

Allgemeine Zurich Bedingungen für die Insassenunfall-Versicherung (IUB 2011)

Soweit im Folgenden personenbezogene Bezeichnungen nur in männlicher Form angeführt sind, beziehen sich diese auf Frauen und Männer in gleicher Weise.

Versicherungsnehmer ist die Person, die den Versicherungsvertrag mit dem Versicherer abschließt. Versicherte Person ist die Person, deren Gesundheitsschädigung infolge eines Unfalles versichert ist. Begünstigter bzw., Bezugsberechtigter ist eine Person, die vom Versicherungsnehmer für den Empfang der Versicherungsleistung benannt wird.

Versicherungsprämie ist das vom Versicherungsnehmer zu zahlende Entgelt.

Neben anderen Gesetzen enthält insbesondere das Versicherungsvertragsgesetz 1958 (VersVG) zahlreiche Regelungen, die für den Versicherungsvertrag maßgeblich sind. Auf einige Bestimmungen des VersVG haben wir im Bedingungstext mit Hinweis auf den betreffenden Paragraphen verwiesen; der genaue Wortlaut dieser sowie anderer der wichtigsten Vorschriften des VersVG findet sich im Anhang.

Inhaltsverzeichnis

Abschnitt A: Versicherungsschutz

Was ist versichert?	Art. 1: Gegenstand der Versicherung und Versicherungsform und mitversicherte Personen
Was gilt als Versicherungsfall?	Art. 2: Versicherungsfall
Wo gilt die Versicherung?	Art. 3: Örtlicher Geltungsbereich
Wann gilt die Versicherung?	Art. 4: Zeitlicher Geltungsbereich
Wann beginnt die Versicherung?	Art. 5: Prämie, Beginn des Versicherungsschutzes, vorläufige Deckung
Was ist ein Unfall?	Art. 6: Begriff des Unfalles

Abschnitt B: Versicherungsleistungen

Was kann versichert werden?	Art. 7: Versicherbare Leistungen Art. 8: Dauernde Invalidität Art. 9: Todesfall Art. 10: Taggeld Art. 11: Unfallkosten Art. 12: Zusatzleistungen
Was zahlen wir zusätzlich?	Art. 13: Fälligkeit der Versicherungsleistung, Verjährung
Wann sind unsere Leistungen fällig?	Art. 14: Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten (Ärztelkommission)
In welchen Fällen und nach welchen Regeln entscheidet die Ärztekommision?	

Abschnitt C: Begrenzungen des Versicherungsschutzes

In welchen Fällen zahlt der Versicherer nicht?	Art. 15: Ausschlüsse Art. 16: Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes
--	---

Abschnitt D: Pflichten des Versicherungsnehmers

Was ist vor Eintritt eines Versicherungsfalles zu beachten? Was ist nach Eintritt eines Versicherungsfalles zu tun?	Art. 17: Obliegenheiten
--	-------------------------

Abschnitt E: Sonstige Vertragsbestimmungen

Was gilt als Versicherungsperiode?	Art. 18: Versicherungsperiode, Vertragsdauer
Unter welchen Voraussetzungen und wann kann der Versicherungsvertrag gekündigt werden?	Art. 19: Kündigung, Erlöschen des Vertrages
Wann erlischt der Versicherungsvertrag ohne Kündigung?	
Wem steht die Ausübung der Rechte aus dem Versicherungsvertrag zu, wer hat die Pflichten aus dem Versicherungsvertrag zu erfüllen?	Art. 20: Rechtsstellung der am Vertrag beteiligten Personen
Wann und unter welchen Voraussetzungen ändert sich die Prämie?	Art. 21: Prämienanpassung
Können Versicherungsansprüche abgetreten werden?	Art. 22: Abtretungsverbot
Wo können Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag gerichtlich geltend gemacht werden?	Art. 23: Anzuwendendes Recht
Wie sind Erklärungen abzugeben?	Art. 24: Form der Erklärungen
Anhang:	Rententafel

Abschnitt A: Versicherungsschutz

Artikel 1 Gegenstand der Versicherung Versicherungsform und mitversicherte Personen, Wechselkennzeichen

1. Gegenstand der Versicherung

Die Versicherung bezieht sich auf Unfälle (Artikel 6) 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.

Die tatsächlich vereinbarten Versicherungsleistungen (siehe Artikel 8 – 12) und die Versicherungssummen ergeben sich aus dem Versicherungsvertrag.

2. Versicherungsform und versicherte Personen

Die vereinbarte Versicherungssumme gilt für jeden einzelnen kraftfahrrechtlich genehmigten Platz des im Vertrag bezeichneten Fahrzeuges (Platzsystem).

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 vermindert.

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 1, Punkt 1 tätig werden.

3. Wechselkennzeichen

Für die Dauer der Zuweisung eines Wechselkennzeichens hat die Versicherung nur für das Fahrzeug Gültigkeit, an dem die Kennzeichentafeln jeweils angebracht sind.

Der Wegfall des Wechselkennzeichens ist dem Versicherer unverzüglich mitzuteilen.

Artikel 2 Versicherungsfall

Versicherungsfall ist der Eintritt eines Unfalles (Artikel 6).

Artikel 3 Örtlicher Geltungsbereich

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Europa im geographischen Sinn, jedenfalls aber auf das Gebiet jener Staaten, die das Übereinkommen zwischen den nationalen Versicherungsbüros der Mitgliedstaaten des Europäischen Wirtschaftsraumes und anderen assoziierten Staaten vom 30. Mai 2002, ABl. Nr. L192 vom 31. Juli 2003, S. 23 (siehe Beilage) unterzeichnet haben.

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 Verladevorganges.

Artikel 4 Zeitlicher Geltungsbereich

Versichert sind Unfälle, die während der Wirksamkeit des Versicherungsschutzes (Laufzeit des Versicherungsvertrages unter Beachtung der §§ 38ff VersVG und des Artikel 5 Punkte 2 und 3) eingetreten sind.

Artikel 5 Prämie, Beginn des Versicherungsschutzes, vorläufige Deckung

1. Prämie

1.1. Die erste oder die einmalige Prämie einschließlich Versicherungssteuer ist vom Versicherungsnehmer gegen Aushändigung der Police innerhalb von 14 Tagen nach

- Abschluss des Versicherungsvertrages (Zugang der Police oder ei-

ner gesonderten Antragsannahmeerklärung

und

- Aufforderung zur Prämienzahlung zu bezahlen (Einlösung der Police).

Die Folgeprämien sind zu den jeweils vereinbarten Fälligkeitsterminen zu entrichten.

1.2. Zahlungsverzug kann zur Leistungsfreiheit des Versicherers und weiteren Rechtsfolgen führen. Die Voraussetzungen und Begrenzungen der Leistungsfreiheit sowie sonstiger Rechtsfolgen sind gesetzlich geregelt (siehe §§ 38, 39 und 39a VersVG im Anhang)

2. Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz tritt grundsätzlich mit der Einlösung der Police (Punkt 1.1), in Kraft, jedoch nicht vor dem vereinbarten Versicherungsbeginn. Wird die Police erst danach ausgehändigt oder die erste oder die einmalige Prämie erst danach eingefordert, diese dann aber binnen 14 Tagen oder ohne schuldhaften Verzug gezahlt, ist der Versicherungsschutz ab dem vereinbarten Versicherungsbeginn gegeben.

3. Vorläufige Deckung

Soll der Versicherungsschutz jedenfalls schon vor Einlösung der Police beginnen (vorläufige Deckung), ist die ausdrückliche Zusage der vorläufigen Deckung durch uns erforderlich.

Die vorläufige Deckung endet bei der Annahme des Antrages mit der Einlösung der Police (Punkt 1.1). Sie tritt außer Kraft, wenn der Antrag unverändert angenommen wird und der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der ersten oder der einmaligen Prämie schuldhaft in Verzug gerät (Punkt 1.2).

Der Versicherer ist berechtigt, die vorläufige Deckung unter Einhaltung einer Frist von 2 Wochen zu kündigen. Dem Versicherer gebührt in diesem Fall die auf die Zeit des Versicherungsschutzes entfallende anteilige Prämie.

Artikel 6 Begriff des Unfalles

1. Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen mechanisch oder chemisch auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.
2. Als Unfall gelten auch folgende, unfreiwillig erlittene Ereignisse:
 - 2.1 Ertrinken
 - 2.2 Verbrennungen, Verbrühungen, Einwirken von Blitzschlag oder elektrischem Strom
 - 2.3 Einatmen von Gasen oder Dämpfen, es sei denn, dass diese Einwirkungen allmählich erfolgen
 - 2.4 Einnehmen von giftigen oder ätzenden Stoffen, es sei denn, dass diese Einwirkungen allmählich erfolgen
 - 2.5 Verrenkungen von Gliedern sowie Zerrungen und Zerreißen von an Gliedmaßen und an der Wirbelsäule befindlichen Muskeln, Sehnen, Bändern und Kapseln sowie Meniskusverletzungen.

Hinsichtlich abnutzungsbedingter Einflüsse mit Krankheitswert findet Art. 15 Punkt 2, Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes, Anwendung.
3. Krankheiten gelten nicht als Unfälle, übertragbare Krankheiten auch nicht als Unfallfolgen. Dies gilt nicht für Wundstarrkrampf, verursacht durch einen Unfall gemäß Punkt 1.

Abschnitt B: Versicherungsleistungen

Artikel 7 Versicherbare Leistungen

- Die Versicherung kann abgeschlossen werden für
- dauernde Invalidität (Art 8)
 - den Todesfall (Art 9)
 - Taggeld (Art 10)
 - Unfallkosten (Art 11)

Artikel 8 Dauernde Invalidität

1. Voraussetzungen für die Leistung:
Die versicherte Person ist durch den Unfall auf Lebenszeit in ihrer körper-

lichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt.

Die Invalidität ist innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten. Sie ist unter Vorlage eines ärztlichen Befundberichtes, aus dem Art und Umfang der Gesundheitsschädigung und die Möglichkeit einer auf Lebenszeit dauernden Invalidität hervorgeht, beim Versicherer geltend gemacht worden.

Kein Anspruch auf Invaliditätsleistung besteht, wenn die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall stirbt.

2. Art der Leistung:

Die Art der Invaliditätsleistung (Leistung als Kapitalbetrag oder in Rentenform) richtet sich nach der mit dem Versicherer getroffenen Vereinbarung.

Für Unfälle, die versicherte Personen ab Vollendung des 75. Lebensjahres erleiden, wird eine Invaliditätsleistung aber ausschließlich in Form einer Rente erbracht.

Diese Rente ist nach der im Anhang beigefügten Rententafel unter Zugrundelegung des vom Versicherten am Unfalltag vollendeten Lebensjahres zu bemessen. Barwert dieser Rente ist jener Betrag, der bei Zahlung eines Kapitalbetrages zu erbringen wäre.

3. Höhe der Leistung:

- 3.1. Bei völligem Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane gelten ausschließlich, soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, die folgenden Invaliditätsgrade:

eines Armes	70%
eines Daumens	20%
eines Zeigefingers	10%
eines anderen Fingers	5%
eines Beines	70%
einer großen Zehe	5%
einer anderen Zehe	2%
der Sehkraft beider Augen	100%
der Sehkraft eines Auges	50%
sofern die Sehkraft des anderen Auges vor Eintritt des Versicherungsfalles bereits	
verloren war	65%
des Gehörs beider Ohren	60%
des Gehörs eines Ohres	30%
sofern jedoch das Gehör des	

anderen Ohres vor Eintritt des Versicherungsfalles bereits

verloren war	45%
des Geruchssinnes	10%
des Geschmackssinnes	10%
des Magens	20%
der Milz	10%
der Niere	20%
der Stimme	30%
der weiblichen Brust (je Seite)	15%
des männlichen Geschlechtsorgans (Penis)	30%

Wenn die Funktion der zweiten Niere bereits vor dem Unfall auf Lebenszeit beeinträchtigt war oder durch denselben Unfall auf Lebenszeit ebenfalls beeinträchtigt wird, ist bei der Bemessung der Dauernden Invalidität hinsichtlich der Nieren ausschließlich Punkt 3.3 anzuwenden.

- 3.2 Bei Teilverlust oder teilweiser Funktionsbeeinträchtigung der in Punkt 3.1 angeführten Körperteile oder Sinnesorgane gilt der entsprechende Teil des jeweiligen Prozentsatzes.

- 3.3 Für andere Körperteile und Sinnesorgane bemisst sich der Invaliditätsgrad danach, inwieweit die normale körperliche oder geistige Funktionsfähigkeit insgesamt beeinträchtigt ist. Dabei sind ausschließlich medizinische Gesichtspunkte zu berücksichtigen.

4. Waren betroffene Körperteile oder Sinnesorgane bereits vor dem Unfall auf Lebenszeit in ihrer Funktionsfähigkeit beeinträchtigt, wird der Invaliditätsgrad um die Vorinvalidität gemindert. Diese Vorinvalidität ist hinsichtlich der in Punkt 3.1 angeführten Körperteile oder Sinnesorgane nach den im genannten Punkt angeführten Modalitäten zu bemessen, hinsichtlich anderer Körperteile oder Sinnesorgane nach Punkt 3.3.

5. Ist die Funktion mehrerer Körperteile oder Sinnesorgane durch den Unfall beeinträchtigt, werden die nach den vorstehenden Bestimmungen ermittelten Invaliditätsgrade zusammen gerechnet. Mehr als 100 % werden jedoch nicht berücksichtigt.

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

7. Steht der Grad der dauernden Invalidität nicht eindeutig fest, sind so-

wohl die versicherte Person als auch der Versicherer berechtigt, den Invaliditätsgrad jährlich bis 4 Jahre ab dem Unfalltag ärztlich neu bemessen zu lassen.

8. Stirbt der Versicherte
- 8.1 unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall, besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung;
- 8.2 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.
- 8.3 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 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 Todesfallleistung werden nur Zahlungen, die für dauernde Invalidität aus demselben Ereignis geleistet worden sind, angerechnet. Einen Mehrbetrag an Leistung für dauernde Invalidität kann vom Versicherer nicht zurückverlangt werden.
3. Im Falle unserer Verpflichtung zur Auszahlung der für den Todesfall vereinbarten Summe werden zusätzlich zur Leistung gemäß Punkt 1. die nachweislich aufgewendeten Kosten der Überführung der Leiche und der Bestattung (einschließlich Grabstelle und Grabstein) ersetzt. Der Kostensatz ist mit 10% der für den Fall des Todes versicherten Summe begrenzt.
4. Für Personen unter 15 Jahren ist die Versicherung einer für den Todesfall zu bezahlenden Summe nicht möglich. Dessen ungeachtet werden die nachweislich aufgewendeten Kosten der Überführung der Leiche und der Bestattung (einschließlich Grabstelle und Grabstein) ersetzt.

Artikel 10 Taggeld

Taggeld wird bei dauernder oder vorübergehender unfallbedingter Invalidität für die Dauer der dadurch verursachten vollständigen Arbeitsunfähigkeit im Beruf oder in der Beschäftigung der versicherten Person für längstens 365 Tage innerhalb von 2 Jahren ab dem Unfalltag gezahlt.

Artikel 11 Unfallkosten

Bis zur Höhe der hierfür vereinbarten Versicherungssumme werden Unfallkosten ersetzt, sofern sie innerhalb von 2 Jahren vom Unfalltag an gerechnet entstehen und soweit nicht von einem Sozialversicherungsträger Ersatz zu leisten ist oder von einem sonstigen Leistungsträger Ersatz geleistet wurde.

Unfallkosten sind:

1. Heilkosten,
die zur Behebung der Unfallsfolgen aufgewendet wurden und nach ärztlicher Verordnung notwendig waren. Hierzu zählen auch die notwendigen Kosten des Verletzentransportes, 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.
2. 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 3.633,64. begrenzt.

Artikel 12 Zusatzleistungen

Wir übernehmen die erforderlichen Kosten, die durch Erfüllung der in Artikel 17, Punkt 2., Obliegenheiten, bestimmten Obliegenheiten entstehen. Ausgenommen bleiben davon Kosten nach Artikel 17, Punkt 2.1, Punkt 2.2, Punkt 2.4. und Punkt 2.5.

Artikel 13 Fälligkeit der Versicherungsleistung und Verjährung

1. Die Versicherungsleistung wird nach Abschluss der für ihre Feststellung notwendigen Erhebungen fällig. Für Leistungen aus dem Titel einer „Dauernden Invalidität“ ist überdies Artikel 8. Punkte 6. und 7. zu beachten.
2. Die Fälligkeit 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 Eintrittspflicht 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 Schadensanzeige nicht feststellen, hat der Versicherer auf Verlangen der VersicherungsnehmerInnen angemessene Vorschüsse zu leisten.
4. Für die Verjährung von Ansprüchen aus dem Versicherungsvertrag gilt § 12 VersVG (siehe Beilage).

Artikel 14 Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten (Ärzteliste)

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

Gemäß § 184 VersVG (siehe Anhang) ist die Entscheidung der Ärztekommision nicht verbindlich, wenn sie offenbar von der wirklichen Sachlage erheblich abweicht. In diesem Umfang kann die Entscheidung der Ärztekommision auch gerichtlich überprüft werden und erfolgt die Feststellung diesfalls durch Urteil. Letzteres gilt auch, wenn die Sachverständigen die für die Beurteilung erforderlichen Feststellungen nicht treffen können oder wollen oder sie verzögern.

2. In den nach Punkte 1. der Ärztekommision zur Entscheidung vorbehaltenen Meinungsverschiedenheiten kann der Versicherungsnehmer sowie ein allfälliger Begünstigter oder Bezugsberechtigter innerhalb von sechs Monaten nach Zugang unserer Mitteilung gemäß Artikel 12, Punkt 1. Widerspruch erheben und unter Bekanntgabe der Forderung die Entscheidung der Ärztekommision beantragen.
3. Das Recht, die Entscheidung der Ärztekommision zu beantragen, steht auch dem Versicherer zu.
4. Für die Ärztekommision bestimmt der Versicherungsnehmer (bzw. im Falle, dass der Begünstigte bzw. Bezugsberechtigte die Entscheidung der Ärztekommision beantragt hat, dieser selbst) und der Versicherer je einen in der österreichischen Ärzteliste eingetragenen Arzt mit ius practicandi (Recht zur Berufsausübung). Wenn eine der beiden Parteien innerhalb zweier Wochen nach schriftlicher Aufforderung keinen Arzt benennt, wird dieser auf Antrag der anderen Partei von der österreichischen Ärztekammer bestellt. Der Versicherer wird in seiner schriftlichen Aufforderung auf diese Rechtsfolge hinweisen.

Die beiden Ärzte bestellen einvernehmlich vor Beginn ihrer Tätigkeit einen weiteren in der österreichischen Ärzteliste eingetragenen Arzt mit ius practicandi als Obmann, der für den Fall, dass die Ergebnisse der Feststellungen beider Ärzte voneinander abweichen, über die strittig gebliebenen Punkte innerhalb 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 österreichische Ärztekammer als Obmann bestellt.

5. Die Obliegenheiten gemäß Art. 17 Punkt 2.3 bis 2.8 gelten sinngemäß für das Verfahren vor der Ärztekommision. Die versicherte Person trifft demnach auch die Obliegenheit, sich von den Ärzten der Ärztekommision untersuchen zu lassen.
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 darzustellen. Ist eine Entscheidung durch den Obmann erforderlich, begründet auch er sie in einem Protokoll. Die Akten des Verfahrens werden von uns verwahrt.
7. Die Kosten der Ärztekommision werden von ihr festgesetzt und sind im Verhältnis des Obsiegens der beiden Parteien zu tragen. Der Anteil der Kosten, den der Anspruchsberechtigte zu tragen hat, ist mit 1 % der für Tod und Invalidität zusammen versicherten Summe, höchstens jedoch mit 25 % des strittigen Betrages, begrenzt.

Abschnitt C: Begrenzungen des Versicherungsschutzes

Artikel 15 Ausschlüsse

1. Der Versicherungsschutz erstreckt sich nicht auf Unfälle,
 - 1.1 die bei Fahrten auf Rennstrecken, die nicht für den öffentlichen Verkehr zugelassen sind oder die bei Beteiligung an motorsportlichen Wettbe-

werben (auch Wertungsfahrten und Rallyes) und den dazugehörigen Trainingsfahrten eintreten;

- 1.2 die bei der Vorbereitung oder Begehung gerichtlich strafbarer Handlungen durch den Versicherungsnehmer eintreten, für die Vorsatz Tatbestandsmerkmal ist;
- 1.3 die mit Kriegsereignissen jeder Art, mit oder ohne Kriegserklärung, einschließlich aller Gewalthandlungen von Staaten und aller Gewalthandlungen politischer bzw. terroristischer Organisationen oder Einzelpersonen, oder mit Verfügungen von hoher Hand ursächlich zusammenhängen;
- 1.4 die mit inneren Unruhen, Bürgerkrieg, Revolution, Rebellion, Aufruhr, Aufstand oder Erdbeben ursächlich zusammenhängen;
- 1.5 in ursächlichem Zusammenhang mit militärischen oder behördlichen Massnahmen betreffend die unter Punkt 1.3 und 1.4 angeführten Ereignisse und Handlungen
- 1.6 die durch
 - jegliche Einwirkung von Nuklearwaffen, chemischen oder biologischen Waffen und Kernenergie oder
 - den Einfluss von ionisierenden Strahlen im Sinne des Strahlenschutzgesetzes vom 8. Juli 1969 (BGBl. Nr. 227/69) in der jeweils geltenden Fassung, soweit nicht ein Versicherungsfall hiezu der Anlass war,verursacht werden
- 1.7 die die versicherte Person infolge einer Bewusstseinsstörung oder einer wesentlichen Beeinträchtigung ihrer psychischen Leistungsfähigkeit durch Alkohol, Suchtgifte oder Medikamente erleidet;
- 1.8 bei Fahrten, die ohne Willen des über das Fahrzeug Verfügungsberechtigten vorbereitet, ausgeführt oder ausgedehnt werden;
2. Darüberhinaus besteht 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 16 Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes

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

Darüber hinausgehend gilt:

1. Bei der Bemessung des Invaliditätsgrades wird ein Abzug in Höhe einer Vorinvalidität nur vorgenommen, wenn durch den Unfall Körperteile oder Sinnesorgane oder deren Funktionsfähigkeit betroffen sind, die schon vorher auf Lebenszeit beeinträchtigt waren (siehe dazu im Einzelnen Artikel 7., Punkt 4).
2. Haben Krankheiten, Gebrechen oder krankheitswertige Abnutzungsercheinungen, wie beispielsweise Arthrosen, bei der durch ein Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, mindert sich
 - im Falle einer Invalidität der Prozentsatz des Invaliditätsgrades
 - bei allen anderen Versicherungsleistungen die jeweilige Leistungentsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens.
3. Für Gesundheitsschädigungen, die aufgrund akuter Mangel durchblutung des Herzmuskels entstanden sind (z.B. Herzinfarkt), wird nur dann eine Leistung erbracht, wenn ein überwiegender Kausalzusammenhang mit einer unmittelbaren Verletzung der betreffenden Koronararterie besteht und diese Verletzung durch eine direkte mechanische Einwirkung von außen auf den Brustkorb verursacht worden ist. Unfälle infolge von Herzinfarkt und Schlaganfall gelten auch als mitversichert.
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. Bei Bandscheibenhernien wird eine Leistung nur erbracht, wenn sie durch direkt mechanische Einwirkung auf die Wirbelsäule entstanden

sind und es sich nicht um eine Verschlimmerung von vor dem Unfall bestandenen Krankheitserscheinungen handelt.

6. Für Bauch- und Unterleibsbrüche jeder Art wird eine Leistung nur erbracht, wenn sie durch eine von außen kommende mechanische Einwirkung direkt herbeigeführt worden sind und nicht anlagebedingt waren.
7. Ist bei Benützung eines Kraftfahrzeuges das Anlegen eines Sicherheitsgurtes gesetzlich oder behördlich vorgeschrieben und wurde seitens des Versicherten dieser für ihn geltenden Verpflichtung im Unfallzeitpunkt nicht entsprochen, reduzieren sich sämtliche zu erbringende Versicherungsleistungen um 25%.
8. Ist bei Verwendung eines Fahrzeuges das Tragen eines Sturzhelmes gesetzlich oder behördlich vorgeschrieben und wurde seitens des Versicherten dieser für ihn geltenden Verpflichtung im Unfallzeitpunkt nicht entsprochen, reduzieren sich bei Kopf- und Halswirbelverletzungen, sämtliche für diese Verletzungen und deren Folgen zu erbringende Versicherungsleistungen um 25%.

Abschnitt D: Pflichten des Versicherungsnehmers

Die Bestimmungen über die Prämienzahlungspflicht finden sich in Art. 5.

Artikel 17 Obliegenheiten

1. Für den Fall einer Verletzung nachstehender Obliegenheit im Zeitpunkt des Versicherungsfalles wird Leistungsfreiheit des Versicherers nach Maßgabe des § 6 Abs. 1a VersVG (siehe Beilage) vereinbart:

Vereinbarungen über die Verwendung des Fahrzeuges sind einzuhalten.
2. Für den Fall einer Verletzung nachstehender Obliegenheiten, die zum Zwecke der Verminderung der Gefahr oder der Verhütung einer Erhöhung der Gefahr dem Versicherer gegenüber zu erfüllen sind, im Zeitpunkt des Versicherungsfalles wird Leistungsfreiheit des Versicherers

nach Maßgabe des § 6 Abs. 2 VersVG (siehe Beilage) vereinbart:

- 2.1 der/die LenkerIn muss in jedem Fall die kraftfahrrechtliche Berechtigung besitzen, 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 der/die LenkerIn darf sich nicht in einem durch Alkohol oder Suchtgift beeinträchtigten Zustand im Sinne der Strassenverkehrsvorschriften befinden;
- 2.3 mit dem Fahrzeug dürfen Personen nur unter Einhaltung der betreffenden kraftfahrrechtlichen Vorschriften befördert werden.

Die Leistungspflicht bleibt jedenfalls in den Fällen der Punkt 2.1 und 2.2 gegenüber dem Versicherungsnehmer und anderen mitversicherten Personen als dem/der LenkerIn bestehen, sofern für diese die Obliegenheitsverletzung ohne Verschulden nicht erkennbar war.
3. Für den Fall einer Verletzung nachstehender Obliegenheiten, die dem Versicherer gegenüber nach Eintritt des Versicherungsfalles zu erfüllen sind, wird Leistungsfreiheit des Versicherers nach Maßgabe § 6 Abs. 3 VersVG (siehe Beilage) vereinbart:
 - 3.1 Dem Versicherer ist innerhalb einer Woche
 - der Versicherungsfall unter möglichst genauer Angabe des Sachverhaltes sowie
 - die Einleitung eines damit im Zusammenhang stehenden verwaltungsbehördlichen oder gerichtlichen Verfahrensschriftlich mitzuteilen.
 - 3.2 Es ist nach Möglichkeit zur Feststellung des Sachverhaltes beizutragen;
 - 3.3 Dem Versicherer ist ein Todesfall innerhalb von drei Tagen anzuzeigen, und zwar auch dann, wenn der Unfall bereits dem Versicherer gemeldet wurde
 - 3.4 Dem Versicherer ist das Recht einzuräumen, die Leiche durch Ärzte obduzieren und nötigenfalls exhumieren zu lassen

- 3.5 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.
- 3.6 Dem Versicherer sind alle verlangten sachdienlichen Auskünfte zu erteilen.
- 3.7 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.
- 3.8 Die mit dem Unfall befassten Behörden sind zu ermächtigen und zu veranlassen, die vom Versicherer verlangten Auskünfte zu erteilen.
- 3.9 Der Versicherer kann verlangen, dass sich die versicherte Person durch die von ihm bezeichneten Ärzte untersuchen lässt; einem solchen Verlangen ist Folge zu leisten.
- 3.10 Im Falle der Mitversicherung von Unfallkosten sind dem Versicherer die Originalbelege zu überlassen.

Abschnitt E: Sonstige Vertragsbestimmungen

Artikel 18 Versicherungsperiode, Vertragsdauer

- 1. Versicherungsperiode
Als Versicherungsperiode gilt, wenn der Versicherungsvertrag nicht für eine kürzere Zeit abgeschlossen ist, der Zeitraum eines Jahres; dies gilt auch dann, wenn die Jahresprämie vertragsgemäß in Teilbeträgen zu entrichten ist.
- 2. Vertragsdauer
Beträgt die vereinbarte Vertragsdauer mindestens ein Jahr, verlängert sich der Vertrag um jeweils ein Jahr, wenn er nicht spätestens ein Monat vor Ablauf gekündigt wird. Für die

Erklärung der Ablaufkündigung steht die gesamte Vertragslaufzeit, unter Beachtung der zuvor bestimmten Frist von einem Monat zur Verfügung. Zu Verbraucherverträgen ist vereinbart, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer auf die Rechtsfolge der Vertragsverlängerung bei unterlassener Kündigung frühestens vier Monate, spätestens aber drei Monate vor Ablauf der vereinbarten Laufzeit besonders hinweisen wird.

Beträgt die Vertragsdauer weniger als ein Jahr, endet der Vertrag ohne Kündigung.

Artikel 19 Kündigung, Erlöschen des Vertrages

- 1. Kündigung nach Eintritt des Versicherungsfalles
 - 1.1 Nach Eintritt des Versicherungsfalles können der Versicherungsnehmer und der Versicherer kündigen, wenn
 - der Versicherer seine Verpflichtung zur Leistung der Entschädigung anerkannt hat oder
 - die Leistung der fälligen Entschädigung verweigert hat, oder
 - über den Entschädigungsanspruch ein Rechtsstreit geführt wurde oder die Entscheidung einer Ärztekommision (Artikel 14) ergangen ist.
 - 1.2 Die Kündigung ist vorzunehmen innerhalb eines Monats ab
 - Anerkenntnis des Versicherers bezüglich seiner Verpflichtung zur Leistung der Entschädigung;
 - Verweigerung der Leistung der fälligen Entschädigung;
 - Rechtskraft des Urteils im Falle eines Rechtsstreits über den Entschädigungsanspruch
 - Zustellung der Entscheidung der Ärztekommision
 - 1.3 Die Kündigung des Versicherers kann nur unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist erfolgen. Die Kündigung des Versicherungsnehmers kann mit sofortiger Wirkung oder zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode erfolgen.
- 2. Bei Wegfall des versicherten Interesses gelten die Bestimmungen des § 68 VersVG. Im Falle der Veräu-

ßerung des versicherten Fahrzeuges gelten die Bestimmungen der §§ 69ff VersVG. (siehe Beilage)

Artikel 20 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 ff VersVG, Versicherung für fremde Rechnung, sind mit der Maßgabe anzuwenden, dass die Ausübung der Rechte aus dem Versicherungsvertrag und die Verfügung darüber 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 Ihnen zu, so kann der Versicherungsnehmer den anderen bei der Erteilung der Zustimmung nicht vertreten.
- 2. Alle für den Versicherungsnehmer geltenden Bestimmungen gelten sinngemäß auch für versicherte und jene Personen, die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag geltend machen.

Insbesondere sind diese Personen neben dem Versicherungsnehmer für die Erfüllung der Obliegenheiten verantwortlich.

Artikel 21 Wann und unter welchen Voraussetzungen ändert sich die Prämie? (Prämienanpassung)

- 1. Die Anpassung (Erhöhung oder Reduktion) der Prämie und der Versicherungssumme(n) erfolgt einmal jährlich zur Hauptfälligkeit des jeweiligen Versicherungsvertrages. Ange-

passt wird nach Maßgabe der Entwicklung des von der Bundesanstalt Statistik Austria verlautbarten Verbraucherpreisindex 2000 (bei dessen Entfall nach dem an seine Stelle tretenden Nachfolgeindex), wobei die veröffentlichten endgültigen Monatswerte herangezogen werden.

Bei Vertragsbeginn wird der Prämie und der/den Versicherungssumme(n) die veröffentlichte Indexzahl jenes Monats zugrunde gelegt, der vier Monate vor jenem des Vertragsbeginns gelegen ist (Basismonat). Der Indexwert für den Basismonat ist in der Polizze angeführt.

Für die Berechnung und die Beobachtung der Indexentwicklung wird jeweils der endgültige Indexwert für jenen Monat herangezogen, der vier Monate vor jenem der Hauptfälligkeit des Versicherungsvertrages gelegen ist (Berechnungsmonat).

Die erstmalige Anpassung erfolgt nach jenem Verhältnis, in dem sich die für die Hauptfälligkeit heranzuziehende Indexzahl des Berechnungsmonats gegenüber der bei Ver-

tragsbeginn zugrundegelegten Indexzahl des Basismonats verändert hat. (Punkt 2. findet Anwendung.)

Jede weitere Anpassung erfolgt nach jenem Verhältnis, in dem sich die für die Hauptfälligkeit heranzuziehende Indexzahl des Berechnungsmonats gegenüber der bei der letzten Indexanpassung zugrunde gelegten Indexzahl verändert hat.

Bei Veränderungen unter 0,5% unterbleibt eine Anpassung der Prämie und der Versicherungssumme(n). Dieser Unterschied ist allerdings bei späteren Prämieanpassungen mitzuberechnen.

Allgemeine Vorschriften über Vertragsbestimmungen, die eine Änderung des Entgeltes vorsehen, bleiben unberührt.

2. Anpassungen der Prämie und der Versicherungssumme(n) aufgrund des Punktes 1. können rechtswirksam frühestens nach einem Jahr ab Versicherungsbeginn und in der Folge nicht in kürzeren als einjährigen Abständen vorgenommen werden.
3. Eine Prämienhöhung aufgrund des Punktes 1. wird jedenfalls erst mit Zu-

gang einer entsprechenden Mitteilung an den Versicherungsnehmer wirksam.

Artikel 22 Abtretungsverbot

Versicherungsansprüche dürfen vor ihrer endgültigen Feststellung ohne ausdrückliche Zustimmung des Versicherers weder abgetreten noch verpfändet werden; dies gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer Unternehmer ist.

Artikel 23 Anzuwendendes Recht

Für diesen Vertrag gilt österreichisches Recht

Artikel 24 Form der Erklärungen

Alle Erklärungen und Mitteilungen des Versicherungsnehmers sind gültig, wenn sie schriftlich erfolgen und dem Versicherer zugegangen sind.

Rententafel in EUR

auf Grund der österreichischen Sterbetafel OEM 2000/02 und eines Zinsfußes von jährlich 3 % (Art. 5, Pkt.4).

Jahresbetrag der monatlich im voraus zahlbaren **Lebenslänglichen** ¹⁾ Rente für eine kapitalmäßige Berechnungsgrundlage von EUR 100,00.

Alter ²⁾	Jahresrente	Alter ²⁾	Jahresrente	Alter ²⁾	Jahresrente	Alter ²⁾	Jahresrente	Alter ²⁾	Jahresrente	Alter ²⁾	Jahresrente
0	3,37	20	3,73	40	4,58	60	6,92	80	16,29	100	62,50
1	3,36	21	3,76	41	4,64	61	7,13	81	17,30	101	66,41
2	3,38	22	3,78	42	4,72	62	7,35	82	18,39	102	70,47
3	3,39	23	3,81	43	4,79	63	7,59	83	19,56	103	74,67
4	3,40	24	3,84	44	4,87	64	7,85	84	20,82	104	79,02
5	3,42	25	3,87	45	4,95	65	8,12	85	22,18	105	83,53
6	3,44	26	3,90	46	5,04	66	8,42	86	23,66	106	88,25
7	3,45	27	3,94	47	5,13	67	8,73	87	25,29	107	93,27
8	3,47	28	3,97	48	5,23	68	9,07	88	27,09	108	98,91
9	3,49	29	4,01	49	5,33	69	9,44	89	29,07	109	106,36
10	3,51	30	4,05	50	5,44	70	9,83	90	31,25	110	121,00
11	3,53	31	4,09	51	5,55	71	10,26	91	33,64	111	184,62
12	3,55	32	4,14	52	5,67	72	10,72	92	36,22		
13	3,57	33	4,18	53	5,80	73	11,23	93	38,98		
14	3,59	34	4,23	54	5,93	74	11,77	94	41,91		
15	3,61	35	4,28	55	6,07	75	12,37	95	44,98		
16	3,63	36	4,33	56	6,22	76	13,02	96	48,21		
17	3,66	37	4,39	57	6,38	77	13,73	97	51,57		
18	3,68	38	4,45	58	6,54	78	14,51	98	55,08		
19	3,71	39	4,51	59	6,73	79	15,36	99	58,72		

¹⁾ Bei zeitlich begrenzten Renten ist die Höhe der auf eine Versicherungssumme von EUR 100,00 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.

Staaten, die das Übereinkommen zwischen den nationalen Versicherungsbüros der Mitgliedsstaaten des Abkommens des europäischen Wirtschaftsraums und anderen assoziierten Staaten vom 30. Mai 2002, Abl. Nr. L 192 vom 31. Juni 2003, S 23 unterzeichnet haben:

(Stand 30. Mai 2002)

Andorra	Frankreich	Lettland	Polen	Spanien
Belgien	Griechenland	Litauen	Portugal	Tschechien
Bulgarien	Großbritannien	Luxemburg	Rumänien	Ungarn
Dänemark	Irland	Malta	Schweden	Zypern
Deutschland	Island	Niederlande	Schweiz	
Estland	Italien	Norwegen	Slowakei	
Finnland	Kroatien	Österreich	Slowenien	

sowie

Albanien	Moldawien	Ukraine	Liechtenstein	Vatikanstaat
Bosnien-Herzegowina	Serbien	Mazedonien	Monaco	Montenegro
Israel	Türkei	Weißrussland	San Marino	