

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 Polizze ist ersichtlich, welche Leistungen und Versicherungssummen vereinbart sind.

Artikel 2

Versicherungsfall

Versicherungsfall ist der Eintritt eines 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, 39 und 39a VersVG) eingetreten sind.

Artikel 5

Beginn des Versicherungsschutzes, vorläufige Deckung

1. Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz wird mit der Einlösung der Polizze (Art. 20), jedoch nicht vor dem vereinbarten Versicherungsbeginn wirksam. Wird die Polizze erst danach ausgehändigt, dann aber die Prämie unverzüglich gezahlt, ist Versicherungsschutz ab dem vereinbarten Versicherungsbeginn gegeben.

2. Vorläufige Deckung

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

Wird die Annahme des Antrages vom Versicherer abgelehnt, ist gleichzeitig die vorläufige Deckung mit einer Frist von einer Woche schriftlich zu kündigen. Dem Versicherer gebührt in diesem Fall die auf die Zeit des Versicherungsschutzes entfallende anteilige Prämie.

Artikel 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 nach sich zieht.

2. Als Unfall gelten auch folgende vom Willen des Versicherten unabhängige Ereignisse

- Ertrinken;
- Verbrennungen, Verbrühungen, Einwirkung von Blitzschlag oder elektrischem Strom;
- Einatmen von Gasen oder Dämpfen, Einnehmen von giftigen oder ätzenden Stoffen, es sei denn, daß diese 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;
- Wundinfektionen infolge einer Unfallverletzung.

3. Krankheiten gelten nicht als Unfälle, übertragbare Krankheiten (Infektionen) auch nicht als Unfallfolgen. Dies gilt nicht für Kinderlähmung und die durch Zeckenbiß übertragene Frühsommer-Meningoencephalitis im Rahmen der Bestimmungen des Art. 13, Pkt. 1.2. 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 einen Schlaganfall des Versicherten herbeigeführt wurden, nicht jedoch auf Herzinfarkte oder Schlaganfälle als Folge eines Unfalles (siehe auch Art. 19, 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 des 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 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 des anderen Auges vor Eintritt des Versicherungsfalles bereits verloren war	70%
des Gehörs beider Ohren	60%
des Gehörs eines Ohres	20%
sofern jedoch das Gehör des anderen Ohres vor Eintritt des Versicherungsfalles bereits verloren war	50%
des Geruchssinnes	10%
des Geschmackssinnes	10%
einer Niere	10%
der Milz	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 körperliche 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 vier Jahre ab dem Unfalltag ärztlich neu bemessen zu lassen, und zwar ab zwei Jahren nach dem Unfalltag auch durch die Ärztekommision.

7. Ist der Invaliditätsgrad noch nicht endgültig feststellbar, jedoch mindestens mit 25% zu erwarten, leistet die Versicherer Kostenersatz 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 ab dem Unfalltag nach Abschluß der Primärbehandlung erbracht.

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

8. 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 besteht, 5% der für dauernde Invalidität versicherten Summe.

9. Wird durch einen Unfall im Sinne des Artikel 6 eine stationäre Behandlung in einem Spital (Art. 11, Pkt. 2.) innerhalb von zwei Jahren nach Eintritt des Unfalles medizinisch notwendig, dann zahlt der Versicherer eine Sofortleistung abgestuft nach der Dauer des Spitalsaufenthaltes.

Bei einem Spitalsaufenthalt von mehr als 21 Tagen werden 2%, von mehr als 14 Tagen werden 1%, von mehr als 7 Tagen werden 0,5% der für dauernde Invalidität versicherten Summe als Sofortleistung erbracht. Sind aufgrund eines Unfalles mehrere stationäre Behandlungen notwendig, werden für die Bemessung der Höhe der Sofortleistung die Aufenthaltstage zusammengerechnet. Für jeden Unfall werden maximal 2% der für dauernde Invalidität versicherten Summe als Sofortleistung gezahlt.

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

10.1. Lineare Invaliditätsleistung ohne Progression

Die Höhe der Leistung entspricht dem Grad der Dauerinvalidität.

10.2. Lineare Invaliditätsleistung ohne Progression ab 20% Invalidität

Die Höhe der Leistung entspricht dem Grad der Dauerinvalidität. Eine Leistung wird ab einem Invaliditätsgrad von 20% erbracht. Für Invaliditätsgrade von weniger als 20% erfolgt keine Leistung.

10.3. 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.

10.4. Progressive Invaliditätsleistung nach Progressionsstufe I ab 20% Invalidität

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.

Eine Leistung wird ab einem Invaliditätsgrad von 20% erbracht. Für Invaliditätsgrade von weniger als 20% erfolgt keine Leistung.

10.5. 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.

10.6. Progressive Invaliditätsleistung nach Progressionsstufe II ab 20% Invalidität

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. Eine Leistung wird ab einem Invaliditätsgrad von 20% erbracht. Für Invaliditätsgrade von weniger als 20% erfolgt keine Leistung.

11. Stirbt der Versicherte

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

11.2. 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;

11.3. 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

Millionenschutz, Unfallrente

A. Millionenschutz

Eine Leistung wird für dauernde Invalidität erbracht. Die für dauernde Invalidität geltenden Bestimmungen finden mit folgenden Abweichungen Anwendung:

1. Abweichend von Art. 7, Pkt. 10. richtet sich die Höhe der Versicherungsleistung für einen nach Art. 7, Pkt. 1.- 4. bestimmten Grad der Dauerinvalidität nach folgender Bestimmung:

1.1. Für Invaliditätsgrade von weniger als 50% wird keine Leistung erbracht.

1.2. Für Invaliditätsgrade von 50% bis 99% wird die versicherte Summe in voller Höhe bezahlt.

1.3. Bei einem Invaliditätsgrad von 100% wird eine Leistung in Höhe der doppelten Versicherungssumme erbracht.

2. Abweichend von Art. 7, Pkt. 7. leistet die Versicherer Kostenersatz für eine medizinische Rehabilitationsbehandlung bis zu 5% der für Millionenschutz versicherten Summe, wenn der Invaliditätsgrad mit mindestens 50% zu erwarten ist.

3. Abweichend von Art. 7, Pkt. 8. wird für ästhetische Schäden keine Leistung erbracht.

4. Abweichend von Art. 7, Pkt. 9. wird keine Sofortleistung gezahlt.

B. Unfallrente

Eine Leistung wird für dauernde Invalidität erbracht. Die für dauernde Invalidität geltenden Bestimmungen finden mit folgenden Abweichungen Anwendung:

5. Abweichend von Art. 7, Pkt. 10. richtet sich die Höhe der Versicherungsleistung für einen nach Art. 7, Pkt. 1.- 4. bestimmten Grad der Dauerinvalidität nach folgender Bestimmung:

5.1. Für Invaliditätsgrade von weniger als 50% wird keine Leistung erbracht.

5.2. Eventuell vereinbarte progressive Invaliditätsleistungen und besondere Gliedertaxen bleiben für die Unfallrente unberücksichtigt.

5.3. Abweichend von Art. 7, Pkt. 7. leistet der Versicherer keinen Kostenersatz für eine medizinische Rehabilitationsbehandlung.

5.4. Abweichend von Art. 7, Pkt. 8. wird für ästhetische Schäden keine Leistung erbracht.

5.5. Abweichend von Art. 7, Pkt. 9. wird keine Sofortleistung gezahlt.

5.6. Abweichend von Art.19, Pkt. 3. werden Vorgebrechen, die bereits vor dem Unfall bestanden haben und die Unfallfolgen beeinflussen, unabhängig von der Anteilshöhe berücksichtigt, d.h. auch wenn der Anteil unter 25% beträgt.

Invaldiitätsgrade aufgrund mehrerer Unfälle werden für die Unfallrente nicht zusammengerechnet.

6. Die Unfallrente steht der versicherten Person nach Fälligkeit der Leistung gemäß Artikel 15 zu. Die Zahlung der Unfallrente erfolgt monatlich im vorhinein. Die erste Unfallrente wird rückwirkend ab dem Monat, in welchem sich der Unfall ereignet hat, gezahlt.

6.1. Stirbt der Versicherte unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall, besteht kein Anspruch auf die Unfallrente.

6.2. Stirbt der Versicherte aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach dem Unfall bzw. stirbt er unfallbedingt oder aus unfallfremder Ursache später als ein Jahr nach dem Unfall, wird eine Unfallrente geleistet, wenn aufgrund der zuletzt erstellten ärztlichen Befunde mit einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% zu rechnen gewesen wäre. Die Unfallrente wird rückwirkend ab dem Monat, in welchem sich der Unfall ereignet hat, bis zu dem Monat, in dem der Versicherte stirbt, an die Erben gezahlt.

7. Sollte eine neuerliche ärztliche Bemessung innerhalb von 4 Jahren nach dem Unfall ergeben, daß der unfallkausale Invaliditätsgrad unter 50% gesunken ist, erlischt der Anspruch auf die Unfallrente mit dem Tag dieser Feststellung. Bis zu diesem Zeitpunkt geleistete Rentenzahlungen werden vom Versicherer nicht zurückverlangt

8. Die Zahlung der Unfallrente erlischt mit Ablauf der vereinbarten Dauer, jedenfalls jedoch mit dem Tod der versicherten Person.

Artikel 9 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 unter 15 Jahren werden im Rahmen der Versicherungssumme nur die nachweislich aufgewendeten Kosten der Überführung des Toten und der Bestattung (einschließlich Grabstelle und Grabstein) ersetzt.

4. Zum Empfang der Leistung gem. Pkt. 3. ist ohne Rücksicht auf die Regelung der Bezugsberechtigung der Überbringer der Originalrechnungen berechtigt.

Artikel 10

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 die 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 Funktionen ermittelt.

2. Pflegegeld

2.1. Wird ein Versicherter nach einem Unfall pflegebedürftig, leistet der Versicherer zusätzlich zum versicherten Taggeld Kostenersatz für die Pflege durch eine dazu befugte Person bzw. eine dafür eingerichtete Organisation oder in einer dafür geeigneten Einrichtung. 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 (Artikel 6) so hilflos ist, daß er zumindest für drei der gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Grundverrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens in erheblichem Umfang täglich der Hilfe einer anderen Person bedarf. Zu diesen Grundverrichtungen zählen Aufstehen und 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 11

Spitalgeld

1. Spitalgeld wird für jeden Kalendertag, an dem sich der Versicherte wegen eines Versicherungsfalles in medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung befindet, 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 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 sanitatsbehordlich genehmigt sind, unter ständiger ärztlicher Leitung und Betreuung stehen und sich nicht auf die Anwendung bestimmter Behandlungsmethoden beschränken, sowie Rehabilitationszentren der Sozialversicherungsträger, Werksspitaler und Sanitatseinrichtungen 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 Geistesranke.

Artikel 12

Unfallkosten

Bis zur Höhe der hierfür vereinbarten Versicherungssummen 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. Hiezu zählen auch die Kosten von physikalischen Behandlungen, der erstmaligen Anschaffung künstlicher Gliedmaßen und eines Zahnersatzes sowie anderer, nach ärztlichem Ermessen erforderlicher erstmaliger Anschaffungen.

In den Versicherungsschutz eingeschlossen sind auch die Kosten von kosmetischen Operationen, die zur Behebung der Unfallfolgen vorgenommen werden.

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

2. Rehabilitationskosten,

das sind die Kosten für eine medizinische Rehabilitationsbehandlung nach Abschluß der Primärbehandlung.

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

3. Pflegekosten,

die für einen pflegebedürftigen Versicherten aufgewendet werden. Voraussetzung für den Ersatz der Pflegekosten ist die Vornahme der Pflege durch eine dazu befugte Person bzw. durch eine dafür eingerichtete Organisation oder eine geeignete Einrichtung.

Für die Beurteilung der Pflegebedürftigkeit gilt Art. 11, Pkt.2.2.

4. Bergungskosten

die notwendig werden, wenn der Versicherte

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

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

4.3. Bergungskosten sind die nachgewiesenen Kosten des Suchens nach dem Versicherten und seines Transportes bis zur nächsten befahrbaren Straße oder bis zum dem Unfallort nächstgelegenen Spital (auch mittels Hubschrauber bzw. durch die Bergrettung).

Die Bergungskosten werden in voller Höhe ersetzt, wenn für Unfallkosten eine Versicherungssumme von mindestens EUR 2.000,-- vereinbart ist.

5. Transportkosten

5.1. Kosten des Verletztentransportes

das sind die nachgewiesenen Kosten des Transportes des verunfallten Versicherten zu einer ärztlichen Behandlung und zurück;

5.2. Kosten des Verlegungstransportes

das sind die nachgewiesenen Kosten des medizinisch notwendigen Transportes des verunfallten Versicherten innerhalb von Österreich von einem Krankenhaus in ein anderes Krankenhaus.

5.3. 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, zu seinem 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.

6. Kosten der Begleitperson,

die für die Dauer einer stationären Heilbehandlung eines Kindes bis zum vollendeten 12. Lebensjahr aufgenommen wurde. Diese Kosten der Begleitperson werden ersetzt, sofern für das Kind Unfallkosten versichert sind.

7. Anpassungsklausel

Die Unfallkosten sind wertgesichert.

Zur Festsetzung der erforderlichen Anpassung vergleicht der Versicherer laufend die der letzten Tarifikalkulation zugrundeliegenden Rechnungsbeträge (rechnungsmäßiger Schaden) mit den zu erwartenden Rechnungsbeträgen (tatsächlich angefallener Schaden zuzüglich feststellbare Kostenerhöhung). Ergibt dieser Vergleich eine Änderung, werden die Leistungen und Prämien dem geänderten Bedarf angepaßt.

Die neuen Prämien und Leistungen werden zum Ersten des Monats wirksam, der der schriftlichen Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

Der Versicherungsnehmer ist berechtigt, innerhalb eines Monats nach Empfang der Mitteilung des Versicherers schriftlich der Wertanpassung zu widersprechen. In diesem Fall vermindern

sich die Versicherungssummen in dem Verhältnis, in dem sich die Prämien durch die Wertanpassung verändert haben.

Artikel_13

Sonderleistungen, Zusatzleistungen

Soweit nichts anderes vereinbart ist, gilt:

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 lebenden Familienangehörigen bzw. des Ehegatten/Lebensgefährten des Versicherten ersetzt (z.B. Verfall einer Fahrkarte, notwendige Benützung der Eisenbahn oder des Flugzeuges).

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

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

1.2. 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 EUR 73.000,-- begrenzt.

2. Zusatzleistungen

Der Versicherer übernimmt die erforderlichen Kosten, die durch Erfüllung der in Art. 22, Pkt. 2. bestimmten Obliegenheiten - ausgenommen Pkt.2.4. - entstehen.

Artikel 14

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 die betreffende weibliche versicherte Person um 40%, für die betreffende männliche versicherte Person um 60%. 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 das 20. Lebensjahr vollendet wird, für die betreffende versicherte Frau um 53% bzw. für den betreffenden versicherten Mann um 70%. Bei einer Ausbildung über das 20. Lebensjahr hinaus, erfolgt diese Reduktion mit Ende des Familienbeihilfebezuges.

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 die betreffende versicherte Frau um 23% bzw. für den betreffenden versicherten Mann 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. Ab diesem Zeitpunkt reduzieren sich die Versicherungssummen für die betreffende versicherte Frau um 50% bzw. für den betreffenden versicherten Mann um 25%.

Für einen Vertrag, der nicht als Seniorenversicherung für Ehepaare abgeschlossen wurde, gelten die Versicherungssummen in der vereinbarten Höhe bis zum Ende des Versicherungsjahres, in dem einer der Versicherten das 70. Lebensjahr vollendet hat. Ab diesem Zeitpunkt reduzieren sich die Versicherungssummen für beide versicherten Personen um 38%.

Der Versicherungsnehmer kann gegen einen entsprechenden Prämienzuschlag die Beibehaltung der Versicherungssummen bewirken und den Vertrag als Seniorenunfallversicherung weiterführen.

Artikel 15

Fälligkeit der Leistung des Versicherers und Verjährung

1. Der Versicherer ist verpflichtet, bei allen Ansprüchen aus der Unfallversicherung innerhalb eines Monats zu erklären, ob 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.

3. Steht die Leistungspflicht dem Grunde nach fest, kann der Versicherungsnehmer in Anrechnung auf die Gesamtforderung Abschlagszahlungen in Höhe des Betrages verlangen, den der Versicherer nach Lage der Sache mindestens zu zahlen haben wird.

4. Für die Verjährung gilt § 12 VersVG.

Artikel 16

Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten (Ärztekommission)

1. Im Falle von Meinungsverschiedenheiten über Art und Umfang der Unfallfolgen oder darüber, in welchem Umfang die eingetretenen 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 Ärztekommision zur Entscheidung vorbehaltenen Meinungsverschiedenheiten kann der Versicherungsnehmer innerhalb von 6 Monaten nach Zugang der Erklärung des Versicherers gemäß Art. 15, 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 die Ärztekommision bestimmen Versicherer und Versicherungsnehmer je einen in der österreichischen Ärzteliste eingetragenen Arzt. Wenn ein Vertragsteil innerhalb zweier Wochen nach schriftlicher Aufforderung keinen Arzt benennt, wird dieser von der für den Wohnsitz des Versicherten zuständigen Ärztekammer bestellt. Die beiden Ärzte bestellen einvernehmlich vor Beginn ihrer Tätigkeit einen weiteren Arzt als Obmann, der für den Fall, daß sie sich nicht oder nur zum Teil einigen sollten, im Rahmen der durch die Gutachten der beiden Ärzte gegebenen Grenzen entscheidet.

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

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

Begrenzungen des Versicherungsschutzes

Artikel 17

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 einer 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 18

Ausschlüsse

Soweit nichts anderes vereinbart ist, gilt:
Ausgeschlossen von der Versicherung sind Unfälle

1. bei der Benutzung von Luftfahrtgeräten und bei Fallschirmabsprüngen sowie bei der Benützung von Luftfahrzeugen, soweit sie nicht unter die Bestimmung des Art. 6, Pkt. 5. fällt;
2. die beim Versuch oder der Begehung gerichtlich strafbarer Handlungen durch den Versicherten eintreten, für die Vorsatz Tatbestandsmerkmal ist;
3. die dem Versicherten durch mittelbare oder unmittelbare Kriegsereignisse zustoßen,
 - 3.1. wenn der Versicherte an dem Krieg oder Bürgerkrieg aktiv teilnimmt;
aktiver Teilnehmer ist auch, wer auf seiten einer kriegsführenden Partei zur Kriegsführung bestimmte Anlagen, Einrichtungen, Geräte, Fahrzeuge, Waffen oder andere Materialien anliefert, abtransportiert oder sonst damit umgeht.
 - 3.2. wenn sich der Versicherte nach Ausbruch des Krieges oder Bürgerkrieges in das Krisengebiet begibt;
 - 3.3 wenn sich der Versicherte wegen seiner Berufsausübung in das Kriegs- oder Bürgerkriegsgebiet begibt;

- 3.4. wenn der Unfall durch ABC-Waffen (atomare, biologische oder chemische Waffen) verursacht wird;
- 3.5. wenn der Staat, in dem der Versicherte seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt hat, als kriegführende Partei beteiligt ist oder wenn die Kriegereignisse auf dem Gebiet dieses Staates stattfinden.
Ein allenfalls bestehender Versicherungsschutz endet jedenfalls 14 Tage nach Ausbruch des Krieges oder Bürgerkrieges.
4. durch innere Unruhen, wenn der Versicherte daran auf seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;
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 werden;
6. die der Versicherte infolge einer wesentlichen Beeinträchtigung seiner psychischen Leistungsfähigkeit durch Alkohol, Suchtgifte oder Medikamente erleidet;
7. durch körperliche Schädigung bei Heilmaßnahmen und Eingriffen, die der Versicherte an seinem Körper vornimmt oder vornehmen läßt, soweit nicht ein Versicherungsfall hierzu der Anlaß war; soweit ein Versicherungsfall der Anlaß war, findet Pkt. 5. keine Anwendung.
8. die bei einer entgeltlich ausgeübten sportlichen Betätigung und dem Training entstehen. Entgeltlichkeit liegt vor, wenn der Versicherte mehr als einen bloßen Spesenersatz erhält.
9. die bei Beteiligung an motorsportlichen Wettbewerben (auch Wertungsfahrten und Rallyes) und den dazugehörigen Trainingsfahrten entstehen.

Artikel 19

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.
Die Vorinvalidität wird nach Art.7, Pkte. 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 im Falle einer Invalidität der Prozentsatz des Invaliditätsgrades, ansonsten die Leistung entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des

Gebrechens zu vermindern, sofern dieser Anteil mindestens 25% beträgt.

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, Psychoneurosen) 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 anlagenbedingt waren.

Abschnitt D

Pflichten des Versicherungsnehmers

Artikel 20

Prämie

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

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

2. Stirbt der Versicherungsnehmer während der Dauer eines als Kinderunfallversicherung abgeschlossenen Vertrages, so wird der Vertrag mit den zu diesem Zeitpunkt geltenden Versicherungssummen bis zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet, prämienfrei weitergeführt.

3. Wird der Versicherungsnehmer während der Vertragsdauer arbeitslos, so wird der Versicherungsschutz ab dem 4. Monat des Bezuges von Arbeitslosengeld, maximal für 12 Monate prämienfrei geboten.

Die Prämienfreistellung ist vom Versicherungsnehmer zu beantragen. Der Bezug des Arbeitslosengeldes ist vom Versicherungsnehmer durch eine entsprechende Bestätigung des Arbeitsamtes nachzuweisen.

Eine Prämienfreistellung kann erstmals nach einer Vertragsdauer von einem Jahr beantragt werden. Eine Prämienfreistellung ist darüberhinaus nur möglich, wenn der Versicherungsnehmer zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses kein Arbeitslosengeld bezogen hat.

4. Wird der Versicherungsnehmer während der Vertragsdauer zum Präsenzdienst oder Zivildienst einberufen, so wird der Versicherungsschutz für die Dauer des Präsenz- bzw. Zivildienstes prämienfrei geboten. Die Prämienfreistellung ist vom Versicherungsnehmer zu

beantragen. Die Ableistung des Präsenz- bzw. Zivildienstes ist vom Versicherungsnehmer entsprechend nachzuweisen.

5. Bei Prämienfreistellungen gemäß Punkt 3. oder 4. wird kein Taggeld (Artikel 10) gezahlt. Prämienfreistellungen gemäß Punkt 3. und 4. werden innerhalb einer Vertragsdauer von 10 Jahren für maximal 24 Monate geboten.

Artikel 21

Anzeige der Änderung der Tätigkeit (des Berufes, der Beschäftigung, der entgeltlichen sportlichen Betätigung) des Versicherten

Veränderungen der im Antrag angegebenen Tätigkeit des Versicherten sind unverzüglich anzuzeigen. Einberufungen zum ordentlichen Präsenzdienst, zum Zivildienst sowie zu kurzfristigen militärischen Reserveübungen gelten nicht als Änderung der Tätigkeit.

- Ergibt sich für die neue Tätigkeit 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 bezahlen.

- 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 Tätigkeit der volle Versicherungsschutz gewährt.

Tritt ein auf die neue Tätigkeit 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 Tätigkeit erforderlichen Prämienätzen aufgrund der tatsächlichen in der Police berechneten Prämie ergeben.

- Bietet der Versicherer für die neue Tätigkeit grundsätzlich keinen Versicherungsschutz an, finden die Bestimmungen der §§ 23 ff. VersVG (Gefahrenerhöhung) Anwendung.

Artikel 22

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;

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 angemessene 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 oder besteht ein Anspruch auf Sofortleistung, so ist dem Versicherer, wenn der Versicherte in ein Spital (Art. 11, 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. Bei Ansprüchen auf Kostenersatz sind dem Versicherer die aufgewendeten Kosten durch Originalbelege nachzuweisen. Die Belege gehen in das Eigentum des Versicherers über.

Abschnitt E

Sonstige Vertragsbestimmungen

Artikel 23

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 24

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 (Artikel 16);
- Nach Fälligkeit der Versicherungsleistung bei Verzögerung der Anerkennung (Artikel 15).

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

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

Die Kündigung ist vorzunehmen innerhalb eines Monats

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

Die Kündigung kann nur unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist erfolgen. Falls der Versicherungsnehmer einen Anspruch arglistig erhoben hat, kann der Versicherer mit sofortiger Wirkung kündigen.

1.3. Dem Versicherer gebührt die bis zur Vertragsauflösung anteilige Prämie.

2. Erlischt der Vertrag, weil der Versicherte gestorben oder unversicherbar geworden ist (Artikel 17), 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 den die Prämie höher bemessen worden wäre, wenn der Vertrag nur für den Zeitraum geschlossen worden wäre, während dessen er tatsächlich bestanden hat.

Artikel 25

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 26

Form der Erklärungen

Alle Mitteilungen und Erklärungen sind nur in schriftlicher Form verbindlich.

Übersicht

über Leistungen für dauernde Invalidität
gem. Art.7, Pkt. 10. AUVB 1997

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%