

Allgemeine Bedingungen für die Senioren-Unfallversicherung 2012.1 (AUVB-S2012.1)

INHALTSVERZEICHNIS

ABSCHNITT A: VERSICHERUNGSSCHUTZ

- Art. 1: Gegenstand der Versicherung
- Art. 2: Versicherungsfall
- Art. 3: Örtlicher Geltungsbereich
- Art. 4: Zeitlicher Geltungsbereich Art. 5: Beginn des Versicherungsschutzes, vorläufige Deckung
- Art. 6: Begriff des Unfalles

ABSCHNITT B: VERSICHERUNGSLEISTUNGEN

- Art. 7: Dauernde Invalidität
- Art. 8: Todesfall
- Art. 9: Taggeld
- Art. 10: Spitalgeld
- Art. 11: Unfallkosten
- Art. 12: Kinderlähmung, Frühsommer-Meningoencephalitis
- Art. 13: Zusatzleistungen
- Art. 14: Fälligkeit der Leistung des Versicherers Art. 15: Verjährung (§ 12 VersVG) Art. 16: Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten (ÄrztKommission)

ABSCHNITT C: BEGRENZUNGEN DES VERSICHERUNGSSCHUTZES

- Art. 17: Ausschlüsse Art. 18: Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes

ABSCHNITT D: PFLICHTEN DES VERSICHERUNGSNEHMERS

- Art. 19: Prämie Art. 20: Anzeige der Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung Art. 21: Obliegenheiten

ABSCHNITT E: SONSTIGE VERTRAGSBESTIMMUNGEN

- Art. 22: Versicherungsperiode, Vertragsdauer
- Art. 23: Kündigung, Erlöschen des Vertrages
- Art. 24: Rechtsstellung der am Vertrag beteiligten Personen
- Art. 25: Form der Erklärungen
- Art. 26: Anwendbares Recht
- Art. 27: Rententafel

ANHANG: AUSZUG AUS DEM VERSICHERUNGSVERTRAGSGESETZ

Begriffsbestimmungen:

Sprachliche Gleichbehandlung

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

Versicherungsnehmer

ist die Person, die den Versicherungsvertrag mit der "Versicherungsgesellschaft" abschließt.

Versicherte Person

ist die Person, deren Gesundheitsschädigung infolge eines Unfalles versichert ist.

Anspruchsberechtigter (Begünstigter, Bezugsberechtigter)

ist die Person, die für den Empfang der Leistung benannt ist.

Versicherungsprämie

ist das vom Versicherungsnehmer zu zahlende Entgelt.

ABSCHNITT A: VERSICHERUNGSSCHUTZ

Artikel 1

Gegenstand der Versicherung

Wir bieten Versicherungsschutz, wenn der versicherten Person ein Unfall (Art. 6) zustößt. Die Leistungen, die versichert werden können, ergeben sich aus Abschnitt B. Aus der Police ist ersichtlich, welche Leistungen und Versicherungssummen vereinbart sind.

Artikel 2

Versicherungsfall

Versicherungsfall ist der Eintritt eines Unfalles (Art. 6, Begriff des Unfalles).

Artikel 3

Örtlicher Geltungsbereich

Der Versicherungsschutz gilt auf der ganzen Erde.

Artikel 4

Zeitlicher Geltungsbereich

Versichert sind Unfälle, die während der Wirksamkeit des Versicherungsschutzes eingetreten sind. Dieser ist zeitlich begrenzt durch die Bestimmungen über die Prämienzahlung (Art. 19) und den Beginn des Versicherungsschutzes (Art. 5).

Artikel 5

Beginn des Versicherungsschutzes, Sofortschutz (Vorläufige Deckung)

1. Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz wird mit der Einlösung der Police (Art. 19), jedoch nicht vor dem vereinbarten Versicherungsbeginn wirksam. Wird die erste oder die einmalige Prämie erst danach eingefordert, dann aber binnen 14 Tagen oder ohne schuldhaften weiteren Verzug gezahlt, ist der Versicherungsschutz ab dem vereinbarten Versicherungsbeginn gegeben.

2. Sofortschutz (Vorläufige Deckung)

Abweichend von Pkt. 1 beginnt der Versicherungsschutz mit Eingang des Antrages in der Generaldirektion, oder sofern wir auf elektronischem Weg zur Übermittlung eines verbindlichen Angebotes in Form einer Police aufgefordert worden sind, mit Einlangen der elektronisch erfassten Daten in der Generaldirektion, frühestens aber mit dem beantragten Versicherungsbeginn. Der Sofortschutz endet mit Zustellung der Police, wenn jedoch der Antrag abgelehnt oder der Sofortschutz gekündigt wird, mit Zugang der Ablehnung bzw. Kündigung beim Versicherungsnehmer, spätestens jedoch sechs Wochen nach dessen Beginn.

Der Sofortschutz erstreckt sich auf die beantragten Versicherungssummen nach Maßgabe der in den Besonderen Erklärungen und Hinweisen festgelegten Höchstgrenzen. Voraussetzung für den Sofortschutz ist, dass alle mit dem Vertragsabschluss verbundenen Risikofragen wahrheitsgetreu und vollständig mit nein beantwortet wurden.

Sofortschutz besteht jedenfalls nicht, wenn die versicherte Person zum Zeitpunkt der Antragstellung dauernd vollständig arbeitsunfähig, von einem schweren Nervenleiden befallen oder geisteskrank ist und auch sonst keine Einschränkungen oder Ausschlüsse nach Maßgabe dieser Versicherungsbedingungen vorliegen. Endet der Sofortschutz infolge Kündigung, Ablehnung des Antrages oder Rücktritt vom Antrag, verrechnen wir eine anteilige Prämie, die entweder im Rahmen der Erstprämie oder aber gesondert vorgeschrieben wird. Wenn wir aufgrund des Sofortschutzes leisten, verrechnen wir die erste Jahresprämie bzw. einmalige Prämie.

Artikel 6

Begriff des Unfalles

1. Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

2. Als Unfall gelten auch folgende Ereignisse:

Verrenkungen von Gliedern sowie Zerrungen und Zerreißen von an Gliedmaßen und an der Wirbelsäule befindlichen Muskeln, Sehnen, Bändern und Kapseln sowie Meniskusverletzungen. Hinsichtlich krankhaft abnutzungsbedingter Einflüsse findet insbesondere Art. 18 Pkt. 2 (Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes), Anwendung

2.1 Als Unfall gilt auch ein Oberschenkelhalsbruch unabhängig von seiner Ursache. Für diesen Fall wird eine einmalige Sofortleistung in der Höhe von 3 % der Versicherungssumme für Dauerinvalidität **anstatt aller anderen Leistungen** aus diesem Vertrag erbracht. Ausgenommen davon sind Leistungen für Unfall- und Bergungskosten gemäß Art. 11 der AUVB. Als Oberschenkelhalsbruch gilt jede hüftgelenksnahe Oberschenkelfraktur. Die Regelungen des Art. 18, Pkt. 1 und 2 finden dafür keine Anwendung.

3. Krankheiten gelten nicht als Unfälle, übertragbare Krankheiten auch nicht als Unfallfolgen. Dies gilt nicht für Kinderlähmung und die durch Zeckenbiss übertragene Frühsommer-Meningoencephalitis sowie für Wundstarrkrampf und Tollwut.

4. Rettung von Menschenleben und Sachen

Gesundheitsschädigungen, die die versicherte Person bei rechtmäßiger Verteidigung oder beim Bemühen zur Rettung von Menschen oder Sachen aus der Gefahr des Todes, einer Körperverletzung oder Gesundheitsschädigung bzw. vor einer schweren Sachbeschädigung oder dem Untergang der Sache erleidet, gelten als unfreiwillig erlitten. In diesem Fall wird auf den Einwand des vorsätzlichen Herbeiführens des Versicherungsfalles gemäß § 61 VersVG verzichtet.

Abschnitt B: VERSICHERUNGSLEISTUNGEN

Artikel 7

Dauernde Invalidität

Soweit nichts anderes vereinbart ist, gilt:

1. Art der Leistung

Entsprechend der in der Polize dokumentierten Vereinbarung leisten wir bei dauernder Invalidität eine Invaliditäts-Kapitalleistung.

2. Voraussetzungen für die Leistung:

Die versicherte Person ist durch den Unfall auf Lebenszeit in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit (Invalidität) beeinträchtigt, wobei die Invalidität innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten sein muss.

Sie ist unter Vorlage eines ärztlichen Befundberichtes, aus dem Art und Umfang der Gesundheitsschädigung und die Möglichkeit einer auf Lebenszeit verbleibenden Invalidität hervorgeht, bei uns geltend gemacht worden.

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

3. Art und Höhe der Invaliditäts-Kapitalleistung:

3.1. Die Invaliditätsleistung zahlen wir

- als Kapitalbetrag bei Unfällen der versicherten Person vor Vollendung des 75. Lebensjahres,
- bei Unfällen ab Vollendung des 75. Lebensjahres bis max. EUR 15.000,0 als Kapitalbetrag -
darüber hinaus als Rente – sofern nichts anderes vereinbart ist – nach der jeweiligen Rententafel.

3.2. Bei völligem Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane gelten ausschließlich 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	35 %
sofern die Sehkraft des anderen Auges vor Eintritt des Versicherungsfalles bereits verloren war	65 %
des Gehörs beider Ohren	60 %
des Gehörs eines Ohres	15 %
sofern das Gehör des anderen Ohres vor Eintritt des Versicherungsfalles bereits verloren war ...	45 %
des Geruchssinnes	10 %
des Geschmacksinnes	5 %
der Milz	10 %
einer Niere	20 %
der Stimme	30 %

Sofern der Versicherungsfall zum vollständigen Verlust oder vollständiger Funktionsunfähigkeit

beider Nieren führt oder die zweite Niere vor dem Eintritt des Versicherungsfalles beeinträchtigt ist, ist der Gesamtinvaliditätsgrad nach Maßgabe des Art. 7 Pkt. 3.4. festzustellen.

3.3. Bei teilweiseem Verlust oder teilweiser Funktionsbeeinträchtigung gilt der entsprechende Teil des jeweiligen Prozentsatzes.

3.4. 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. Soweit die Funktion von Körperteilen oder Sinnesorganen bereits vor dem Unfall dauernd beeinträchtigt waren, wird der Invaliditätsgrad um den Grad der Vorinvalidität gemindert.

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

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

5. Steht der Grad der dauernden Invalidität nicht eindeutig fest, sind sowohl die versicherte Person als auch wir berechtigt, den Invaliditätsgrad jährlich bis 4 Jahre ab dem Unfalltag ärztlich neu bemessen zu lassen. Sollte eine neuerliche ärztliche Bemessung ergeben, dass sich die unfallkausale Invalidität erhöht oder verringert hat, so erhöht oder verringert sich der Anspruch nach Maßgabe der vereinbarten und in der Polize dokumentierten Leistungen.

Artikel 8

Todesfall

Soweit nichts anderes vereinbart ist, gilt:

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 können wir nicht zurückverlangen. 3. Für Personen unter 15 Jahren werden im Rahmen der Versicherungssumme für den Todesfall nur die aufgewendeten, angemessenen Begräbniskosten ersetzt.

Artikel 9 Taggeld

Soweit nichts anderes vereinbart ist, gilt:

Taggeld kann nur für Personen versichert werden, die eine Erwerbstätigkeit ausüben. Taggeld wird nach Maßgabe der vereinbarten Versicherungssumme bei dauernder oder vorübergehender Unfall-Invalidität für die Dauer der vollständigen Arbeitsunfähigkeit im Beruf oder in der Beschäftigung der versicherten Person für längstens 365 Tage innerhalb von 4 Jahren ab dem Unfalltag gezahlt.

Vollständige Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn der versicherten Person nach medizinischen Gesichtspunkten die Ausübung einer Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann und auch tatsächlich keine wie immer geartete Erwerbstätigkeit vorliegt. Voraussetzung für die Zahlung von Taggeld ist, dass der Versicherte zum Zeitpunkt des Unfalles ein Einkommen aus einer der gesetzlichen Unfallversicherungspflicht unterliegenden, selbständigen oder unselbständigen Beschäftigung bezogen hat. Insbesondere werden als nicht erwerbstätig angesehen: Kinder, Schüler, Studenten, Hausfrauen, im Mutterschutz befindliche Frauen, karenzierte Arbeitnehmer, Arbeitslose und Pensionisten.

Artikel 10 Spitalgeld

Soweit nichts anderes vereinbart ist, gilt:

1. Spitalgeld wird nach Maßgabe der vereinbarten Versicherungssumme für jeden Kalendertag, an dem sich die versicherte Person wegen eines Versicherungsfalles in medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung befindet, längstens für 365 Tage innerhalb von 4 Jahren ab dem Unfalltag gezahlt.

2. Als Spitäler gelten Krankenanstalten und Sanatorien, die sanitätsbehördlich genehmigt sind, unter ständiger ärztlicher Leitung und Betreuung stehen und sich nicht auf die Anwendung bestimmter Behandlungsmethoden beschränken, sowie Rehabilitationszentren der Sozialversicherungsträger, Werksspitäler und Krankenreviere der Exekutive. 3. Nicht als Spitäler gelten z.B. Heil- und Pflegeanstalten für Lungenkranke sowie für unheilbar chronisch Erkrankte, Erholungs- und Genesungsheime, Altersheime und deren Krankenabteilungen sowie Kuranstalten, ferner Heil- und Pflegeanstalten für Nerven- und Geisteskranke.

Artikel 11 Unfallkosten

Soweit nichts anderes vereinbart ist, gilt:

Bis zur Höhe der hierfür vereinbarten Versicherungssumme werden von uns Unfallkosten ersetzt, sofern sie innerhalb von 4 Jahren vom Unfalltag an gerechnet entstehen und soweit nicht von einem Sozialversicherungsträger Ersatz zu leisten ist oder von einem Dritten Ersatz geleistet

wurde.

Unfallkosten sind:

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

Nicht ersetzt werden Kosten der Sonderklasse in Spitälern, Krankenhäusern, privaten Sanatorien etc. sowie private Operations- und Ordinationskosten.

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

2. Bergungskosten, die notwendig werden, wenn die versicherte Person

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

2.2. durch einen Unfall oder infolge Berg- oder Wassernot den Tod erleidet und ihre Bergung erfolgen muss.

Bergungskosten sind die nachgewiesenen Kosten (bis zur vereinbarten Versicherungssumme) des Suchens nach der versicherten Person und ihres Transportes (auch mittels Hubschraubers) bis zur nächsten befahrbaren Straße oder bis zum dem Unfallort nächstgelegenen Spital.

3. Rückholkosten, das sind die unfallbedingten Kosten des ärztlich empfohlenen Verletztentransportes, wenn die versicherte Person außerhalb ihres Wohnortes verunfallt ist, von der Unfallstelle bzw. dem Krankenhaus, in das sie nach dem Unfall gebracht wurde, an ihren Wohnort bzw. zum nächstgelegenen Krankenhaus.

Ersetzt werden die Rückholkosten auch ohne medizinische Verordnung nach mindestens dreitägigem Krankenhausaufenthalt innerhalb Österreichs, wobei das Transportmittel der Verletzung angepasst sein muss: je nach Zustand der verletzten Person per Eisenbahn, Autobus, Privat-PKW, Taxi oder Rettungswagen. Bei Abholung mit dem Privat-PKW wird maximal die Hälfte des amtlichen Kilometergeldes ersetzt.

Bei einem tödlichen Unfall werden auch die Kosten der Überführung des Toten zu dessen letztem Wohnort in Österreich bezahlt.

4. Begleitkosten

Wird aufgrund des Unfalles eines versicherten Kindes bis zum vollendeten 15. Lebensjahr ein Krankenhausaufenthalt erforderlich, werden die Kosten einer Begleitperson auf der allgemeinen Gebührenklasse bis zu EUR 60,00 pro Tag für max. 10 Tage übernommen. Diese Kosten werden gegen Vorlage der Originalrechnung im Rahmen der vereinbarten Versicherungssumme ersetzt, soweit sie nicht von einem Sozialversicherungsträger oder einem sonstigen Leistungsträger ersetzt werden.

Artikel 12

Kinderlähmung, Frühsommer-Meningoencephalitis

Soweit nichts anderes vereinbart ist, gilt: Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf die Folgen der Kinderlähmung und der durch Zeckenbiss übertragenen Frühsommer-Meningoencephalitis und Lyme-Borreliose, wenn die Erkrankung serologisch festgestellt und frühestens 15 Tage nach Beginn, jedoch spätestens 15 Tage nach Erlöschen der Versicherung beginnt.

Als Krankheitsbeginn (Zeitpunkt des Versicherungsfalles) gilt der Tag, an dem erstmals ein Arzt wegen der als Kinderlähmung, Lyme-Borreliose oder Frühsommer-Meningoencephalitis diagnostizierten Krankheit konsultiert wurde. Eine Leistung wird von uns nur für Tod oder dauernde Invalidität erbracht. Die Leistung bleibt im Rahmen der Versicherungssumme mit der dafür vereinbarten Entschädigungshöchstleistung begrenzt.

Artikel 13

Zusatzleistung

Soweit nichts anderes vereinbart ist, gilt: Wir übernehmen die erforderlichen Kosten, die durch Erfüllung der in Art. 21 Pkt. 2, bestimmten Obliegenheiten entstehen. Ausgenommen bleiben davon Kosten nach Pkt. 2.4. des Art. 21 (Obliegenheiten).

Artikel 14

Fälligkeit unserer Leistung

1. Wir sind verpflichtet, innerhalb eines Monats, bei Ansprüchen auf Leistung für dauernde Invalidität innerhalb dreier Monate, zu erklären, ob und in welcher Höhe wir eine Leistungspflicht anerkennen. Die Fristen beginnen mit dem Eingang der Unterlagen, die der Anspruchsberechtigte zur Feststellung des Unfallherganges und der Unfallfolgen und über den Abschluss des Heilverfahrens uns vorzulegen hat. Unterbleibt die Vorlage der von uns zur Beurteilung der Leistungspflicht geforderten Unterlagen und Informationen, wird der Entschädigungsanspruch nicht fällig, da die Leistungspflicht nicht beurteilt werden kann.

2. Steht die Leistungspflicht dem Grunde und der Höhe nach fest, ist die Leistung fällig. Die Fälligkeit der Leistung tritt jedoch unabhängig davon ein, wenn der Anspruchsberechtigte nach Ablauf zweier Monate seit dem Begehren nach einer Geldleistung eine Erklärung von uns verlangt, aus welchen Gründen die Erhebungen noch nicht beendet werden konnten, und wir diesem Verlangen nicht binnen eines Monats entsprechen. 3. Steht die Leistungspflicht nur dem Grunde nach fest, kann der Anspruchsberechtigte von uns Vorschüsse bis zu der Höhe des Betrages verlangen, den wir nach Lage der Sache mindestens zu zahlen haben werden.

Artikel 15

Verjährung (§ 12 VersVG)

Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Steht der Anspruch einem Dritten zu, so beginnt die Verjährung zu laufen, sobald diesem sein Recht auf die Leistung des Versicherers bekanntgeworden ist; ist dem Dritten dieses Recht nicht bekanntgeworden, so verjähren seine Ansprüche erst nach zehn Jahren.

Artikel 16

Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten (Ärztelkommission)

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 sowie im Falle des Art. 7 Pkt. 6 (Dauernde Invalidität), kann eine Ärztelkommission mit bindender Wirkung entscheiden. Die Entscheidung der Ärztelkommission kann im Sinne des § 184 VersVG gerichtlich überprüft werden. Die Entscheidung der Ärztelkommission ist dann nicht verbindlich, wenn sie offenbar von der wirklichen Sachlage erheblich abweicht. Die Feststellung erfolgt in diesem Fall durch gerichtliches Urteil. Das Gleiche gilt, wenn die Sachverständigen die Feststellung nicht treffen können oder wollen oder sie verzögern.

2. In den nach Pkt. 1. der Ärztelkommission zur Entscheidung vorbehaltenen Meinungsverschiedenheiten kann der Anspruchsberechtigte innerhalb von 6 Monaten nach Zugang der Ergebnisse bzw. der Entscheidung Widerspruch erheben und mit Vorlage eines medizinischen Gutachtens unter Bekanntgabe seiner Forderung die Entscheidung der Ärztelkommission beantragen. Wenn der Widerspruch nicht innerhalb der Frist erfolgt, kann die Ärztelkommission nicht mehr angerufen werden. Auf diese Rechtsfolge haben wir in unserer Erklärung hinzuweisen.

3. Das Recht, die Entscheidung der Ärztelkommission zu beantragen, steht auch uns zu.
4. Für die Ärztelkommission bestimmen wir und der Anspruchsberechtigte je einen in der österreichischen Ärzteliste eingetragenen Arzt mit ius practicandi (Recht zur Berufsausübung). Wenn einer der beiden Parteien innerhalb zweier Wochen nach Aufforderung in geschriebener Form keinen Arzt benennt, wird dieser von der österreichischen 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 österreichische Ärztekammer als Obmann bestellt.

5. Die versicherte Person 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 Ärztelkommission 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. Beantragen wir die Entscheidung der Ärztekommision, so tragen wir deren Kosten allein. Beantragt der Anspruchsberechtigte die Entscheidung der Ärztekommision, haben wir dem Anspruchsberechtigten vor Aufnahme der Tätigkeit der Ärztekommision in geschriebener Form den Maximalbetrag der vom Anspruchsberechtigten zu tragenden Kosten mitzuteilen. Dieser Maximalbetrag ist von uns unter Bedachtnahme auf die zu erwartenden objektiv notwendigen Kosten der Ärztekommision zu bestimmen und darf nicht mehr als 5 % der vereinbarten und in der Polizza dokumentierten Versicherungssumme für Tod und Invalidität zusammen, höchstens jedoch 50 % des strittigen Betrages betragen.

Die Ärztekommision wird nur dann tätig, wenn der Anspruchsberechtigte innerhalb von vier Wochen ab Erhalt der Mitteilung erklärt, mit dem ihm mitgeteilten Maximalbetrag einverstanden zu sein. Die endgültigen Kosten der Ärztekommision werden von ihr anhand der im Rahmen ihrer Tätigkeit angefallenen objektiv notwendigen Kosten festgesetzt und sind im Verhältnis des Obsiegens der beiden Parteien zu tragen, vom Anspruchsberechtigten jedoch maximal bis zur Höhe des ihm mitgeteilten Maximalbetrags. Bei Unverbindlichkeit der Entscheidung der Ärztekommision (siehe Absatz 1. oben) tragen wir die Kosten der Ärztekommision.

Abschnitt C: BEGRENZUNGEN DES VERSICHERUNGSSCHUTZES

Artikel 17

Ausschlüsse

Ausgeschlossen von der Versicherung sind Unfälle:

1.1. die die versicherte Person

- als Luftfahrzeugführer (auch Luftsportgeräteführer), soweit sie nach österreichischem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt, sowie als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeuges,
- bei einer ausschließlich mit Hilfe eines Luftfahrzeuges ausübenden beruflichen Tätigkeit,
- bei der Benutzung von Raumfahrzeugen erleidet.

1.2. Der Versicherungsschutz gilt jedoch für Unfälle, die die versicherte Person als Fluggast in motorischen Luftfahrzeugen erleidet, sofern nicht ein Ausschlussstatbestand gemäß Absatz 1.1. gegeben ist.

2. die sich bei Beteiligung an motorsportlichen Wettbewerben (auch Wertungsfahrten und Rallies) und den dazugehörigen Trainingsfahrten ereignen sowie bei Fahrten auf Rennstrecken, die nicht für den öffentlichen Verkehr zugelassen sind.

3. bei der Teilnahme an Landes-, Bundes- oder internationalen Wettbewerben auf dem Gebiet des nordischen und alpinen Schisports, des Snowboardens sowie Freestyleing, Bob-, Skibob-, Skeletonfahrens oder Rodelns sowie am offiziellen Training für diese Veranstaltungen;

4. die beim Versuch oder der Begehung gerichtlich strafbarer Handlungen durch die versicherte Person eintreten, für die Vorsatz Tatbestandsmerkmal ist;

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

6. durch innere Unruhen, wenn die versicherte Person daran auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;

7. die mittelbar oder unmittelbar

- durch jegliche Einwirkung von Nuklearwaffen, chemischen oder biologischen Waffen,
- durch Kernenergie,
- oder durch den Einfluss ionisierender Strahlen im Sinne der jeweils geltenden Fassung des Strahlenschutzgesetzes,
- außer jene, die durch Heilbehandlungen aufgrund eines Versicherungsfalles veranlasst waren, verursacht werden;

8. die die versicherte Person infolge einer wesentlichen Beeinträchtigung ihrer psychischen Leistungsfähigkeit durch Alkohol, Suchtgifte oder Medikamente sowie durch epileptische Anfälle erleidet.

Eine wesentliche Beeinträchtigung der psychischen Leistungsfähigkeit durch Alkohol liegt jedenfalls ab einem Blutalkoholgehalt von 0,8 ‰ im Zeitpunkt des Versicherungsfalles vor. Eine Verweigerung des Alkohol-Tests oder der Blutabnahme zur Feststellung des Blutalkoholgehaltes wird einer wesentlichen Beeinträchtigung der psychischen Leistungsfähigkeit gleichgestellt.

9. im Zuge von Heilmaßnahmen oder medizinischen Eingriffen am Körper der versicherten Person. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Heilmaßnahmen oder Eingriffe durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall veranlasst waren.

10. die sich bei der Ausübung besonders gefährlicher Sportarten ereignen, insbesondere: Rafting, Canyoning, Wildwassersport, Bungeejumping, Motocross, Mountainbike-Downhill, Klettern und Bergsteigen über Schwierigkeitsgrad 6 (gem. UIAA-Skala), Klettersteige über Schwierigkeitsgrad D, Eisklettern, Tauchen tiefer als 40 m, Eis- und Höhlentauchen, Kampfsportarten mit ausgeprägtem Körperkontakt (Boxen, Kickboxen, Karate u.a.), Schwerathletik (z.B. Gewichtheben), Vielseitigkeitsreiten, Schispringen, Teilnahme an Expeditionen, gefährliche Trendsportarten (z.B. Kitesurfen, Hydrospeed, Snow-Rafting, House-Running, Free-Climbing u.a.)

11. die sich bei der Ausübung als Berufssportler (Personen, die aus der Sportausübung ihr überwiegendes Einkommen erzielen) oder als von der österreichischen Sporthilfe geförderter Sportler ereignen.

12. Urlaubsklausel

Wir verzichten auf den Einwand gem. Pkt. 1 sofern der Flugsport im Rahmen einer Urlaubsreise ausgeübt wird. Im Rahmen einer derartigen Urlaubsreise sind auch besonders gefährliche Sportarten, insbesondere Canyoning, Rafting, Wildwassersport, gefährliche Trendsportarten (z.B. Kitesurfen) und Bungee Jumping mitversichert.

Voraussetzung für den Versicherungsschutz ist, dass die Urlaubsreise nicht primär der Ausübung bzw. dem Erlernen des Flugsportes bzw. der gefährlichen Sportart dient. Die Maximalleistung für sämtliche aus dem Versicherungsfall vertraglich gebührenden Leistungen ist im Rahmen der Urlaubsklausel mit der Versicherungssumme, maximal jedoch mit insgesamt EUR 250.000 begrenzt. Als Urlaubsreise gilt ein Verlassen des Wohnortes oder des Zweitwohnsitzes bzw. des Ortes (jeweils Gemeindegebiet) der Arbeitsstätte mit einem Ziel außerhalb des Wohnortes (bzw. Zweitwohnsitzes oder Ortes der Arbeitsstätte) mit mindestens 3 und maximal 42 geplanten Übernachtungen. Das Vorhandensein der Urlaubsreise ist durch entsprechende Bestätigungen (Aufenthaltsbestätigung, Buchungsunterlagen der Reise etc.) nachzuweisen.

Artikel 18

Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes

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

1. 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. 7.3.4 und Art. 7.3.5. bemessen.

2. Haben Krankheiten oder Gebrechen 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 Leistung

entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens, sofern dieser Anteil mindestens 25 % beträgt. Als Krankheiten oder Gebrechen gelten im Sinne der Bedingungen auch krankhafte Abnützungen.

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 von uns 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.

Abschnitt D: PFLICHTEN DES VERSICHERUNGSNEHMERS

Artikel 19

Prämie

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

Zahlungsverzug kann zur Leistungsfreiheit des Versicherers führen. Die Voraussetzungen und Begrenzungen der Leistungsfreiheit sind gesetzlich geregelt (siehe §§ 38, 39 und 39a VersVG).

Artikel 20

Anzeige der Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung sowie besonders gefährlicher Freizeitaktivitäten;

Ändert sich die bei Vertragsabschluss angegebene Berufstätigkeit oder Beschäftigung, so ist dies anzuzeigen. Dies gilt auch für Änderungen besonders gefährlicher Freizeitaktivitäten der versicherten Person sofern danach bei Vertragsabschluss ausdrücklich und genau umschrieben gefragt wurde. Einberufungen zum ordentlichen Präsenzdienst, zum Zivildienst sowie zu kurzfristigen militärischen Reserveübungen müssen nicht angezeigt werden.

- Ergibt sich für die neue Berufstätigkeit, die Beschäftigung oder die besonders gefährlichen Freizeitaktivitäten der versicherten Person nach unserem Tarif eine niedrigere Prämie, so ist ab dem Zugang der Anzeige nur diese Prämie zu bezahlen.

- Ergibt sich eine höhere Prämie, so besteht für die Dauer von drei Monaten ab dem Zeitpunkt, ab dem uns die Anzeige hätte zugehen müssen, auch für die neue Berufstätigkeit, Beschäftigung oder besonders gefährlichen Freizeitaktivitäten der volle Versicherungsschutz. Danach besteht der volle Versicherungsschutz nur bei Zahlung einer - dem höheren Risiko - angepassten Prämie. Hierzu werden wir Ihnen nach Meldung des erhöhten Risikos einen Änderungsvorschlag übermitteln.

Tritt ein auf die neue Berufstätigkeit, Beschäftigung oder besonders gefährliche Freizeitaktivitäten zurückzuführender Versicherungsfall nach Ablauf der drei Monate ein, ohne dass inzwischen eine Einigung über die Mehrprämie erreicht worden wäre, so werden unsere Leistungen in der Weise bemessen, dass dem Vertrag als Versicherungssummen jene Beträge zugrundegelegt werden, welche sich nach den für die neue Berufstätigkeit bzw. Beschäftigung bzw. Gesundheitszustand bzw. besonders gefährlichen Freizeitaktivitäten erforderlichen Prämienätzen aufgrund der tatsächlichen in der Police berechneten Prämie ergeben. - Besteht für die neue Berufstätigkeit, Beschäftigung, Gesundheitszustand oder die besonders gefährlichen Freizeitaktivitäten grundsätzlich kein Versicherungsschutz, finden die Bestimmungen der §§ 23 ff VersVG (siehe Anhang), Anwendung.

Artikel 21

Obliegenheiten

1. Obliegenheiten vor Eintritt des Versicherungsfalles

Als Obliegenheiten, deren Verletzung unsere Leistungsfreiheit gemäß den Voraussetzungen und Begrenzungen des § 6 Abs. 2 VersVG (siehe Anhang) bewirkt, gelten:

1.1. Die Verpflichtung, dass die versicherte Person als Lenker eines Kraftfahrzeuges die jeweilige kraftfahrrechtliche Berechtigung, die zum Lenken dieses oder eines typengleichen Kraftfahrzeuges erforderlich wäre, besitzt; dies gilt auch dann, wenn dieses Fahrzeug nicht auf Straßen mit öffentlichem Verkehr gelenkt wird.

1.2. Die Verpflichtung zum Anlegen eines Sicherheitsgurtes bei Benützung eines Kraftfahrzeuges, sofern dies gesetzlich oder behördlich vorgeschrieben ist und dieser Verpflichtung zum Unfallzeitpunkt nicht nachgekommen wurde. Bei Verletzung dieser Verpflichtung reduzieren sich sämtliche vereinbarte Versicherungsleistungen um 25%.

1.3. Die Verpflichtung zum Tragen eines Sturzhelmes bei Verwendung eines Fahrzeuges, sofern dies gesetzlich oder behördlich vorgeschrieben ist und dieser Verpflichtung zum Unfallzeitpunkt nicht nachgekommen wurde. Bei Verletzung dieser Verpflichtung reduzieren sich bei Kopf- und Halswirbelverletzungen, die überwiegend auf die Nichtverwendung des Sturzhelmes zurückzuführen sind, sämtliche vereinbarte Versicherungsleistungen um 25%.

1.4. Leistungsfreiheit tritt bei den oben genannten Obliegenheitsverletzungen nur soweit ein, als die Verletzung auf Verschulden beruht und die Verletzung einen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalles oder einen Einfluss auf den Umfang unserer Versicherungsleistung gehabt hat. Sie tragen die Beweislast für die fehlenden Voraussetzungen für die Leistungsfreiheit.

2. Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalles

Als Obliegenheiten, deren Verletzung unsere Leistungsfreiheit gemäß den Voraussetzungen und Begrenzungen des § 6 Abs. 3 VersVG (siehe Anhang) bewirkt, gelten:

2.1. Ein Unfall ist uns unverzüglich, spätestens innerhalb einer Woche, in geschriebener Form, sofern nicht die Schriftform vereinbart ist, anzuzeigen.

2.2. Die Anzeigepflicht eines Todesfalles innerhalb von 3 Tagen, und zwar auch dann, wenn der Unfall bereits gemeldet ist.

2.3. Die Verpflichtung nach dem Unfall 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.

2.4. Die Verpflichtung, uns die Unfallanzeige unverzüglich zuzusenden; außerdem sind uns alle verlangten sachdienlichen Auskünfte zu erteilen.

2.5. Die Verpflichtung, dass sich die versicherte Person auf unser Verlangen durch die von uns bezeichneten Ärzte untersuchen lässt.

2.6. Die Verpflichtung uns, wenn auch Spitalgeld versichert, nach der Entlassung aus dem Spital (Art. 10, Pkt. 2) eine Aufenthaltsbestätigung der Spitalverwaltung zuzusenden.

2.7. Die Verpflichtung uns im Falle der Mitversicherung von Unfallkosten die Originalbelege zu überlassen.

2.8. Leistungsfreiheit tritt bei den oben genannten Obliegenheitsverletzungen nicht ein, wenn die Verletzung weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruht und soweit die Verletzung weder auf die Feststellung des Versicherungsfalles noch auf die Feststellung oder den Umfang der uns obliegenden Leistung Einfluss gehabt hat.

Wir sind aber jedenfalls leistungsfrei, wenn die Obliegenheit mit dem Vorsatz verletzt wird, unsere Leistungspflicht zu beeinflussen oder die Feststellung solcher Umstände zu beeinträchtigen, die erkennbar für unsere Leistungspflicht bedeutsam sind.

Artikel 22

Versicherungsperiode, Vertragsdauer

1. Versicherungsperiode

Als Versicherungsperiode gilt, wenn der Versicherungsvertrag nicht für eine kürzere Zeit abgeschlossen ist, der Zeitraum eines Jahres, beginnend mit dem Tage des in der Police angeführten Hauptfälligkeitstermins. Der Hauptfälligkeitstermin ist der jeweils Erste eines Monats, in dem die in der Police ausgewiesene Versicherungsdauer endet.

2. Vertragsdauer

2.1. Beträgt die Vertragsdauer weniger als ein Jahr, endet der Vertrag zum Ablauf ohne dass es einer Kündigung bedarf.

2.2. Beträgt die vereinbarte Vertragsdauer mindestens ein Jahr, dann verlängert sich die Vertragsdauer jeweils automatisch um ein weiteres Jahr, wenn Ihre Kündigung in der gemäß Artikel 25 vorgesehenen Form nicht spätestens einen Monat vor dem Ende der vereinbarten Vertragsdauer bei uns einlangt.

Langt die Kündigung rechtzeitig bei uns ein, endet der Vertrag mit Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer.

2.3. Bei Versicherungsverträgen, deren Abschluss nicht zum Betrieb eines Unternehmens des Versicherungsnehmers gehören (Verbraucherverträgen), gilt Folgendes:

2.3.1. Wir verpflichten uns, Sie spätestens drei Monate vor Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer in geschriebener Form darüber zu informieren, dass Sie den Versicherungsvertrag zum Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer kündigen können. Weiters verpflichten wir uns, Sie über die Rechtsfolgen, die mit der Unterlassung der rechtzeitigen Kündigungserklärung verbunden sind, zu informieren.

2.3.2. Sie haben ab Zugang dieser Verständigung (siehe Punkt 2.3.1.), aber auch schon davor, die Möglichkeit, Ihren Versicherungsvertrag zum nächsten Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer zu kündigen. Ihre Kündigungserklärung ist nur dann wirksam, wenn sie spätestens einen Monat vor Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer bei uns einlangt. 2.3.3. Wenn Ihre Kündigung nicht spätestens ein Monat vor Ablauf der Vertragsdauer bei uns einlangt, verlängert sich der Versicherungsvertrag um ein weiteres Jahr. Für den neuen Ablauf der verlängerten Vertragsdauer gelten wiederum die Regelungen der Punkte 2.3.1. bis 2.3.3.

Artikel 23

Kündigung, Erlöschen des Vertrages

1. Kündigung nach Eintritt des Versicherungsfalles

1.1. Nach Eintritt des Versicherungsfalles können Sie kündigen, wenn wir einen gerechtfertigten Anspruch auf die Versicherungsleistung ablehnen oder ihre Anerkennung verzögern.

In diesen Fällen ist die Kündigung innerhalb eines Monats

- nach Ablehnung des gerechtfertigten Anspruches auf die Versicherungsleistung;
- nach Rechtskraft des Urteiles im Falle eines Rechtsstreites vor Gericht;
- nach Zustellung der Entscheidung der Ärztekommision (Art.16);
- nach Fälligkeit der Versicherungsleistung bei Verzögerung der Anerkennung (Art.14)

von Ihnen vorzunehmen.

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

1.2. Nach Eintritt des Versicherungsfalles können sowohl Sie als auch wir kündigen, wenn wir den Anspruch auf die Versicherungsleistung dem Grunde nach anerkannt oder eine Versicherungsleistung (im Falle von Renten die erste Rente) erbracht haben. Wir können auch kündigen, wenn Sie einen Anspruch auf Versicherungsleistung arglistig erhoben haben.

Die Kündigung ist innerhalb eines Monats

- nach Anerkennung dem Grunde nach,
- nach Auszahlung einer Versicherungsleistung,
- nach Ablehnung des arglistig erhobenen Anspruches auf Versicherungsleistung vorzunehmen.

Sie können mit sofortiger Wirkung oder zum Ende der Versicherungsperiode kündigen.

Wir haben eine Kündigungsfrist von einem Monat einzuhalten.

Falls Sie einen Anspruch arglistig erhoben haben, können wir mit sofortiger Wirkung kündigen.

1.3. Uns steht die bis zur Vertragsauflösung anteilige Prämie zu.

2. Versicherungsverträge mit einer vertraglich vereinbarten Dauer von mehr als drei Jahren, deren Abschluss nicht zum Betrieb eines Unternehmens des Versicherungsnehmers gehört (Verbraucherverträge), kann der Versicherer zum Ende des dritten und jedes darauffolgenden Jahres unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Bei der Berechnung der Kündigungsfrist und des Versicherungsjahres ist jeweils auf das Beginndatum der Versicherungsdauer des Vertrages abzustellen. Für die Rechtswirksamkeit der Kündigung durch den Versicherer genügt die geschriebene Form.

Das Kündigungsrecht des Versicherungsnehmers gemäß § 8 Abs. 3 VersVG bleibt davon unberührt. 3. Erlischt der Vertrag, weil die versicherte Person gestorben ist, so steht uns die bis

zur Vertragsauflösung anteilige Prämie zu.

Artikel 24

Rechtsstellung der am Vertrag beteiligten Personen

1. Die Unfallversicherung kann für Unfälle, die Ihnen oder für Unfälle, die einem anderen zustoßen, abgeschlossen werden.

Eine Versicherung für Unfälle, die einem anderen zustoßen, gilt im Zweifel als für Rechnung des anderen abgeschlossen.

Wird eine Versicherung für Unfälle, die einem anderen zustoßen, von Ihnen 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 können Sie den anderen bei der Erteilung der Zustimmung nicht vertreten.

2. Alle für Sie getroffenen Bestimmungen gelten sinngemäß auch für die versicherte Person und jene Personen, die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag geltend machen. 3. Diese Personen sind neben Ihnen für die Erfüllung der Obliegenheiten, der Schadenminderungs- und Rettungspflicht verantwortlich.

Artikel 25

Form der Erklärungen

Rücktrittserklärungen gemäß §§ 3, 3a KSchG können in jeder beliebigen Form abgegeben werden. Für sonstige Anzeigen und Erklärungen des Versicherungsnehmers an den Versicherer ist die geschriebene Form erforderlich, sofern nicht die Schriftform ausdrücklich und mit gesonderter Erklärung vereinbart wurde. Der geschriebenen Form wird durch Zugang eines Textes in Schriftzeichen entsprochen, aus dem die Person des Erklärenden hervorgeht (z.B. E-Mail oder – sofern vereinbart - elektronische Kommunikation gem. § 5a VersVG). Schriftform bedeutet, dass dem Erklärungsempfänger das Original der Erklärung mit eigenhändiger Unterschrift des Erklärenden zugehen muss.

Artikel 26

Anwendbares Recht

Für diesen Vertrag gilt österreichisches Recht.

Artikel 27

Rententafel

Rententafel auf Grund der österreichischen Sterbetafel ÖVM 80/82 und eines Zinsfußes von jährlich 2,25% (Art. 7.3.1).

Jahresbetrag der monatlich im voraus zahlbaren lebenslangen Rente für einen Kapitalwert der Rente von EUR 1.000,-

Alter.....: 75 76 77 78 79 80

Jahresrente in EUR: 118,44 124,92 132,00 139,74 148,20 157,43

Anhang

Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz (VersVG)

(Wiedergabe der in den AUVB erwähnten Bestimmungen des Gesetzes)

§ 6.(1) Ist im Vertrag bestimmt, dass bei Verletzung einer Obliegenheit, die vor dem Eintritt des Versicherungsfalles dem Versicherer gegenüber zu erfüllen ist, der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei sein soll, so tritt die vereinbarte Rechtsfolge nicht ein, wenn die Verletzung als eine unverschuldete anzusehen ist. Der Versicherer kann den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen, es sei denn, dass die Verletzung als eine unverschuldete anzusehen ist. Kündigt der Versicherer innerhalb eines Monats nicht, so kann er sich auf die vereinbarte

Leistungsfreiheit nicht berufen.

§ 6.(1a) Bei der Verletzung einer Obliegenheit, die die dem Versicherungsvertrag zugrunde liegende Äquivalenz zwischen Risiko und Prämie aufrechterhalten soll, tritt die vereinbarte Leistungsfreiheit außerdem nur in dem Verhältnis ein, in dem die vereinbarte hinter der für das höhere Risiko tarifmäßig vorgesehenen Prämie zurückbleibt. Bei der Verletzung von Obliegenheiten zu sonstigen bloßen Meldungen und Anzeigen, die keinen Einfluss auf die Beurteilung des Risikos durch den Versicherer haben, tritt Leistungsfreiheit nur ein, wenn die Obliegenheit vorsätzlich verletzt worden ist.

§ 6.(2) Ist eine Obliegenheit verletzt, die vom Versicherungsnehmer zum Zweck der Verminderung der Gefahr oder der Verhütung einer Erhöhung der Gefahr dem Versicherer gegenüber - unabhängig von der Anwendbarkeit des Abs. 1a - zu erfüllen ist, so kann sich der Versicherer auf die vereinbarte Leistungsfreiheit nicht berufen, wenn die Verletzung keinen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalles oder soweit sie keinen Einfluss auf den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung gehabt hat.

§ 6.(3) Ist die Leistungsfreiheit für den Fall vereinbart, dass eine Obliegenheit verletzt wird, die nach dem Eintritt des Versicherungsfalles dem Versicherer gegenüber zu erfüllen ist, so tritt die vereinbarte Rechtsfolge nicht ein, wenn die Verletzung weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruht. Wird die Obliegenheit nicht mit dem Vorsatz verletzt, die Leistungspflicht des Versicherers zu beeinflussen oder die Feststellung solcher Umstände zu beeinträchtigen, die erkennbar für die Leistungspflicht des Versicherers bedeutsam sind, so bleibt der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung weder auf die Feststellung des Versicherungsfalles noch auf die Feststellung oder den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung Einfluss gehabt hat.

§ 8.(3) Ist der Versicherungsnehmer Verbraucher (§ 1 Abs. 12 Z 2 KSchG), so kann er ein Versicherungsverhältnis, das er für eine Dauer von mehr als drei Jahren eingegangen ist, zum Ende des dritten Jahres oder jedes darauffolgenden Jahres unter Einhaltung einer Frist von einem Monat schriftlich kündigen. Eine allfällige Verpflichtung des Versicherungsnehmers zum Ersatz von Vorteilen, besonders Prämienachlässen, die ihm wegen einer vorgesehenen längeren Laufzeit des Vertrages gewährt worden sind, bleibt unberührt.

§ 12.(1) Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Steht der Anspruch einem Dritten zu, so beginnt die Verjährung zu laufen, sobald diesem sein Recht auf die Leistung des Versicherers bekanntgeworden ist; ist dem Dritten dieses Recht nicht bekanntgeworden, so verjähren seine Ansprüche erst nach zehn Jahren.

(2) Ist ein Anspruch des Versicherungsnehmers beim Versicherer angemeldet worden, so ist die Verjährung bis zum Einlangen einer schriftlichen Entscheidung des Versicherers gehemmt, die zumindest mit der Anführung einer der Ablehnung derzeit zugrundegelegten Tatsache und gesetzlichen oder vertraglichen Bestimmung begründet ist. Nach zehn Jahren jedoch tritt die Verjährung jedenfalls ein.

(3) Der Versicherer ist von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Anspruch auf die Leistung nicht innerhalb eines Jahres gerichtlich geltend gemacht wird. Die Frist beginnt erst, nachdem der Versicherer den Versicherungsnehmer gegenüber den erhobenen Anspruch in einer dem Abs. 2 entsprechenden Weise sowie unter Angabe der mit dem Ablauf der Frist verbundenen Rechtsfolge abgelehnt hat; sie ist für die Dauer von Vergleichsverhandlungen über den erhobenen Anspruch und für die Zeit, in der der Versicherungsnehmer ohne sein Verschulden an der rechtzeitigen gerichtlichen Geltendmachung des Anspruchs gehindert ist, gehemmt.

§ 23.(1) Nach Abschluss des Vertrages darf der Versicherungsnehmer ohne Einwilligung des Versicherers weder eine Erhöhung der Gefahr vornehmen noch ihre Vornahme durch einen Dritten gestatten.

(2) Erlangt der Versicherungsnehmer davon Kenntnis, dass durch eine von ihm ohne Einwilligung des Versicherers vorgenommene oder gestattete Änderung die Gefahr erhöht ist, so hat er dem Versicherer unverzüglich Anzeige zu machen.

§ 24.(1) Verletzt der Versicherungsnehmer die Vorschrift des § 23 Abs. 1, so kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen. Beruht die Verletzung nicht auf einem Verschulden des Versicherungsnehmers, so muss dieser die Kündigung erst mit dem Ablauf eines Monats gegen sich gelten lassen.

(2) Das Kündigungsrecht erlischt, wenn es nicht innerhalb eines Monats von dem Zeitpunkt an ausgeübt wird, in welchem der Versicherer von der Erhöhung der Gefahr Kenntnis erlangt, oder wenn der Zustand wiederhergestellt ist, der vor der Erhöhung bestanden hat.

§ 25.(1) Der Versicherer ist im Fall einer Verletzung der Vorschrift des § 23 Abs. 1 von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Versicherungsfall nach der Erhöhung der Gefahr eintritt. **(2)** Die Verpflichtung des Versicherers bleibt bestehen, wenn die Verletzung nicht auf einem Verschulden des Versicherungsnehmers beruht. Der Versicherer ist jedoch auch in diesem Fall von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn die im § 23 Abs. 2 vorgesehene Anzeige nicht unverzüglich gemacht wird und der Versicherungsfall später als einen Monat nach dem Zeitpunkt eintritt, in welchem die Anzeige dem Versicherer hätte zugehen müssen, es sei denn, dass ihm in diesem Zeitpunkt die Erhöhung der Gefahr bekannt war.

(3) Die Verpflichtung des Versicherers zur Leistung bleibt auch dann bestehen, wenn zur Zeit des Eintritts des Versicherungsfalles die Frist für die Kündigung des Versicherers abgelaufen und eine Kündigung nicht erfolgt ist oder wenn die Erhöhung der Gefahr keinen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalles oder soweit sie keinen Einfluss auf den Umfang der Leistung des Versicherers gehabt hat.

§ 26 Die Vorschriften des §§ 23 bis 25 sind nicht anzuwenden, wenn der Versicherungsnehmer zu der Erhöhung der Gefahr durch das Interesse des Versicherers oder durch ein Ereignis, für das der Versicherer haftet, oder durch ein Gebot der Menschlichkeit veranlasst wird.

§ 27.(1) Tritt nach dem Abschluss des Vertrages unabhängig vom Willen des Versicherungsnehmers eine Erhöhung der Gefahr ein, so ist der Versicherer berechtigt, das Versicherungsverhältnis unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von einem Monat zu kündigen. Das Kündigungsrecht erlischt, wenn es nicht innerhalb eines Monats von dem Zeitpunkt an ausgeübt wird, in dem der Versicherer von der Erhöhung der Gefahr Kenntnis erlangt hat, oder wenn der Zustand wiederhergestellt ist, der vor der Erhöhung bestanden hat.

(2) Der Versicherungsnehmer hat, sobald er von der Erhöhung der Gefahr Kenntnis erlangt, dem Versicherer unverzüglich Anzeige zu machen.

(3) Ist die Erhöhung der Gefahr durch allgemein bekannte Umstände verursacht, die nicht nur auf die Risiken bestimmter Versicherungsnehmer einwirken, etwa durch eine Änderung von Rechtsvorschriften, so erlischt das Kündigungsrecht des Versicherers nach Abs. 1 erst nach einem Jahr und ist Abs. 2 nicht anzuwenden.

§ 28.(1) Wird die im § 27 Abs. 2 vorgesehene Anzeige nicht unverzüglich gemacht, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Versicherungsfall später als einen Monat nach dem Zeitpunkt eintritt, in welchem die Anzeige dem Versicherer hätte zugehen müssen.

(2) Die Verpflichtung des Versicherers bleibt bestehen, wenn ihm die Erhöhung der Gefahr in dem Zeitpunkt bekannt war, in welchem ihm die Anzeige hätte zugehen müssen. Das gleiche gilt, wenn zur Zeit des Eintritts des Versicherungsfalles die Frist für die Kündigung des Versicherers abgelaufen und eine Kündigung nicht erfolgt ist oder wenn die Erhöhung der Gefahr keinen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalles oder soweit sie keinen Einfluss auf den Umfang der Leistung des Versicherers gehabt hat.

§ 29 Eine unerhebliche Erhöhung der Gefahr kommt nicht in Betracht. Eine Erhöhung der Gefahr kommt auch dann nicht in Betracht, wenn nach den Umständen als vereinbart anzusehen ist, dass das Versicherungsverhältnis durch die Erhöhung der Gefahr nicht berührt werden soll.

§ 30 Die Vorschriften der §§ 23 bis 29 sind auch auf eine in der Zeit zwischen Stellung und Annahme des Versicherungsantrages eingetretene Erhöhung der Gefahr anzuwenden, die dem Versicherer bei der Annahme des Antrages nicht bekannt war.

§ 38.(1) Ist die erste oder einmalige Prämie innerhalb von 14 Tagen nach dem Abschluss des Versicherungsvertrages und nach der Aufforderung zur Prämienzahlung nicht gezahlt, so ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, berechtigt, vom Vertrag zurückzutreten. Es gilt als Rücktritt, wenn der Anspruch auf die Prämie nicht innerhalb dreier Monate vom Fälligkeitstag an gerichtlich geltend gemacht wird.

(2) Ist die erste oder einmalige Prämie zur Zeit des Eintritts des Versicherungsfalles und nach Ablauf der Frist des Abs. 1 noch nicht gezahlt, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, es sei denn, dass der Versicherungsnehmer an der rechtzeitigen Zahlung der Prämie ohne sein Verschulden verhindert war.

(3) Die Aufforderung zur Prämienzahlung hat die im Abs. 1 und 2 vorgesehenen Rechtsfolgen nur, wenn der Versicherer den Versicherungsnehmer dabei auf diese hingewiesen hat.

(4) Die Nichtzahlung von Zinsen oder Kosten löst Rechtsfolgen der Abs. 1 und 2 nicht aus.

§ 39.(1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, so kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten schriftlich eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen bestimmen; zur Unterzeichnung genügt eine Nachbildung der eigenhändigen Unterschrift. Dabei sind die Rechtsfolgen anzugeben, die nach Abs. 2 und 3 mit dem Ablauf der Frist verbunden sind. Eine Fristbestimmung, ohne Beachtung dieser Vorschriften, ist unwirksam.

(2) Tritt der Versicherungsfall nach dem Ablauf der Frist ein und ist der Versicherungsnehmer zur Zeit des Eintritts mit der Zahlung der Folgeprämie im Verzug, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, es sei denn, dass der Versicherungsnehmer an der rechtzeitigen Zahlung ohne sein Verschulden verhindert war.

(3) Der Versicherer kann nach dem Ablauf der Frist das Versicherungsverhältnis ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen, wenn der Versicherungsnehmer mit der Zahlung im Verzug ist. Die Kündigung kann bereits mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer in diesem Zeitpunkt mit der Zahlung im Verzug ist; darauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich aufmerksam zu machen. Die Wirkungen der Kündigung fallen fort, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung, oder, falls die Kündigung mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Ablauf der Zahlungsfrist die Zahlung nachholt, sofern nicht der Versicherungsfall bereits eingetreten ist.

(4) Die Nichtzahlung von Zinsen und Kosten löst die Rechtsfolgen der Abs. 1 bis 3 nicht aus.

§ 39 a Ist der Versicherungsnehmer bloß mit nicht mehr als 10vH der Jahresprämie, höchstens aber € 60,- im Verzug, so tritt eine in § 38 oder § 39 vorgesehene Leistungsfreiheit des Versicherers nicht ein.

§ 61 Der Versicherer ist von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Versicherungsnehmer den Versicherungsfall vorsätzlich oder durch grobe Fahrlässigkeit herbeiführt.

§ 184.(1) Sollen nach dem Vertrag einzelne Voraussetzungen des Anspruches aus der Versicherung oder das Maß der durch den Unfall herbeigeführten Einbuße an Erwerbsfähigkeit durch Sachverständige festgestellt werden, so ist die getroffene Feststellung nicht verbindlich, wenn sie offenbar von der wirklichen Sachlage erheblich abweicht. Die Feststellung erfolgt in

diesem Falle durch Urteil. Das gleiche gilt, wenn die Sachverständigen die Feststellung nicht treffen können oder wollen oder sie verzögern.

(2) Sind nach dem Vertrag die Sachverständigen vom Gericht zu bestellen, so sind auf die Bestellung die Vorschriften des § 64 Abs. 2 entsprechend anzuwenden.

(3) Eine Vereinbarung, die von der Vorschrift des Abs. 1 Satz 1 abweicht, ist nichtig.