

## **Allgemeine Bedingungen für die Unfallversicherung 2009**

### **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.

**Anzuwendendes Recht:** Für diesen Vertrag gilt österreichisches Recht. Neben anderen Gesetzen enthält insbesondere das Versicherungsvertragsgesetz 1958 (VersVG) zahlreiche Regelungen, die für den Versicherungsvertrag maßgeblich sind. Diese Bestimmungen gelten unmittelbar kraft Gesetzes. Die vorliegenden Versicherungsbedingungen wurden durch Annahme des Antrages als Vertragsgrundlage vereinbart und entsprechen den gesetzlichen Vorschriften. Einige Bestimmungen des VersVG haben wir in den Text dieser Bedingungen aufgenommen und mit Hinweis auf den betreffenden Paragraphen gekennzeichnet.

### **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, Verjährung  
Art. 15: Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten (Ärztekommission)

#### **ABSCHNITT C: BEGRENZUNGEN DES VERSICHERUNGSSCHUTZES**

Art. 16: Unversicherbare Personen  
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: Gerichtsstand  
Art. 26: Form der Erklärungen  
Art. 27: Welches Recht ist anzuwenden?  
Art. 28: Rententafel

#### **ABSCHNITT A: VERSICHERUNGSSCHUTZ**

## **Artikel 1**

### **Gegenstand der Versicherung**

Wir bieten Versicherungsschutz, wenn der versicherten Person ein Unfall zustößt.

Die Leistungen, die versichert werden können, ergeben sich aus Abschnitt B. Aus der Polizze ist ersichtlich, welche Leistungen und Versicherungssummen vereinbart sind.

## **Artikel 2**

### **Versicherungsfall**

Versicherungsfall ist der Eintritt eines Unfalles (Art. 6).

## **Artikel 3**

### **Örtlicher Geltungsbereich**

Die Versicherung gilt auf der ganzen Erde.

## **Artikel 4**

### **Zeitlicher Geltungsbereich**

Versichert sind Unfälle, die während der Wirksamkeit des Versicherungsschutzes eingetreten sind.

## **Artikel 5**

### **Beginn des Versicherungsschutzes, vorläufige Deckung**

#### **1. Beginn des Versicherungsschutzes**

Der Versicherungsschutz wird mit der Einlösung der Polizze (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 Verzug gezahlt, ist der Versicherungsschutz ab dem vereinbarten Versicherungsbeginn gegeben.

#### **2. Sofortschutz**

Abweichend von Pkt. 1 beginnt der Sofortschutz mit Eingang des Antrages in der Generaldirektion, oder sofern wir auf elektronischem Weg zur Übermittlung eines verbindlichen Angebotes (Polizze) aufgefordert worden sind, mit Einlangen der elektronisch erfassten Daten in der Generaldirektion, frühestens aber mit dem beantragten Versicherungsbeginn. Der Sofortschutz endet mit Zustellung der Polizze, wenn die Annahme des Antrages abgelehnt oder der Sofortschutz gekündigt wird, spätestens jedoch sechs Wochen nach dessen Beginn.

Der Sofortschutz erstreckt sich auf die beantragten Versicherungssummen mit den jeweils vereinbarten Höchstgrenzen. Voraussetzung für den Sofortschutz ist, dass alle mit dem Vertragsabschluß verbundenen Fragen wahrheitsgetreu und vollständig beantwortet wurden.

Sofortschutz besteht nicht, wenn die versicherte Person zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses unversicherbar im Sinne des Art. 16 ist und auch sonst keine Einschränkungen oder Ausschlüsse nach Maßgabe dieser Versicherungsbedingungen vorliegen.

Für den Zeitraum des Sofortschutzes gebührt eine anteilige Prämie, die entweder im Rahmen der Erstprämie oder aber - im Falle der Ablehnung des Antrages - gesondert vorgeschrieben wird. Eine darüber hinausgehende zusätzliche Prämie werden wir nicht berechnen. Wenn wir aufgrund des vorläufigen 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. 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. Der Versicherungsschutz gilt auch für Unfälle, die die versicherte Person als Fluggast in motorischen Luftfahrzeugen erleidet, sofern nicht ein Ausschlussstatbestand gemäß Artikel 17, Absatz 1 gegeben ist.

## **Abschnitt B: VERSICHERUNGSLEISTUNGEN**

## Artikel 7

### Dauernde Invalidität

#### 1. Voraussetzungen für die Leistung:

Die versicherte Person ist durch den Unfall auf Lebenszeit in ihrer körperlichen 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 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.

#### 2. Art und Höhe der Leistung:

##### 2.1. Die Invaliditätsleistung zahlen wir

- als Kapitalbetrag bei Unfällen der versicherten Person vor Vollendung des 75. Lebensjahres,  
- als Rente -; sofern nichts anderes vereinbart ist -; nach der jeweiligen Rententafel bei Unfällen nach diesem Zeitpunkt.

2.2. 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 jedoch das Gehör des anderen Ohres vor Eintritt des Versicherungsfalles bereits verloren war	45 %
des Geruchsinnes .....	10 %
des Geschmacksinnes .....	5 %
der Milz .....	10 %
einer Niere .....	20 %

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 Abs. 3 festzustellen.

2.3. Bei teilweisem Verlust oder teilweiser Funktionsbeeinträchtigung gilt der entsprechende Teil des jeweiligen Prozentsatzes.

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

4. 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.

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

6. 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.

## Artikel 8

### Todesfall

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

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

3. Für Personen unter 15 Jahren werden im Rahmen der Versicherungssumme nur die aufgewendeten, angemessenen Begräbniskosten ersetzt.

## Artikel 9

## **Taggeld**

Taggeld kann nur für Personen versichert werden, die eine Erwerbstätigkeit ausüben. Taggeld wird bei dauernder oder vorübergehender Invaliderität 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.

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, karezierte Arbeitnehmer, Arbeitslose und Pensionisten.

## **Artikel 10**

### **Spitalgeld**

1. Spitalgeld wird 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, Werkspitäler 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**

Bis zur Höhe der hiefür 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 sonstigen Leistungsträger Ersatz geleistet wurde.

Unfallkosten sind:

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

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

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. 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 des Suchens nach der versicherten Person und ihres Transportes 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 Kilomergeldes ersetzt.

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

## **Artikel 12**

### **Kinderlähmung, Frühsommer-Meningoencephalitis**

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**

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.

## **Artikel 14**

### **Fälligkeit unserer Leistung und Verjährung**

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.

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.

4. Für die Verjährung gilt § 12 VersVG.

## **Artikel 15**

### **Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten (Ärztekommission)**

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., entscheidet die Ärztekommision. Die Entscheidung der Ärztekommision 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 Ärztekommision zur Entscheidung vorbehaltenen Meinungsverschiedenheiten hat der Anspruchsberechtigte innerhalb von 6 Monaten nach Zugang der Ergebnisse bzw. der Entscheidung Widerspruch zu erheben und mit Vorlage eines medizinischen Gutachtens unter Bekanntgabe seiner Forderung gemäß Art. 14 Pkt. 1 die Entscheidung der Ärztekommision zu beantragen. Wenn der Widerspruch nicht innerhalb der Frist erfolgt, sind diesbezüglich weitergehende Ansprüche ausgeschlossen. Auf diese Rechtsfolge haben wir in unserer Erklärung hinzuweisen.

3. Das Recht, die Entscheidung der Ärztekommision zu beantragen, steht auch uns zu.

4. Für die Ärztekommision 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 schriftlicher Aufforderung 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 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. Im Falle des Art. 7, Pkt. 6. trägt die Kosten, wer die Neufeststellung verlangt hat.

Der Anteil der Kosten, den der Anspruchsberechtigte zu tragen hat, ist mit 5 % der für Tod und

Invalidität zusammen versicherten Summe, höchstens jedoch mit 50 % des strittigen Betrages, begrenzt.

## **Abschnitt C: BEGRENZUNGEN DES VERSICHERUNGSSCHUTZES**

### **Artikel 16**

#### **Unversicherbare Personen**

1. Unversicherbar und jedenfalls nicht versichert sind Personen, die dauernd vollständig arbeitsunfähig oder von schwerem Nervenleiden befallen sind, sowie Geisteskranke.

Vollständige Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn der versicherten Person infolge Krankheit oder Gebrechen nach medizinischen Gesichtspunkten die Ausübung einer Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann und auch tatsächlich keine Erwerbstätigkeit vorliegt.

Zu den schweren Nervenleiden zählen insbesondere Schädigungen, die eine starke körperliche Einschränkung bzw. Beeinträchtigung der täglichen Verrichtungen des Lebens und der Arbeitsfähigkeit nach sich ziehen. Darunter fallen u.a. Stadien der multiplen Sklerose, des Morbus Parkinson bzw. der Zustand nach Schlaganfall mit Einschränkung der Bewegungsfähigkeit, Epilepsie mit Anfällen trotz Therapie, Gewebeneubildungen (Tumore) des Zentralen Nervensystems, Polyneuropathie mit Einschränkung der Bewegungsfähigkeit, schwere Verletzungen des Gehirns oder Rückenmarks mit Einschränkung der Bewegungsfähigkeit.

Zu den Geisteskranken zählen insbesondere manisch-depressive Psychosen, schizophrene und paranoide Störungen, Morbus Alzheimer und andere Demenzformen .

2. Hinsichtlich einer bei Vertragsabschluss unversicherbaren Person kommt ein Versicherungsvertrag nicht zustande.

Wenn die versicherte Person während der Laufzeit des Versicherungsvertrages unversicherbar wird, erlischt der Versicherungsschutz. In diesem Fall gebührt uns die Prämie für die versicherte Person nur bis zu dem Zeitpunkt, in dem wir von der Unversicherbarkeit Kenntnis erlangen.

### **Artikel 17**

#### **Ausschlüsse**

Ausgeschlossen von der Versicherung sind Unfälle:

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 auszuübenden beruflichen Tätigkeit,
- bei der Benutzung von Raumfahrzeugen erleidet.

2. die bei Beteiligung an motorsportlichen Wettbewerben (auch Wertungsfahrten und Rallyes) und den dazugehörigen Trainingsfahrten entstehen;

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 Rodeln 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 Kriegereignissen 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 Bewusstseinsstörung oder einer wesentlichen Beeinträchtigung ihrer psychischen Leistungsfähigkeit durch Alkohol, Suchtgifte oder Medikamente sowie durch epileptische Anfälle erleidet.

8.1 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. durch Gesundheitsschäden bei Heilmaßnahmen oder 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 bei der Ausübung von gefährlichen Sportarten oder Freizeitaktivitäten, die mit Risiken verbunden sind, die über die Gefahren des täglichen Lebens hinausgehen, insbesondere Tiefseetauchen, Extremklettern, Bungee Sport, House running, Free-Climbing und andere verursacht werden.

### **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, Pkt. 2 und 3, bemessen.

2. Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch ein Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, ist im Falle einer Invalidität der Prozentsatz des Invaliditätsgrades, ansonsten die Leistung entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens zu vermindern, sofern dieser Anteil mindestens 25 % beträgt. 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.

7. Ist bei Benützung eines Kraftfahrzeuges das Anlegen eines Sicherheitsgurtes gesetzlich oder behördlich vorgeschrieben und wurde dieser Verpflichtung zum Unfallszeitpunkt nicht nachgekommen, reduzieren sich sämtliche vereinbarte Versicherungsleistungen um 25%.

8. Ist bei Verwendung eines Fahrzeuges das Tragen eines Sturzhelmes gesetzlich oder behördlich vorgeschrieben und wurde dieser Verpflichtung zum Unfallszeitpunkt nicht nachgekommen, reduzieren sich bei Kopf- und Halswirbelverletzungen, die hauptsächlich auf die Nichtverwendung des Sturzhelmes zurückzuführen sind, sämtliche vereinbarte Versicherungsleistung um 25%.

## **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.

Für die Folgen nicht rechtzeitiger Prämienzahlung gelten die §§ 38 ff 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 der Gesundheit oder - sofern danach bei Vertragsabschluss ausdrücklich und genau umschrieben gefragt wird -; für Änderungen besonders gefährlicher Freizeitaktivitäten der versicherten Person. Einberufungen zum ordentlichen Präsenzdienst, zum Zivildienst sowie zu kurzfristigen militärischen Reserveübungen müssen nicht angezeigt werden.

- Ergibt sich für die neue Berufstätigkeit, die Beschäftigung, den Gesundheitszustand oder die besonders gefährlichen Freizeitaktivitäten der versicherten Person nach dem zur Zeit der Veränderung unseres Tarifes eine niedrigere Prämie, so ist vom Zugang der Anzeige an 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.

Tritt ein auf die neue Berufstätigkeit, Beschäftigung, Gesundheitszustand 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, Anwendung.

## **Artikel 21**

### **Obliegenheiten**

#### 1. Obliegenheiten vor Eintritt des Versicherungsfalles

Als Obliegenheit, deren Verletzung unsere Leistungsfreiheit gemäß § 6 Abs. 2 VersVG bewirkt, wird bestimmt, 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.

#### 2. Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalles

Als Obliegenheiten, deren Verletzung unsere Leistungsfreiheit gemäß § 6 Abs. 3 VersVG bewirkt, werden bestimmt:

2.1. Ein Unfall ist uns unverzüglich, spätestens innerhalb einer Woche, schriftlich anzuzeigen.

2.2. Ein Todesfall ist uns innerhalb von 3 Tagen anzuzeigen, und zwar auch dann, wenn der Unfall bereits gemeldet ist.

2.3. Uns ist das Recht einzuräumen, die Leiche durch Ärzte obduzieren und nötigenfalls exhumieren zu lassen.

2.4. Nach dem Unfall ist unverzüglich ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen und die ärztliche Behandlung bis zum Abschluss des Heilverfahrens fortzusetzen; ebenso ist für eine angemessene Krankenpflege und nach Möglichkeit für die Abwendung und Minderung der Unfallfolgen zu sorgen.

2.5. Die Unfallanzeige ist uns unverzüglich zuzusenden; außerdem sind uns alle verlangten sachdienlichen Auskünfte zu erteilen.

2.6. Der behandelnde Arzt oder die behandelnde Krankenanstalt sowie diejenigen Ärzte oder Krankenanstalten, von denen der Versicherte aus anderen Anlässen behandelt oder untersucht worden ist, sind zu ermächtigen und aufzufordern, die von uns verlangten Auskünfte gemäß § 11a VersVG zu erteilen und Berichte zu liefern. Ist der Unfall einem Sozialversicherer gemeldet, so ist auch dieser im vorstehenden Sinne zu ermächtigen.

2.7. Die mit dem Unfall befassten Behörden sind zu ermächtigen und zu veranlassen, die von uns verlangten Auskünfte gemäß § 11a VersVG zu erteilen.

2.8. Wir können verlangen, dass sich die versicherte Person durch die von uns bezeichneten Ärzte untersuchen lässt.

2.9. Ist auch Spitalgeld versichert, so ist uns, wenn die versicherte Person in ein Spital (Art.10, Pkt.2, Spitalgeld) eingewiesen ist, nach der Entlassung aus dem Spital eine Aufenthaltsbestätigung der Spitalverwaltung zuzusenden.

2.10. Im Falle der Mitversicherung von Unfallkosten sind uns die Originalbelege zu überlassen.

## **ABSCHNITT E: SONSTIGE VERTRAGSBESTIMMUNGEN**

## **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

Der Vertrag gilt zunächst für die in der Police festgesetzte Dauer. Beträgt diese mindestens ein Jahr, gilt das Versicherungsverhältnis jedes Mal um ein Jahr verlängert, wenn es nicht spätestens einen Monat vor Ablauf schriftlich gekündigt worden ist. Beträgt die Vertragslaufzeit weniger als ein Jahr, endet der Vertrag automatisch bei Ablauf.

Bei Versicherungsverträgen, deren Abschluss nicht zum Betrieb eines Unternehmens des Versicherungsnehmers gehört (Verbraucherverträge), wird der Versicherer den Versicherungsnehmer so rechtzeitig - mindestens jedoch drei Wochen vor Beginn der Kündigungsfrist - auf die Vertragsverlängerung bei unterlassener Kündigung hinweisen, dass dieser zur Abgabe einer ausdrücklichen Erklärung eine angemessene Frist hat. Der Versicherer wird den Versicherungsnehmer ausdrücklich über die Wirkung des Schweigens und das Erfordernis einer fristgerechten Kündigung belehren.

## **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.15);
- 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.Erlischt der Vertrag, weil die versicherte Person gestorben ist, so steht uns die bis zur Vertragsauflösung anteilige Prämie zu.

3. Bei Versicherungsverträgen, deren Abschluss nicht zum Betrieb eines Unternehmens des Versicherungsnehmers gehört (Verbraucherverträge), und die für eine Dauer von mehr als 5 Jahren eingegangen wurden, kann der Versicherer zum Ende des fünften oder jedes darauffolgenden Jahres (Datum des Vertragsbeginns) unter Einhaltung einer Frist von einem Monat schriftlich kündigen.

## **Artikel 24**

### **Rechtsstellung der am Vertrag beteiligten Personen**

1.Die Unfallversicherung kann gegen Unfälle, die Ihnen oder gegen Unfälle, die einem anderen zustoßen, genommen werden.

Eine Versicherung gegen Unfälle, die einem anderen zustoßen, gilt im Zweifel als für Rechnung des anderen genommen. Die Vorschriften der §§ 75 ff VersVG, sind mit der Maßgabe anzuwenden, dass die Ausübung der Rechte aus dem Versicherungsvertrag ausschließlich Ihnen zusteht.

Wird eine Versicherung gegen 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**

### **Gerichtsstand**

Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach dem für unseren Sitz oder unserer für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung.

Hat ein selbständiger Vermittler am Zustandekommen des Vertrages mitgewirkt, ist auch das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Vermittler zur Zeit der Vermittlung oder des Abschlusses seine gewerbliche Niederlassung oder- bei Fehlen einer gewerblichen Niederlassung -; seinen Wohnsitz hatte.

Wir können Klagen gegen Sie bei dem für Ihren Wohnsitz zuständigen Gericht erheben.

## **Artikel 26**

### **Form der Erklärungen**

Alle Mitteilungen und Erklärungen des Versicherungsnehmers sind gültig, wenn sie schriftlich

erfolgen und uns zugegangen sind. Wenn der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz wechselt, hat er die neue Adresse dem Versicherer mitzuteilen. Andernfalls richtet der Versicherer seine Erklärungen rechtswirksam an die die letzte ihm bekannte Adresse. Dazu genügt ein eingeschriebener Brief.

#### **Artikel 27**

##### **Welches Recht ist anzuwenden?**

Für diesen Vertrag gilt österreichisches Recht.

#### **Artikel 28**

##### **Rententafel**

Rententafel auf Grund der österreichischen Sterbetafel ÖVM 80/82 und eines Zinsfußes von jährlich 2,25% (Art. 7.1.2.).

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