

Allgemeine Zürich Bedingungen für die Kollektivunfall-Versicherung

(KUA VB 2004)

Inhaltsverzeichnis

Abschnitt A: Versicherungsschutz

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

Abschnitt B: Versicherungsleistungen

Was kann versichert werden?	Art. 7: Dauernde Invalidität
	Art. 8: Todesfall
	Art. 9: Taggeld
	Art. 10: 200% Spitalgeld
	Art. 11: Unfallkosten
	Art. 12: Kinderlähmung; Frühsommer-Meningoencephalitis, Borreliose
Was zahlt der Versicherer zusätzlich?	Art. 13: Zusatzleistungen
Wann sind die Leistungen des Versicherers fällig und wann verjähren sie?	Art. 14: Fälligkeit der Leistung des Versicherers und Verjährung
In welchen Fällen und nach welchen Regeln entscheidet die Ärztekommision?	Art. 15: Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten (Ärztekommision)

Abschnitt C: Begrenzungen des Versicherungsschutzes

Wer kann nicht versichert werden?	Art. 16: Unversicherbare Personen
In welchen Fällen zahlt der Versicherer nicht?	Art. 17: Ausschlüsse
In welchen Fällen besteht eingeschränkt Versicherungsschutz?	Art. 18: Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes

Abschnitt D: Pflichten des Versicherungsnehmers

Wann ist die Prämie zu bezahlen?	Art. 19: Prämie
Was ist bei Änderung des Berufes oder der Beschäftigung zu beachten?	Art. 20: Anzeige der Änderung der Berufstätigkeit oder der Beschäftigung des (der) Versicherten
Was ist vor Eintritt eines Versicherungsfalles zu beachten?	Art. 21: Obliegenheiten
Was ist nach Eintritt eines Versicherungsfalles zu tun?	

Abschnitt E: Sonstige Vertragsbestimmungen

Was gilt als Versicherungsperiode?	Art. 22: Versicherungsperiode, Vertragsdauer
Unter welchen Voraussetzungen und wann kann der Versicherungsvertrag gekündigt werden?	Art. 23: Kündigung, Erlöschen des Vertrages
Wann erlischt der Versicherungsvertrag ohne Kündigung?	
Wann und unter welchen Voraussetzungen ändert sich die Prämie?	Art. 24: Prämienanpassung
Wem steht die Ausübung der Rechte aus dem Versicherungsvertrag zu, wer hat die Pflichten aus dem Versicherungsvertrag zu erfüllen?	Art. 25: Rechtsstellung der am Vertrag beteiligten Personen
Wo können Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag gerichtlich geltend gemacht werden?	Art. 26: Gerichtsstand, geltendes Recht
Wie sind Erklärungen abzugeben?	Art. 27: Form der Erklärungen

Anhang:

Rententafel

Abschnitt A:

Versicherungsschutz

Artikel 1

Gegenstand der Versicherung

Der Versicherer bietet Versicherungsschutz, wenn dem Versicherten ein Unfall zustößt.

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

Artikel 2

Versicherungsfall

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

Artikel 3

Örtlicher Geltungsbereich

Die Versicherung gilt auf der ganzen Erde.

Artikel 4

Zeitlicher Geltungsbereich

Versichert sind Unfälle, die während der Wirksamkeit des Versicherungsschutzes (Laufzeit des Versicherungsvertrages unter Beachtung der §§ 38 ff VersVG) eingetreten sind.

Artikel 5

Beginn des Versicherungsschutzes, vorläufige Deckung

1. Beginn des Versicherungsschutzes

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

2. Vorläufige Deckung

Soll der Versicherungsschutz jedenfalls schon vor Einlösung der Polizze beginnen (vorläufige Deckung), ist die ausdrückliche Zusage der vorläu-

figen Deckung durch den Versicherer erforderlich.

Die vorläufige Deckung endet bei der Annahme des Antrages mit der Einlösung der Polizze. Sie tritt außer Kraft, wenn der Antrag unverändert angenommen wird und der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der ersten oder der einmaligen Prämie schuldhaft in Verzug gerät (Art. 19).

Der Versicherer ist berechtigt, die vorläufige Deckung mit der Frist von zwei Wochen zu kündigen. Dem Versicherer gebührt in diesem Fall die auf die Zeit des Versicherungsschutzes entfallende anteilige Prämie.

Artikel 6

Begriff des Unfalles

1. Unfall ist ein vom Willen des Versicherten unabhängiges Ereignis, das plötzlich von außen mechanisch oder chemisch auf seinen Körper einwirkt und eine körperliche Schädigung oder den Tod nach sich zieht.
2. Als Unfall gelten auch folgende vom Willen des Versicherten unabhängige Ereignisse
 - Ertrinken;
 - Verbrennungen, Verbrühungen, Einwirkungen von Blitzschlag oder elektrischem Strom;
 - Einatmen von Gasen oder Dämpfen, Einnehmen von giftigen oder ätzenden Stoffen, es sei denn, dass diese Einwirkungen allmählich erfolgen;
 - Verrenkungen von Gliedern sowie Zerrungen und Zerreibungen 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.
3. Krankheiten gelten nicht als Unfälle, übertragbare Krankheiten auch nicht als Unfallfolgen. Dies gilt nicht für Wundstarrkrampf und Tollwut, verursacht durch einen Unfall gemäß Pkt. 1. Zusätzlich gilt die Kinderlähmung und die durch Zeckenbiss übertragene Frühsommer-

Meningoencephalitis sowie die durch Zeckenbiss übertragene Borreliose mit den in Art. 12 angeführten Leistungsbeschränkungen als versichert.

4. Der Versicherungsschutz bezieht sich auch auf Unfälle des Versicherten als Fluggast in motorisch betriebenen Luftfahrzeugen (im Sinne des Luftfahrtgesetzes in der jeweils gültigen Fassung), welche für die Verwendungsart Personenbeförderung zugelassen sind. Als Fluggast gilt, wer weder mit dem Betrieb des Luftfahrzeuges in ursächlichem Zusammenhang steht oder Besatzungsmitglied ist, noch mittels des Luftfahrzeuges eine berufliche Betätigung ausübt.

Abschnitt B:

Versicherungsleistungen

Artikel 7

Dauernde Invalidität

1. Ergibt sich innerhalb eines Jahres vom Unfalltag an gerechnet, dass als Folge des Unfalles eine dauernde Invalidität zurückbleibt, wird aus der hierfür versicherten Summe der dem Grade der Invalidität entsprechende Betrag gezahlt.
2. Für die Bemessung des Invaliditätsgrades gilt folgende Bestimmung:
 - 2.1 bei völligem Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit

eines Armes	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 Geruchssinnes	10%
des Geschmackssinnes	5%
der Milz	10%
der Niere	20%

- Wenn bereits die 2. Niere vor dem Unfall oder als Unfallfolge beeinträchtigt ist, ist Art. 7 Pkt.3, anzuwenden.
- 2.2 Bei teilweisem Verlust oder teilweiser Funktionsunfähigkeit der vorgenannten Körperteile oder Organe werden die Sätze des Pkt. 2.1 anteilig angewendet.
- Bei Funktionseinschränkungen von Armen oder Beinen ist der Satz für die gesamte Extremität anteilig anzuwenden.
3. Lässt sich der Invaliditätsgrad nach Pkt. 2. nicht bestimmen, ist maßgebend, inwieweit die körperliche oder geistige Funktionsfähigkeit nach medizinischen Gesichtspunkten beeinträchtigt wurde. Waren betroffene Körperteile oder Sinnesorgane oder deren Funktionen bereits vor dem Unfall dauernd beeinträchtigt, wird der Invaliditätsgrad um die Vorinvalidität gemindert.
4. Mehrere sich aus den Punkten 2. und 3. ergebende Prozentsätze werden zusammengerechnet. Der Invaliditätsgrad kann nie mehr als 100 % insgesamt betragen.
5. Die Entschädigungsleistung des Versicherers für den gemäß den Punkten 2. bis 4. festgestellten Invaliditätsgrad wird nach Maßgabe der beantragten und in der Polizze dokumentierten Vereinbarung ermittelt.
6. Im ersten Jahr nach dem Unfall wird eine Invaliditätsleistung nur erbracht, wenn Art und Umfang der Unfallfolgen aus ärztlicher Sicht eindeutig feststehen.
7. Steht der Grad der dauernden Invalidität nicht eindeutig fest, sind sowohl der Versicherte als auch der Versicherer berechtigt, den Invaliditätsgrad jährlich bis vier Jahre ab dem Unfalltag ärztlich neu bemessen zu lassen, und zwar ab zwei Jahren nach dem Unfalltag auch durch die Ärztekommision.
- Ergibt in einem solchen Falle die endgültige Bemessung eine höhere Invaliditätsleistung als der Versicherer bereits erbracht hat, so ist der Mehrbetrag ab Fälligkeit des Vorschusses (Art. 14, Pkt. 2.) mit 4% jährlich zu verzinsen.

8. Stirbt der Versicherte
- 8.1 unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall, besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung;
- 8.2 aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach dem Unfall, ist nach dem Grad der dauernden Invalidität zu leisten, mit dem aufgrund der zuletzt erstellten ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre;
- 8.3 unfallbedingt oder aus unfallfremder Ursache später als ein Jahr nach dem Unfall, ist ebenfalls nach dem Grad der dauernden Invalidität zu leisten, mit dem aufgrund der zuletzt erstellten ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.
9. Hatte der Versicherte am Unfalltag das 75. Lebensjahr bereits vollendet, tritt anstelle der Kapitalzahlung eine Rente, die nach der im Anhang beigedruckten Rententafel unter Zugrundelegung des vom Versicherten am Unfalltag vollendeten Lebensjahres zu bemessen ist.
- Barwert dieser Rente ist jener Betrag, der bei Kapitalzahlung zu erbringen wäre.
- Steht die Leistungspflicht des Versicherers dem Grunde und der Höhe nach fest, beginnt die Rentenleistung rückwirkend mit dem Monatsersten, der dem Unfalltag folgt. Sie endet mit Schluss des Kalendermonats, in dem der Versicherte stirbt.

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 kann der Versicherer nicht zurückverlangen.
3. Für Personen unter 15 Jahren werden im Rahmen der Versicherungssumme nur die aufgewendeten angemessenen Begräbniskosten ersetzt.

4. Zusätzlich zur Leistung gemäß Pkt. 1. werden die nachweislich aufgewendeten Kosten der Überführung der Leiche und der Bestattung (einschließlich Grabstelle und Grabstein) ersetzt. Der Kostenersatz ist mit 10% der für den Fall des Todes versicherten Summe begrenzt. Zum Empfang dieser Leistung ist ohne Rücksicht auf die Regelung der Bezugsberechnung der Überbringer der Originalrechnung berechtigt.

Artikel 9 Taggeld

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

Artikel 10 200% Spitalgeld

1. Spitalgeld wird für jeden Kalendertag, an dem sich der Versicherte wegen eines Versicherungsfalles in medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung befindet, längstens für 365 Tage innerhalb von 2 Jahren ab dem Unfalltag gezahlt.
- Ab dem 15. Kalendertag erhöht sich die Leistung für Spitalgeld auf 200%.

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

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

Unfallkosten sind:

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

Kosten für Bade-, Erholungsreisen und -aufenthalte, ferner Kosten der Reparatur oder der Wiederbeschaffung eines Zahnersatzes, künstlicher Gliedmaßen oder sonstiger künstlicher Behelfe werden nicht ersetzt. Auch nicht ersetzt werden:
Kosten der Sonderklasse in Spitälern, Krankenanstalten, privaten Sanatorien etc.

Die in Artikel 11 Vorbemerkung angeführte Frist von 2 Jahren wird für versicherte Kinder bei erstmaliger Anschaffung eines Zahnersatzes bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres verlängert.
2. Bergungskosten,
die notwendig werden, wenn der Versicherte
 - 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 seine Bergung erfolgen muss.
Bergungskosten sind die nachgewiesenen Kosten des Suchens nach dem Versicherten und seines Transportes bis zur nächsten befahrbaren Straße oder bis zum dem Unfallort nächstgelegenen Spital.

3. Rückholkosten,
das sind die unfallbedingten Kosten des ärztlich empfohlenen Verletztentransportes des außerhalb seines Wohnortes verunfallten Versicherten von der Unfallstelle bzw. dem Krankenhaus, in welches der Versicherte nach dem Unfall gebracht wurde, an seinen Wohnort bzw. zum seinem Wohnort nächstgelegenen Krankenhaus. Bei einem tödlichen Unfall werden auch die Kosten der Überführung des Toten zu dessen letztem Wohnort in Österreich bezahlt.
4. Kosten für kosmetische Operationen
Wenn Unfallkosten versichert sind, steht die für Unfallkosten vereinbarte Versicherungssumme zusätzlich für Kosten für kosmetische Operationen zur Verfügung. Kosten für kosmetische Operationen sind Kosten, die notwendig werden, wenn durch einen Unfall die Körperoberfläche der versicherten Person derart verunstaltet wurde, dass nach Abschluss der Heilbehandlung ihr äußeres Erscheinungsbild dauernd beeinträchtigt ist. Unterzieht sich die versicherte Person zur Beseitigung dieser Folgen einer kosmetischen Operation, werden die dafür aufgewendeten Kosten für Arzthonorar, Medikamente und ärztlich verordnete Heilmittel sowie die Kosten für die Unterbringung und Verpflegung in einem Spital bezahlt. Nicht ersetzt werden die Kosten der Reparatur oder der Wiederbeschaffung eines Zahnersatzes.

Die in Artikel 11 Vorbemerkung angeführte Frist von 2 Jahren wird für Kosten für kosmetische Operationen auf 4 Jahre verlängert.

Für versicherte Kinder verlängert sich die Frist bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres.

Artikel 12 Kinderlähmung; Fröhsummer-Meningoencephalitis; Borreliose

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf die Folgen der Kinderlähmung und der durch Zeckenbiss übertragenen Fröhsummer-Meningoencephalitis sowie der durch Zeckenbiss übertragenen Borreliose, wenn die Erkrankung serologisch festgestellt und frühestens 15 Tage nach Beginn,

jedoch spätestens 15 Tage nach Erlöschen der Versicherung zum Ausbruch kommt.

Als Krankheitsbeginn (Zeitpunkt des Versicherungsfalles) gilt der Tag, an dem erstmals ein Arzt wegen der als Kinderlähmung, Fröhsummer-Meningoencephalitis oder Borreliose diagnostizierten Krankheit zu Rate gezogen wurde.

Eine Leistung wird nur für Tod oder dauernde Invalidität erbracht. Die Leistung bleibt im Rahmen der vereinbarten Versicherungssumme mit EUR 73.000,00 begrenzt.

Artikel 13 Zusatzleistung

Der Versicherer übernimmt die erforderlichen Kosten, die durch Erfüllung der in Art. 21 bestimmten Obliegenheiten – ausgenommen Pkt. 2.4 – entstehen.

Artikel 14 Fälligkeit der Leistung des Versicherers und Verjährung

1. Der Versicherer ist verpflichtet, innerhalb eines Monats, bei Ansprüchen auf Leistung für dauernde Invalidität innerhalb dreier Monate, zu erklären, ob und in welcher Höhe er eine Leistungspflicht anerkennt. Die Fristen beginnen mit dem Eingang der Unterlagen, die der Anspruchserhebende zur Feststellung des Unfallherganges und der Unfallfolgen und über den Abschluss des Heilverfahrens beizubringen hat.
2. Steht die Leistungspflicht dem Grunde nach fest, kann der Versicherungsnehmer Vorschüsse bis zu der Höhe des Betrages verlangen, den der Versicherer nach Lage der Sache mindestens zu zahlen haben wird.
3. 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

- Krankheit oder Gebrechen sowie im Falle des Art. 7, Pkt. 7., entscheidet die Ärztekommision.
2. In den nach Pkt. 1. der Ärztekommision zur Entscheidung vorbehaltenen Meinungsverschiedenheiten kann der Versicherungsnehmer innerhalb von 6 Monaten nach Zugang der Erklärung des Versicherers gemäß Art. 14, Pkt. 1. unter Bekanntgabe seiner Forderung Widerspruch erheben und die Entscheidung der Ärztekommision beantragen.
 3. Das Recht, die Entscheidung der Ärztekommision zu beantragen, steht auch dem Versicherer zu.
 4. Für die Ärztekommision bestimmen Versicherer und Versicherungsnehmer je einen in der österreichischen Ärzteliste eingetragenen Arzt. Wenn ein Vertragsteil innerhalb zweier Wochen nach schriftlicher Aufforderung keinen Arzt benennt, wird dieser von der für den Wohnsitz des Versicherten zuständigen Ärztekammer bestellt. Die beiden Ärzte bestellen einvernehmlich vor Beginn ihrer Tätigkeit einen weiteren Arzt als Obmann, der für den Fall, dass sie sich nicht oder nur zum Teil einigen sollten, im Rahmen der durch die Gutachten der beiden Ärzte gegebenen Grenzen entscheidet.
Einigen sich die beiden Ärzte über die Person des Obmannes nicht, wird ein für den Versicherungsfall zuständiger medizinischer Sachverständiger durch die für den Wohnsitz des Versicherten zuständige Ärztekammer als Obmann bestellt.
 5. Der Versicherte ist verpflichtet, sich von den Ärzten der Kommission untersuchen zu lassen und sich jenen Maßnahmen zu unterziehen, die diese Kommission für notwendig hält.
 6. Die Ärztekommision hat über ihre Tätigkeit ein Protokoll zu führen; in diesem ist die Entscheidung schriftlich zu begründen. Bei Nichteinigung hat jeder Arzt seine Auffassung im Protokoll gesondert niederzulegen. Ist eine Entscheidung durch den Obmann erforderlich, legt auch er sie mit Begründung in einem Protokoll nieder. Die Akten des Verfahrens werden vom Versicherer verwahrt.

7. Die Kosten der Ärztekommision werden von ihr festgesetzt und sind im Verhältnis des Obsiegens vom Versicherer und Versicherungsnehmer zu tragen. Im Falle des Art. 7, Pkt. 7. trägt die Kosten, wer die Neufeststellung verlangt hat.
Der Anteil der Kosten, die der Versicherungsnehmer zu tragen hat, ist mit 1% der für Tod und Invalidität zusammen versicherten Summe, höchstens jedoch mit 25% des strittigen Betrages, begrenzt.

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 dem Versicherten infolge Krankheit oder Gebrechen nach medizinischen Gesichtspunkten die Ausübung einer Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann und auch tatsächlich keine Erwerbstätigkeit vorliegt.
2. Hinsichtlich einer unversicherbaren Person kommt ein Versicherungsvertrag nicht zustande.
Wenn der Versicherte während der Laufzeit des Versicherungsvertrages unversicherbar geworden ist, erlischt der Versicherungsschutz. Gleichzeitig endet der Vertrag für diesen Versicherten.

Artikel 17

Ausschlüsse

Ausgeschlossen von der Versicherung sind Unfälle

1. bei der Benützung von Luftfahrtgeräten und bei Fallschirmabsprüngen sowie bei der Benützung von Luftfahrzeugen, soweit sie nicht unter

- die Bestimmung des Art. 6, Pkt. 4. fallen;
2. die bei Fahrten auf Rennstrecken, die nicht für den öffentlichen Verkehr zugelassen sind oder die bei Beteiligung an motorsportlichen Wettbewerben (auch Wertungsfahrten und Ralleys) und den dazugehörenden Trainingsfahrten entstehen;
 3. bei der Teilnahme an Landes-, Bundes- oder internationalen Wettbewerben auf dem Gebiet des Schilafens, Schispringens, Bob-, Schibob- oder Skeletonfahrens sowie am offiziellen Training für diese Veranstaltungen;
- bei einer entgeltlich ausgeübten sportlichen Betätigung und dem Training. Entgeltlichkeit liegt vor, wenn die versicherte Person mehr als bloßen Ersatz für getätigte finanzielle Aufwendungen erhält. Weiters besteht kein Versicherungsschutz für Unfälle, die die versicherte Person als von der Sporthilfe geförderter Sportler bei der Ausübung der geförderten Sportart und dem Training dazu, erleidet.
- bei der Ausübung folgender gefährlicher Aktivitäten bzw. Sportarten:
Bergsteigen ab Schwierigkeitsgrad 5, Freeclimbing, Wettkämpfe im Mountainbike-Downhill, Teilnahme an Expeditionen
 4. die beim Versuch oder der Begehung gerichtlich strafbarer Handlungen durch den Versicherten eintreten, für die Vorsatz Tatbestandsmerkmal ist;
 5. die unmittelbar oder mittelbar mit Kriegsereignissen jeder Art zusammenhängen, einschließlich aller Gewalthandlungen von Staaten und aller Gewalthandlungen politischer oder terroristischer Organisationen.
 6. durch innere Unruhen, wenn der Versicherte daran auf seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;
 7. die mittelbar oder unmittelbar
- durch den Einfluss ionisierender Strahlen im Sinne des Strahlenschutzgesetzes (BGBl. Nr. 227/1969) in der jeweils geltenden Fassung;
- durch Kernenergie verursacht werden;

8. die der Versicherte infolge einer Bewusstseinsstörung erleidet, oder infolge einer wesentlichen Beeinträchtigung seiner psychischen Leistungsfähigkeit durch Alkohol, Suchtgift oder Medikamente;
9. durch körperliche Schädigung bei Heilmaßnahmen und Eingriffen, die der Versicherte an seinem Körper vornimmt oder vornehmen lässt, soweit nicht ein Versicherungsfall hiezu der Anlass war; soweit ein Versicherungsfall der Anlass war findet Pkt. 7. keine Anwendung.

Artikel 18 Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes

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

Darüber hinausgehend gilt:

1. Bei der Bemessung des Invaliditätsgrades wird ein Abzug in Höhe einer Vorinvalidität nur vorgenommen, wenn durch den Unfall eine körperliche oder geistige Funktion betroffen ist, die schon vorher beeinträchtigt war.

Die Vorinvalidität wird nach Art. 7, Pkte 2. und 3. bemessen.
2. Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch ein Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung – insbesondere solche Verletzungen, die durch krankhaft abnutzungsbedingte Einflüsse verursacht oder mitverursacht worden sind – oder deren Folgen mitgewirkt, sind die vereinbarten Leistungen, im Falle der Invalidität auch der Prozentsatz des Invaliditätsgrades, entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens zu vermindern.
3. Der Versicherungsschutz bezieht sich auf Unfälle, die der Versicherte infolge eines Herzinfarktes erleidet. Für Gesundheitsschädigungen, die aufgrund akuter Mangel durchblutung des Herzmuskels als Unfallsfolge 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.

4. Für organisch bedingte Störungen des Nervensystems wird eine Leistung nur erbracht, wenn und soweit diese Störung auf eine durch den Unfall verursachte organische Schädigung zurückzuführen ist.

Seelische Fehlhaltungen (Neurosen, Psychoneurosen) gelten nicht als Unfallfolgen.

5. Für Bandscheibenhernien wird eine Leistung nur erbracht, wenn sie durch direkte mechanische Einwirkung auf die Wirbelsäule entstanden sind und es sich nicht um eine Verschlimmerung von vor dem Unfall bestandenen Krankheitserscheinungen handelt.
6. Für Bauch- und Unterleibsbrüche jeder Art wird eine Leistung nur erbracht, wenn sie durch eine von außen kommende mechanische Einwirkung direkt herbeigeführt worden sind und nicht anlagenbedingt waren.
7. Ist bei Benützung eines Kraftfahrzeuges das Anlegen eines Sicherheitsgurtes gesetzlich oder behördlich vorgeschrieben und wurde dieser Verpflichtung zum Unfallzeitpunkt nicht nachgekommen, reduzieren sich sämtliche vereinbarten Versicherungsleistungen um 25%.
8. Ist bei Benützung eines Fahrzeuges das Tragen eines Sturzhelmes gesetzlich oder behördlich vorgeschrieben und wurde dieser Verpflichtung zum Unfallzeitpunkt nicht nachgekommen, reduzieren sich bei Kopf- und Halswirbelverletzungen, die ursächlich auf die Nichtverwendung des Sturzhelmes zurückzuführen sind, sämtliche vereinbarte Versicherungsleistungen um 25%.

Abschnitt D:

Pflichten des Versicherungsnehmers

Artikel 19

Prämie, Zahlungsverzug und Geschäftsgebühr

1. Prämie und Zahlungsverzug

Die erste oder einmalige Prämie einschließlich Gebühren und Versicherungssteuer ist vom Versicherungsnehmer 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.

Bei Zahlungsverzug gelten die §§ 38 ff VersVG, wobei der Versicherer das Recht hat, Verzugszinsen in der Höhe von 1% pro Monat, in Rechnung zu stellen.

2. Geschäftsgebühr

Wird der Vertrag aus Verschulden des Versicherungsnehmers oder sonst aus Gründen, die in der Sphäre des Versicherungsnehmers liegen, wie

- Prämienverzug
- Obliegenheitsverletzungen
- Kündigung nach Eintritt des Versicherungsfalles durch den Versicherungsnehmer
- Konkurs oder Ausgleich des Versicherungsnehmers

vorzeitig beendet, so kann der Versicherer eine Geschäftsgebühr in Höhe von 25 % der Jahresnettoprämie, mindestens EUR 18,00 verlangen.

Artikel 20

Anzeige der Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung des Versicherten

Veränderungen des im Antrag angegebenen Berufes oder der im Antrag angegebenen Beschäftigung des Versicherten

sind unverzüglich anzuzeigen. Einberufungen zum ordentlichen Präsenzdienst, zum Zivildienst sowie zu kurzfristigen militärischen Reserveübungen gelten nicht als Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung.

- Ergibt sich für die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung des Versicherten nach dem zur Zeit der Veränderung gültigen Tarif des Versicherers eine niedrigere Prämie, so ist vom Zugang der Anzeige an nur diese Prämie zu bezahlen.
- Ergibt sich eine höhere Prämie, so wird auf die Dauer von drei Monaten ab dem Zeitpunkt, zu welchem dem Versicherer die Anzeige hätte zugehen müssen, auch für die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung der volle Versicherungsschutz gewährt.
- Tritt ein auf die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung zurückzuführender Versicherungsfall nach Ablauf der drei Monate ein, ohne dass inzwischen eine Einigung über die Mehrprämie erreicht worden wäre, so werden die Leistungen des Versicherers in der Weise bemessen, dass dem Vertrag als Versicherungssummen jene Beträge zugrundegelegt werden, welche sich nach den für die neue Berufstätigkeit bzw. Beschäftigung erforderlichen Prämienätzen aufgrund der tatsächlichen in der Police berechneten Prämie ergeben.
- Bietet der Versicherer für die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung grundsätzlich keinen Versicherungsschutz an, finden die Bestimmungen der §§ 23 ff. VersVG (Gefahrerhöhung) Anwendung.

Artikel 21 Obliegenheiten

1. Obliegenheiten vor Eintritt des Versicherungsfalles

Als Obliegenheit, deren Verletzung die Leistungsfreiheit des Versicherers gemäß § 6 Abs. 2 VersVG bewirkt, wird bestimmt, dass der Versicherte als Lenker eines Kraftfahrzeuges in jedem Fall die kraftfahrrechtliche Berechtigung besitzt, die für das Lenken des Fahrzeuges auf Straßen mit öffentlichem Verkehr vorgeschrieben ist; dies gilt auch dann, wenn das Fahrzeug nicht auf Straßen mit öffentlichem Verkehr gelenkt wird.

2. Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalles

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

 - 2.1 Ein Unfall ist dem Versicherer unverzüglich, spätestens innerhalb einer Woche, schriftlich anzuzeigen.
 - 2.2 Nach Möglichkeit zur Feststellung des Sachverhaltes beizutragen.
 - 2.3 Im Zuge eines Verkehrsunfalls als Lenker bei Personenschäden die nächste Polizei – oder Gendarmeriedienststelle sofort zu verständigen.
 - 2.4 Ein Todesfall ist dem Versicherer innerhalb von 3 Tagen anzuzeigen, und zwar auch dann, wenn der Unfall bereits gemeldet ist.
 - 2.5 Dem Versicherer ist das Recht einzuräumen, die Leiche durch Ärzte obduzieren und nötigenfalls exhumieren zu lassen.
 - 2.6 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.
 - 2.7 Nach Erhalt des Formulars für Unfallanzeigen ist dieses ohne Verzug dem Versicherer ausgefüllt zuzusenden; außerdem sind dem Versicherer alle verlangten sachdienlichen Auskünfte zu erteilen.
 - 2.8 Der behandelnde Arzt oder die behandelnde Krankenanstalt sowie diejenigen Ärzte oder Krankenanstalten, von denen der Versicherte aus anderen Anlässen behandelt oder untersucht worden ist, sind zu ermächtigen und aufzufordern, die vom Versicherer verlangten Auskünfte zu erteilen und Berichte zu liefern. Ist der Unfall einem Sozialversicherer gemeldet, so ist auch dieser im vorstehenden Sinne zu ermächtigen.
 - 2.9 Die mit dem Unfall befassten Behörden sind zu ermächtigen und zu veranlassen, die vom Versicherer verlangten Auskünfte zu erteilen.

- 2.10 Der Versicherer kann verlangen, dass sich der Versicherte durch die vom Versicherer bezeichneten Ärzte untersuchen lässt.
- 2.11 Ist auch Spitalgeld versichert, so ist dem Versicherer, wenn der Versicherte in ein Spital (Art. 10, Pkt. 2.) eingewiesen ist, nach der Entlassung aus dem Spital eine Bescheinigung der Spitalverwaltung einzusenden, in welcher der volle Vor- und Zuname des Versicherten, dessen Geburtsdaten, der Tag der Aufnahme in das Spital und der Tag der Entlassung sowie die Diagnose angegeben sein müssen.
- 2.12 Im Falle der Mitversicherung von Unfallkosten sind dem Versicherer 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.
2. Vertragsdauer

Beträgt die vereinbarte Vertragsdauer mindestens ein Jahr, verlängert sich der Vertrag jeweils um ein Jahr, wenn er nicht drei Monate vor Ablauf gekündigt wird. Beträgt die Vertragsdauer weniger als ein Jahr, endet der Vertrag ohne Kündigung.

Artikel 23

Kündigung, Erlöschen des Vertrages

1. Kündigung nach Eintritt des Versicherungsfalles
 - 1.1 Nach Eintritt des Versicherungsfalles kann der Versicherungsnehmer kündigen, wenn der Versicherer einen gerechtfertigten Anspruch auf die Versicherungsleistung ablehnt oder seine Anerkennung verzögert.

In diesen Fällen ist die Kündigung vorzunehmen innerhalb eines Monats

- nach Ablehnung des gerechtfertigten Anspruches auf die Versicherungsleistung;
- nach Rechtskraft des Urteiles im Fall eines Rechtsstreites vor Gericht;
- nach Zustellung der Entscheidung der Ärztekommision (Art. 15);
- nach Fälligkeit der Versicherungsleistung bei Verzögerung der Anerkennung (Art. 14).

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

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

Die Kündigung ist vorzunehmen innerhalb eines Monats

- nach Anerkennung dem Grunde nach;
- nach erbrachter Versicherungsleistung;
- nach Ablehnung des arglistig erhobenen Anspruches auf Versicherungsleistung.
- Die Kündigung kann nur unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist erfolgen.

Falls der Versicherungsnehmer einen Anspruch arglistig erhoben hat, kann der Versicherer mit sofortiger Wirkung kündigen.

- 1.3 Dem Versicherer gebührt die bis zur Vertragsauflösung anteilige Prämie.
2. Erlischt der Vertrag, weil der Versicherte gestorben oder unversicherbar geworden ist (Art. 16), so gebührt dem Versicherer die bis zur Vertragsauflösung entfallende Prämie.
3. Hat der Versicherer mit Rücksicht auf die vereinbarte Vertragszeit eine Ermäßigung der Prämie gewährt, so kann er bei einer vorzeitigen Auflösung des Vertrages die Nachzahlung des Betrages fordern, um den die Prämie höher bemessen worden wäre,

wenn der Vertrag nur für den Zeitraum geschlossen worden wäre, während dessen er tatsächlich bestanden hat. Wird der Vertrag gemäß Art. 23 Pkt. 1 gekündigt oder endet er vorzeitig, weil der Versicherte versicherungsunfähig geworden oder gestorben ist, wird eine solche Nachzahlung nicht gefordert.

Artikel 24 Prämienanpassung

1. Der Versicherer ist berechtigt, die Prämien auf Grund der vereinbarten Prämienanpassung im Ausmaß der Veränderung des individuellen Schadenbedarfs zu erhöhen. Der Schadenbedarf wird dabei aus einer Gegenüberstellung des Durchschnittschadens des letzten Kalenderjahres zum vorangegangenen Jahr ermittelt. Der Durchschnittsschaden ergibt sich daher aus der Gesamtzahlung für erledigte Fälle des Rechnungsjahres dividiert durch die Anzahl dieser Fälle multipliziert mit dem Faktor, der sich aus der Division Schadenhäufigkeit des Rechnungsjahres durch Schadenhäufigkeit des vergangenen Jahres ergibt. Unterbleibt die Prämienanpassung, kann dieser Unterschied bei einer späteren Prämienanpassung angerechnet werden. Prämienanpassungen können nicht in kürzeren als einjährigen Abständen vorgenommen werden; sie werden frühestens ab dem Zeitpunkt der Verständigung des Versicherungsnehmers durch den Versicherer wirksam.
2. Wird die Prämie auf Grund der Bestimmungen des Pkt. 1 angepasst, kann der Versicherungsnehmer den Versicherungsvertrag binnen eines Monats, nachdem der Versicherer ihm die erhöhte Prämien mitgeteilt hat, kündigen. Die Kündigung wird mit Ablauf eines Monats wirksam, frühestens jedoch mit Wirksamwerden der Prämienhöhung.

Artikel 25 Rechtsstellung der am Vertrag beteiligten Personen

1. Die Unfallversicherung kann gegen Unfälle, die dem Versicherungsnehmer oder gegen Unfälle, die einem

anderen zustoßen, genommen werden.

Eine Versicherung gegen Unfälle, die einem anderen zustoßen, gilt im Zweifel als für Rechnung des anderen genommen. Die Vorschriften der §§ 75 bis 79 VersVG sind mit der Maßgabe anzuwenden, dass die Ausübung der Rechte aus dem Versicherungsvertrag ausschließlich dem Versicherungsnehmer zusteht.

Wird eine Versicherung gegen Unfälle, die einem anderen zustoßen, vom Versicherungsnehmer für eigene Rechnung genommen, so ist zur Gültigkeit des Vertrages die schriftliche Zustimmung des anderen erforderlich. Ist der andere geschäftsunfähig oder in der Geschäftsfähigkeit beschränkt und steht die Vertretung in den seine Person betreffenden Angelegenheiten dem Versicherungsnehmer zu, so kann dieser den anderen bei der Erteilung der Zustimmung nicht vertreten.

2. Alle für den Versicherungsnehmer getroffenen Bestimmungen gelten sinngemäß auch für Versicherte und jene Personen, die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag geltend machen. Diese Personen sind neben dem Versicherungsnehmer für die Erfüllung der Obliegenheiten, der Schadenminderungs- und Rettungspflicht verantwortlich.

Artikel 26 Gerichtsstand, geltendes Recht

Der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen, die zur selbständigen Geltendmachung von Ansprüchen aus dem Versicherungsvertrag berechtigt sind, können diese auch bei den Gerichten geltend machen, in deren Sprengel sie ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt oder ihren Sitz im Inland haben.

Es gilt Österreichisches Recht.

Artikel 27 Form der Erklärungen

Alle Mitteilungen und Erklärungen sind nur in schriftlicher Form verbindlich.

Rententafel

auf Grund der österreichischen Sterbetafel OEM 80/82 und eines Zinsfußes von jährlich 3%.

Jahresbetrag der monatlich im voraus zahlbaren lebenslangen Rente für eine kapitalsmäßige Berechnungsgrundlage von EUR 72,67.

Alter	75	76	77	78	79	80
Jahresrente in						
EUR	11,29	11,90	12,55	13,25	14,00	14,80