Gründen kann die Ärztekommision angerufen werden?

Der Versicherer ist verpflichtet, innerhalb eines Monats, bei Ansprüchen auf Leistung für dauernde Invalidität innerhalb dreier Monate, zu erklären, ob und in welcher Höhe er eine Leistungspflicht anerkennt. Die Fristen beginnen mit dem Eingang der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfanges der Leistung des Versicherers nötigen Unterlagen, die der Anspruchserhebende zur Feststellung des Unfallherganges und der Unfallfolgen und über den Abschluß des Heilverfahrens beibringen muß.

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

Artikel 6 Welchen Regeln unterliegt dieses Verfahren?

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. In der Aufforderung ist auf diese Folge hinzuweisen. 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 7 Wann und unter welchen Voraussetzungen wird die Versicherungsleistung ausbezahlt?

1. Geldleistungen des Versicherers sind mit Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfanges der Leistung des Versicherers nötigen Erhebungen fällig.

2. Die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers tritt ebenfalls 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. Sind diese Erhebungen bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles nicht beendet, so kann der Versicherungsnehmer in Anrechnung auf die Gesamtforderung Abschlagszahlungen in der Höhe des Betrages verlangen, den der Versicherer nach Lage der Sache und auf Grund vorgelegter Bescheinigungen mindestens zu zahlen hat. Der Lauf dieser Frist ist gehemmt, solange die Beendigung der Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers bzw. der versicherten Personen gehindert ist.

4. Macht der Versicherer von seinem Recht gemäß Artikel 3, 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.

Artikel 8

Wem steht die Ausübung der Rechte aus dem Versicherungsvertrag zu?

Die Rechtsstellung der am Vertrag beteiligten Personen wird in Artikel 10 AFIB 1995 geregelt.

Darüber hinaus wird bestimmt, daß namentlich gegen Unfälle versicherte Personen ihre Versicherungsansprüche selbständig geltend machen können.

Artikel 9

Was ist bei Eintritt des Versicherungsfalles zu tun?

1. Es gelten die allgemeinen Obliegenheiten des Artikels 5 AFIB 1995.

2. Darüber hinaus werden als Obliegenheiten, deren Verletzung die Leistungsfreiheit des Versicherers nach Maßgabe des § 6, Absatz 3 VersVG bewirkt, bestimmt,

2.1 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;

2.2 daß sich der Unfallgeschädigte auf Verlangen des Versicherers von den von diesem bezeichneten Ärzten sowie der Ärztekommision (Artikel 6) untersuchen läßt. Im Fall aufgeschobener Feststellung des Grades der Invalidität (Artikel 3, Punkt 2.2) braucht diesem Verlangen nur von sechs zu sechs Monaten entsprochen zu werden;

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

2.4 dem Versicherer das Recht einzuräumen, die Leiche durch Ärzte zu besichtigen, nötigenfalls exhumieren und auch öffnen zu lassen. Der Versicherungsnehmer bzw. die versicherten Personen haben den Versicherer umfassend und unverzüglich, spätestens innerhalb einer Woche ab Kenntnis, schriftlich vom Versicherungsfall zu informieren.

Artikel 10

Schadensminderungs- und Rettungspflicht

Der Versicherungsnehmer bzw. die versicherten Personen sind im Sinn des § 62 Vers VG und des Artikels 6 AFIB 1995 insbesondere verpflichtet, unverzüglich ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen und die ärztliche Behandlung bis zum Abschluß des Heilverfahrens regelmäßig fortzusetzen; ebenso ist für angemessene Krankenpflege und nach Möglichkeit für die Abwendung und Minderung der Unfallfolgen zu sorgen.

Artikel 11

Wer kann nach dem Eintritt des Schadenfalles kündigen?

1. Nach Eintritt des Schadenfalles kann - unbeschadet anderer Rechtsfolgen - 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 Falle eines Rechtsstreites vor Gericht;
- nach Zustellung der Entscheidung des Sachverständigenausschusses oder der Ärztkommision;
- nach Fälligkeit der Versicherungsleistung bei Verzögerung der Anerkennung.

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

2. Nach Eintritt des Schadenfalles kann - unbeschadet anderer Rechtsfolgen - 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.

3. Hat der Versicherungsnehmer oder eine der in leitender Stellung für die Betriebsführung verantwortlichen Personen einen Anspruch auf Versicherungsleistung arglistig erhoben, kann der Versicherer innerhalb eines Monats ab Kenntniserlangung das Versicherungsverhältnis mit sofortiger Wirkung kündigen.

RENTENTAFEL

auf Grund der österreichischen Sterbetafel MÖ 1930/33 und eines Zinsfußes von jährlich 3 %
(Art. 3, Pkt. 2, IUB 1995)

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

Alter 2)	Jahres- rente	Alter 2)	Jahres- rente	Alter 2)	Jahres- rente	Alter 2)	Jahres- rente
0	41,78	21	42,35	41	55,33	61	93,92
1	37,37	22	42,74	42	56,39	62	97,45
2	37,15	23	43,14	43	57,51	63	101,21
3	37,19	24	43,57	44	58,69	64	105,25
4	37,31	25	44,02	45	59,93	65	109,59
5	37,46	26	44,49	46	61,24	66	114,26
6	37,64	27	45,00	47	62,63	67	119,30
7	37,83	28	45,53	48	64,10	68	124,78
8	38,04	29	46,08	49	65,66	69	130,72
9	38,28	30	46,67	50	67,30	70	137,17
10	38,55	31	47,28	51	69,05	71	144,15
11	38,83	32	47,92	52	70,89	72	151,70
12	39,14	33	48,59	53	72,84	73	159,82
13	39,47	34	49,29	54	74,92	74	168,58
14	39,82	35	50,03	55	77,12	75	177,94
15	40,17	36	50,80	56	79,47	76	188,01
16	40,53	37	51,61	57	81,99	77	198,85
17	40,89	38	52,47	58	84,67	78	210,48
18	41,24	39	53,37	59	87,54	79	223,06
19	41,60	40	54,33	60	90,62	80	236,57
20	41,97						

1) Bei zeitlich begrenzten Renten ist die Höhe der auf einen Kapitalbetrag 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.