

45V - ALLGEMEINE BEDINGUNGEN FÜR DIE UNFALLSCHUTZVERSICHERUNG (USVB) (Fassung 2002)

INHALTSVERZEICHNIS

Abschnitt A: VERSICHERUNGSSCHUTZ

- Artikel 1 Was ist Gegenstand der Versicherung?
- Artikel 2 Was ist der Versicherungsfall?
- Artikel 3 Was ist ein Unfall? - Was ist zusätzlich versichert?
- Artikel 4 Wo gilt die Versicherung? (Örtlicher Geltungsbereich)
- Artikel 5 Für welchen Zeitraum gilt die Versicherung? (Zeitlicher Geltungsbereich)
- Artikel 6 Wann beginnt der Versicherungsschutz? - Was gilt für vorläufige Deckungen?

Abschnitt B: ZU DEN VERSICHERTEN LEISTUNGEN

Die Artikel 7 bis 12b gelten nur bei Vereinbarung der entsprechenden Leistungsform, d.h. wenn die Leistungen in der Police angeführt sind, versichert.

- Artikel 7 Was gilt bei einer Leistung für dauernde Invalidität?
- Artikel 7a Versicherungsleistungen für dauernde Invalidität ab 1 %
- Artikel 7b Versicherungsleistungen für dauernde Invalidität ab 20 %
- Artikel 7c Versicherungsleistungen für dauernde Invalidität ab 50 %
- Artikel 7d Versicherungsleistungen für dauernde Invalidität ab 75 %
- Artikel 7e Was gilt bei vereinbarter Leistung Unfall-Rente?
- Artikel 7f Was gilt bei vereinbarter Leistung Eurohit?
- Artikel 8 Was gilt bei vereinbarter Leistung für den Todesfall?
- Artikel 9 Was gilt bei vereinbarter Leistung Taggeld?
- Artikel 10 Was gilt bei vereinbarter Leistung Spitalgeld?
- Artikel 11 Was gilt bei vereinbarter Leistung Unfallkosten?
- Artikel 11a Was gilt zusätzlich bei der Leistung Nottransportkosten?
- Artikel 11b Was gilt zusätzlich bei der Leistung Bergrettungskosten für Hubschraubertransporte?
- Artikel 11c Was gilt zusätzlich oder bei vereinbarter Leistung Donau SOS?
- Artikel 11d Was gilt bei vereinbarter Leistung für Meniskusschäden?
- Artikel 11e Was gilt bei vereinbarter Leistung Schmerzensgeld?
- Artikel 12 Was gilt für den Unfallschutz für Kinder?
- Artikel 12a Was gilt für den Unfallschutz für Partner?
- Artikel 12b Was gilt für den Unfallschutz für Familien?
- Artikel 13 Was leistet der Versicherer zusätzlich (Sonder- und Zusatzleistungen)?
- Artikel 14 Wann ist die Leistung fällig? Wann tritt die Verjährung ein?
- Artikel 15 Was geschieht bei Meinungsverschiedenheiten? (Beiziehung der Ärztekommision)

Abschnitt C: BEGRENZUNGEN DES VERSICHERUNGSSCHUTZES

- Artikel 16 Wer kann nicht versichert werden?
- Artikel 17 Welche Unfälle sind ausgeschlossen?
- Artikel 18 Welche sachlichen Begrenzungen des Versicherungsschutzes gibt es?

Abschnitt D: PFLICHTEN DES VERSICHERUNGSNEHMERS

- Artikel 19 Wann ist die Prämie zu bezahlen?
- Artikel 20 Was ist bei Änderung des Berufes oder der Beschäftigung zu beachten?
- Artikel 21 Was ist vor und nach Eintritt eines Versicherungsfalles zu beachten bzw. zu tun? (Obliegenheiten)

Abschnitt E: SONSTIGE VERTRAGSBESTIMMUNGEN

- Artikel 22 Was ist die Versicherungsperiode und wie regelt sich die Vertragsdauer?
- Artikel 23 Wann und unter welchen Voraussetzungen kann gekündigt werden? Wann erlischt der Vertrag ohne Kündigung?
- Artikel 24 Wem steht die Ausübung der Rechte aus dem Vertrag zu? Wer hat die Pflichten aus dem Vertrag zu erfüllen?
- Artikel 25 Wo können Ansprüche aus dem Vertrag gerichtlich geltend gemacht werden?
- Artikel 26 Wie sind Erklärungen abzugeben?

ANHANG:

Die wesentlichen gesetzlichen Bestimmungen, welche auf den Versicherungsvertrag Anwendung finden; Rententafel.

ABSCHNITT A: VERSICHERUNGSSCHUTZ

Artikel 1

Was ist Gegenstand der Versicherung?

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

Die Leistungen, die versichert werden können, sind im Inhaltsverzeichnis unter Abschnitt B angeführt. Aus der Polizza ist ersichtlich, welche Leistungen und Versicherungssummen vereinbart sind.

Artikel 2

Was ist der Versicherungsfall?

Versicherungsfall ist der Eintritt eines Unfalles (Art. 3).

Artikel 3

Was ist ein Unfall? - Was ist zusätzlich versichert?

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 Zerreißen von an Gliedmaßen und an der Wirbelsäule befindlichen Muskeln, Sehnen, Bändern und Kapseln infolge plötzlicher Abweichung vom geplanten Bewegungsablauf.

3. Krankheiten gelten nicht als Unfälle, übertragbare Krankheiten auch nicht als Unfallfolgen. Mitversichert sind jedoch die Kinderlähmung und die durch Zeckenbiss übertragene Frühsommer-Meningoencephalitis und Lyme-Borreliose im Rahmen der Bestimmungen des Art. 13 sowie Wundstarrkrampf und Tollwut, verursacht durch einen Unfall gemäß Pkt. 1.

4. Der Versicherungsschutz bezieht sich auch auf die Folgen von Unfällen, die durch Bewusstseinsstörungen, einen Herzinfarkt oder Schlaganfall des Versicherten herbeigeführt wurden, nicht jedoch auf Herzinfarkte oder Schlaganfälle als Folge eines Unfalles (siehe auch Art. 18, Pkt. 1).

5. Der Versicherungsschutz bezieht sich auch auf Unfälle des Versicherten als Fluggast in motorischen Luftfahrzeugen mit Ausnahme von Motorseglern und Ultralights, welche für die Verwendung zur 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 Tätigkeit ausübt.

Artikel 4

Wo gilt die Versicherung? (Örtlicher Geltungsbereich)

Die Versicherung gilt auf der ganzen Erde.

Artikel 5

Für welchen Zeitraum gilt die Versicherung? (Zeitlicher Geltungsbereich)

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

Artikel 6

Wann beginnt der Versicherungsschutz? Was gilt für vorläufige Deckungen?

1. Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz wird mit der Einlösung der Polizza (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. Vorläufige Deckung

Soll der Versicherungsschutz schon vor Einlösung der Polizza beginnen (vorläufige Deckung), ist die ausdrückliche Zusage der vorläufigen Deckung durch den Versicherer erforderlich.

Die vorläufige Deckung endet bei der Annahme des Antrages mit der Einlösung der Polizza.

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.

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

ABSCHNITT B: ZU DEN VERSICHERTEN LEISTUNGEN

Artikel 7

Was gilt bei vereinbarter Leistung für dauernde Invalidität?

1. Ergibt sich innerhalb eines Jahres vom Unfalltag an gerechnet als Folge des Unfalles eine dauernde Invalidität, wird aus der dafür vereinbarten Summe jener Betrag ausbezahlt, der dem Grade der Invalidität entspricht.

2. Für die Bemessung des Invaliditätsgrades gilt folgende Bestimmung:

Für Arme, Hände und Finger erfolgt eine unterschiedliche Bemessung der Invaliditätsgrade nach Aktivseite und Passivseite. Die Aktivseite ist vom Versicherungsnehmer im Antrag festzusetzen und wird vom Versicherer in der Police bzw. in der schriftlichen Deckungszusage dokumentiert. Bei mehreren versicherten Personen muss die Aktivseite für jede Person gesondert bestimmt werden. Ist für Versicherte keine Aktivseite festgelegt, wird für die Bemessung des Invaliditätsgrades der Mittelwert aus Aktiv- und Passivseite herangezogen.

2.1. bei völligem Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit

	<u>Aktivseite</u>	<u>Passivseite</u>
- eines Armes ab Schultergelenk	80%	72%
- eines Armes bis oberhalb des Ellenbogengelenkes	75%	70%
- eines Armes unterhalb des Ellenbogengelenkes oder einer Hand	62%	52%
- eines Armes im Ellenbogengelenk	72%	62%
- eines Daumens	20%	15%
- eines Zeigefingers	12%	5%
- eines 3. oder 4. Fingers	7%	5%
- eines 5. Fingers	10%	5%
- eines Beines bis über die Mitte des Oberschenkels	65%	
- eines Beines bis zur Mitte des Oberschenkels	55%	
- eines Beines bis zur Mitte des Unterschenkels oder eines Fußes	50%	
- 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 verloren war	45%	
- des Geruchssinnes	10%	
- des Geschmackssinnes	10%	
- der Milz	10%	
- der Niere	20%	

wenn bereits die zweite 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 und Beinen ist der Satz für den gesamten Körperteil 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.

4. Ergeben sich aus den Punkten 2. und 3. mehrere Prozentsätze, werden diese zusammengerechnet.

Beträgt der festgestellte Invaliditätsgrad 100 % oder mehr, dann werden 100 % der vereinbarten Versicherungssumme für Invalidität erbracht.

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

6. Steht der Grad der dauernden Invalidität 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.

7. Stirbt der Versicherte

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

8. Hatte der Versicherte am Unfalltag das 75. Lebensjahr bereits vollendet, tritt anstelle der Kapitalzahlung eine Rente. Diese wird nach der im Anhang ersichtlichen Rententafel unter Zugrundelegung des vom Versicherten am Unfalltag vollendeten Lebensjahres bemessen.

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 7a

Versicherungsleistung für dauernde Invalidität ab 1 %

Die Leistung für dauernde Invalidität wird gemäß Art.7 bereits ab einem Invaliditätsgrad von 1% erbracht.

Artikel 7b

Versicherungsleistungen für dauernde Invalidität ab 20%

Abweichend von Art. 7 erbringt der Versicherer erst ab einem Invaliditätsgrad von 20% die dem Invaliditätsgrad entsprechende Leistung. Für Invaliditätsgrade unter 20% wird keine Leistung erbracht.

Artikel 7c

Versicherungsleistungen für dauernde Invalidität ab 50%

Abweichend von Art. 7 erbringt der Versicherer erst ab einem Invaliditätsgrad von 50% die dem Invaliditätsgrad entsprechende Leistung. Für Invaliditätsgrade unter 50% wird keine Leistung erbracht.

Artikel 7d

Versicherungsleistungen für dauernde Invalidität ab 75%

Abweichend von Art. 7 erbringt der Versicherer erst ab einem Invaliditätsgrad von 75% die dem Invaliditätsgrad entsprechende Leistung. Für Invaliditätsgrade unter 75% wird keine Leistung erbracht.

Artikel 7e

Was gilt bei vereinbarten Leistung Unfall-Rente?

1. Welche Versicherungsleistung wird erbracht?

Die vereinbarte Unfall-Rente wird gezahlt, wenn sich innerhalb eines Jahres vom Unfalltag an gerechnet ergibt, dass als Folge des Unfalles eine dauernde Invalidität zurückbleibt, die mindestens 50% beträgt oder innerhalb von vier Jahren ab dem Unfalltag erreicht.

Art. 7, Pkt. 1., 4. Absatz 2 und 3 finden keine Anwendung.

2. Wie wird der Invaliditätsgrad ermittelt?

Die Bemessung des Invaliditätsgrades erfolgt nach Art. 7, Pkt. 2., 3., 4. erster Satz und Art. 18.

3. Ab wann und wie lange wird die Unfall-Rente bezahlt?

Die Unfall-Rente wird rückwirkend ab dem dem Unfalltag folgenden Monatsersten geleistet, sobald mit überwiegender Wahrscheinlichkeit feststeht, dass die Leistungsvoraussetzungen gemäß Pkt. 1. dieser Bestimmungen gegeben sind.

Die Unfall-Rente wird monatlich im voraus bis zum Ende des Monats gezahlt, in dem

- der Versicherte stirbt oder
- eine nach Art. 7, Pkt. 6. Abs. 1 vorgenommene neuerliche ärztliche Bemessung eine dauernde Invalidität von weniger als 50% ergibt.

Art. 7 Pkt. 5., Pkt. 6. Absatz 2, Pkt. 7 und Pkt. 8 finden keine Anwendung.

4. Wo und wie ist die fällige Unfall-Rente zu erbringen?

Erfüllungsort ist die Generaldirektion der DONAU. Überweisungen der Unfall-Renten an den Empfangsberechtigten erfolgen auf seine Gefahr und Kosten.

Sollen die Unfall-Rentenzahlungen nicht auf ein in Österreich geführtes Pensionskonto des Versicherten erfolgen, kann die Donau vor jeder Zahlung vom Empfangsberechtigten die Vorlage eines amtlichen Lebenszeugnisses des Versicherten verlangen. Die Kosten dieses Lebenszeugnisses gehen zu Lasten des Empfangsberechtigten. Wird dieses Zeugnis nicht rechtzeitig beigebracht oder die Zahlung der Unfall-Rente aus irgendeinem anderen Grund ohne Verschulden der Donau verzögert, so besteht kein Anspruch auf Vergütung von Zinsen.

5. Wie berechnet sich die Unfall-Rente bei späterem Invaliditätseintritt?

Unabhängig von einer allenfalls vereinbarten Wertanpassung der Unfall-Rente nach der gemäß § 108a ASVG kundgemachten Richtzahl wird die Höhe der versicherten Unfall-Rente jedes Kalenderjahr ausgehend vom jeweiligen Alter der versicherten Person und den im Zeitpunkt der Anpassung gültigen Rententafel neu ermittelt. Die Bekanntgabe der jeweiligen Höhe der Unfall-Rente erfolgt bei Verträgen mit Wertanpassung für das laufende Kalenderjahr automatisch, bei Verträgen ohne Wertanpassung auf Anfrage.

6. Nehmen Unfall-Rentenversicherungen mit bereits laufenden Rentenzahlungen am Gewinn teil?

Unfall-Rentenversicherungen mit bereits laufenden Rentenzahlungen erhalten Gewinnanteile analog dem Abrechnungsverband RL 98 der Donau "Pensionsversicherungen mit bereits laufenden Bonuspensionen".

Die Gutschrift des Gewinns erfolgt jeweils am 31.12., erstmals im zweiten Unfall-Rentenauszahlungsjahr.

Die Bonus-Unfall-Rente wird aus einem Teil des laufenden Gewinns finanziert und kann solange gezahlt werden, als der laufende Gewinnanteil nicht unter 2% p.a. sinkt.

Übersteigt der laufende Gewinn des Jahres das für die Bonus-Unfall-Rente erforderliche Ausmaß, so wird der übersteigende Teil zur Erhöhung der Unfall-Rente ab dem Zeitpunkt der Gewinngutschrift verwendet.

Sinkt der laufende Gewinn des Jahres unter das für die Bonus-Unfall-Rente erforderliche Ausmaß, so wird die Bonus-Unfall-Rente nach festgelegten versicherungsmathematischen Grundsätzen gekürzt. Die Kürzung erfolgt zum Zeitpunkt der Gewinngutschrift.

Da die in den künftigen Jahren erzielbaren Überschüsse nicht vorhergesehen werden können, beruhen Angaben über die künftige Gewinnbeteiligung auf Schätzungen, denen die durchschnittlichen Verhältnisse der letzten Jahre zugrundegelegt sind. Solche Angaben sind daher unverbindlich.

7. Was gilt bei Verlegung des Wohnsitzes durch den Versicherungsnehmer?

Nimmt der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz außerhalb Europas, muss er eine Person mit Wohnsitz in Österreich benennen, die bevollmächtigt ist, Erklärungen für den Versicherungsnehmer entgegenzunehmen.

Artikel 7f

Was gilt bei vereinbarten Leistung Eurohit?

1. Es werden 100% der vereinbarten Versicherungssumme geleistet, wenn sich innerhalb eines Jahres vom Unfalltag an gerechnet ergibt, dass als Folge des Unfalles eine dauernde Invalidität zurückbleibt, die mindestens 50% beträgt oder innerhalb von vier Jahren ab dem Unfalltag erreicht.

Art. 7, Pkt. 1. und Pkt. 4. Absatz 2 finden keine Anwendung.

2. Die Bemessung des Invaliditätsgrades erfolgt nach Art. 7, Pkt. 2., 3., 4. erster Satz und Art. 18.

3. Art. 7, Pkt. 6. Absatz 2 findet keine Anwendung.

Artikel 8

Was gilt bei vereinbarter Leistung für den Todesfall?

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

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. Bezugsberechtigung

Sofeme keine andere Vereinbarung getroffen wird, sind im Falle des Todes die gesetzlichen Erben bezugsberechtigt.

4. Für Personen unter 15 Jahren sowie für versicherte Kinder der Kinderunfallversicherung oder Familienunfallversicherung kann eine Todesfallsumme nicht vereinbart werden.

Artikel 9

Was gilt bei vereinbarter Leistung 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.

Wenn die versicherte Person im Zeitpunkt des Unfalles eine gesetzliche Alterspension bezieht, sind für die Feststellung der Beeinträchtigung die typischen Alltagsbeschäftigungen des Versicherten maßgebend. Der Grad der Beeinträchtigung ist nach medizinischen Gesichtspunkten festzustellen. Für die ersten 14 Tage werden 50% des vereinbarten Taggeldes geleistet. Ab dem 15. Tag oder 43. Tag wird das volle Taggeld gezahlt und zwar längstens für 100 Tage.

Artikel 10

Was gilt bei vereinbarter Leistung Spitalgeld?

1. Spitalgeld wird für jeden Kalendertag, an dem sich der Versicherte wegen eines Versicherungsfalles in medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung befindet, längstens 365 Tage innerhalb von 2 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 Geistesranke.

Artikel 11

Was gilt bei vereinbarter Leistung Unfallkosten?

Bis zur Höhe der dafür vereinbarten Versicherungssumme werden Unfallkosten ersetzt, wenn 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,

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

Die Kosten der Reparatur oder der Wiederbeschaffung für vor dem Unfall vorhandene künstliche Gliedmaßen, Zahnersätze oder sonstiger künstlicher Behelfe gelten unter folgenden Voraussetzungen mitversichert:

- Die Beschädigung muss im unmittelbaren Zusammenhang mit einem gleichzeitig eintretenden versicherten Unfallereignis stehen, bei dem eine Körperverletzung eintritt, die eine ärztliche Behandlung bzw. Versorgung erfordert.
- Der Versicherte muss dem Versicherer eine schriftliche Bestätigung des Arztes (Spitals) überbringen, von welchem die Unfallfolgen behandelt bzw. medizinisch versorgt wurden.
- Der Kostenersatz wird bis zum ursprünglichen Wertausmaß im Rahmen der vereinbarten Summe für Unfallkosten geleistet, d.h. gleiche Qualität und Ausstattungskategorie wie vor dem Unfall.

Kosten für Bade-, Erholungsreisen und -aufenthalte werden nicht ersetzt.

Im Ausland entstandene Arzt- und Medikamentenkosten werden - unter Einrechnung der übrigen Unfallkosten - bis maximal 200 % der vereinbarten Versicherungssumme ersetzt.

1.2 Die Kosten kosmetischer Operationen zur Behebung unfallbedingter Entstellungen werden ersetzt.

1.3 Die Kosten für Anwendungen der traditionellen chinesischen Medizin (TCM) zur Behebung der Unfallfolgen werden bis maximal 20% der vereinbarten Versicherungssumme auch ohne ärztliche Verordnung ersetzt.

2. Bergungskosten, die notwendig werden wenn der Versicherte

- einen Unfall erlitten hat oder in Berg- oder Wassernot geraten ist und verletzt oder unverletzt geborgen werden muss;
- 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 zu dem Unfallort nächstgelegenen Spital.

3. Rückholkosten, das sind die unfallbedingten Kosten eines ärztlich empfohlenen Verletztentransportes von der Unfallstelle bzw. dem Krankenhaus, in welches der Versicherte nach einem außerhalb seines Wohnortes erlittenen Unfall gebracht wurde, an seinen Wohnort bzw. zu seinem Wohnort nächstgelegenen Krankenhaus. Bei einem tödlichen Unfall werden auch die Kosten der Überführung des Toten zu dessen letzten Wohnort in Österreich bezahlt.

Artikel 11a

Was gilt zusätzlich bei der Leistung Nottransportkosten?

1. Nottransportkosten sind die Kosten des ärztlich angeordneten Rücktransportes des Versicherten nach Österreich für den Fall, dass der Grad eines Unfalles oder einer Krankheit im Ausland einen solchen erforderlich macht. Der Rücktransport erfolgt durch eine vom Versicherer genannte Organisation (z.B. Tyrolean Air Ambulance oder Wiener Verein) für den Fall, dass der Grad des Unfalles oder der Krankheit einen solchen erforderlich macht. Als Nottransportkosten gelten auch die Kosten des Rücktransportes einer während einer Auslandsreise verstorbenen versicherten Person zu ihrem früheren Wohnort in Österreich durch eine vom Versicherer genannte Organisation.
2. Die vom Versicherer genannte Organisation entscheidet über die Notwendigkeit eines Nottransportes und führt diesen auf Kosten des Versicherers durch.
3. Der Versicherer ersetzt die Kosten des Nottransportes zur Gänze unabhängig von der vereinbarten Versicherungssumme und ohne sie auf diese anzurechnen.
4. Der Versicherungsschutz ist nicht gegeben, wenn der Versicherte die Kosten des Nottransportes anderweitig ersetzt erhält oder wenn eine andere als die vom Versicherer bezeichnete Organisation für den Nottransport beauftragt wird.

Artikel 11b

Was gilt zusätzlich bei der Leistung Bergrettungskosten für Hubschraubertransporte?

1. Der Versicherungsschutz erstreckt sich nach Sport- und Freizeitunfällen am Berg auf die notwendigen Kosten eines Rettungstransportes mittels Hubschraubers bis zu dem in der Polizze genannten Höchstbetrag in jedem Versicherungsfall.
2. Der Versicherungsschutz ist insoweit nicht gegeben, als der Versicherte die Kosten des Rettungstransportes anderweitig z.B. von einem Sozialversicherungsträger oder einem sonstigen Leistungsträger ersetzt erhält.
3. Nach Eintritt des Versicherungsfalles müssen dem Versicherer die Originalbelege hinsichtlich der Kosten überlassen werden.
4. Kein Versicherungsschutz besteht für Unfälle bei einer entgeltlich ausgeübten sportlichen Betätigung. Entgeltlichkeit liegt vor, wenn der Versicherte mehr als einen bloßen Spesenersatz erhält.

Artikel 11c

Was gilt zusätzlich oder bei vereinbarter Leistung Donau SOS

Mitversichert sind Organisation bzw. Kostenübernahme nachstehend angeführter Dienstleistungen.

Voraussetzung für die Inanspruchnahme der Dienstleistungen ist ein zumindest 24-stündiger Spitalsaufenthalt einer im Versicherungsvertrag versicherten Person aufgrund eines versicherten Unfalles.

Die nachfolgenden Leistungen können allerdings bereits ab dem Eintritt der Unfallfolgen in Anspruch genommen werden, wenn die Voraussetzung eines mindestens 24-stündigen Spitalsaufenthaltes mit großer Wahrscheinlichkeit zu erwarten sind.

1. Dienstleistungen im Haushaltsbereich werden ersetzt, soweit diese notwendig sind und nicht von einer anderen im Haushalt des/der Versicherungsnehmerin lebenden Person übernommen werden können.

Darunter fallen z.B.

- Haushaltshilfe
- häusliche Pflege der verunfallten Person
- Essensversorgung
- Wohnungsreinigung
- Wohnungssicherung
- Versorgung von Kindern im gleichen Haushalt
- Versorgung von Haustieren im gleichen Haushalt
- unaufschiebbare Behördenwege

Ersetzt werden die durch den Assistenten organisierten Leistungen durch Professionisten bis zu EUR 75,00 am Tag und das für einen Zeitraum von sechs Wochen ab dem Unfalltag.

Im Falle der Betreuung von Kindern bis zum 15. Lebensjahr durch Nachbarn, Bekannte oder Verwandte, die nicht im gleichen Haushalt leben, wird (unter Berücksichtigung des Tagesmaximums von EUR 75,00 pro Tag ein Betrag bis zu EUR 40,00 ersetzt.

Pro Kalenderjahr und Vertrag ist die Inanspruchnahme von Dienstleistungen im Haushaltsbereich auf insgesamt 6 Wochen beschränkt.

Diese Hilfeleistungen werden nur in Österreich übernommen.

2. Weiters werden nach einem Unfall mit Dauerfolgen in Österreich organisiert (nicht jedoch die weiteren Kosten dafür übernommen):

- Beratung für Lebensplanung
- Psychologische Beratung
- Beratung für Wohnungsumbau
- Beratung für Berufsumschulung

3. Weiters werden bei einem Unfall im Ausland die innerhalb einer Woche nach dem Unfall anfallenden notwendigen Kosten eines Dolmetschers bis zu einem Betrag von EUR 750,00 ersetzt.

4. Weiters werden die Kosten einer einmaligen Rechtsberatung über die rechtlichen Auswirkungen eines versicherten Unfalles übernommen.

Artikel 11d

Was gilt bei vereinbarter Leistung für Meniskusschäden?

Abweichend von Art. 3, Pkt. 2 gelten als Unfälle auch plötzlich eintretende Meniskusschäden, selbst wenn diese nicht auf die plötzliche Abweichung vom geplanten Bewegungsablauf zurückzuführen sind.

Art. 18, Pkt. 2 findet auf Meniskusschäden keine Anwendung.

Artikel 11e

Was gilt bei vereinbarter Leistung Schmerzensgeld ?

1. Der Versicherer erbringt nach einem versicherten Unfall, der einen mindestens dreiwöchigen ununterbrochenen stationären Spitalsaufenthalt innerhalb von zwei Jahren ab dem Unfalltag medizinisch bedingt, ein einmaliges Schmerzensgeld in der dafür vereinbarten Höhe.

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 Kranken-Reviere der Exekutive.

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 12

Was gilt für den Unfallschutz für Kinder?

1. Zwingende Voraussetzungen für den Unfallschutz für Kinder:

1.1. Der Versicherte hat das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet und

1.2. für den Versicherten wird die staatliche Familienbeihilfe gewährt.

1.3. Die Versicherung wird zur vereinbarten Prämie längstens bis zum vollendeten 19. Lebensjahr des Versicherten fortgeführt.

2. Was gilt bei Wegfall der Voraussetzungen?

2.1. Entfällt eine dieser Voraussetzungen, muss der Vertrag ab dem Zeitpunkt des Wegfalls unter Anwendung des entsprechenden Tarifs auf eine Unfallversicherung für Erwachsene umgestellt werden.

2.2. Die Umstellung auf andere mögliche Unfallversicherungsformen (Unfallschutz für Partner) kann nur aufgrund eines vom Versicherungsnehmer gestellten Antrages erfolgen, wenn die Voraussetzungen dafür erfüllt sind.

2.3. Tritt ein auf die neue Berufstätigkeit, Beschäftigung oder besonders gefährliche Freizeitaktivitäten zurückzuführender Versicherungsfall ein, ohne dass eine Umstellung auf eine Unfallversicherung für Erwachsene oder einer anderen möglichen Unfallversicherungsform erfolgt ist, so werden die Leistungen des Versicherers in der Weise bemessen, dass dem Vertrag als Versicherungssummen jene Beträge zugrundegelegt werden, welche sich nach dem für die neue Berufstätigkeit bzw.

Beschäftigung bzw. besonders gefährlichen Freizeitaktivitäten erforderlichen Prämienätzen aufgrund der tatsächlichen in der Police berechneten Prämie ergeben.

3. Welche Sonderregelungen gelten für die Versicherungsleistungen?

3.1. Die Leistungen:

- Todesfall (Art. 8),
- Taggeld (Art. 9),

können nicht vereinbart werden.

3.2. Im Falle eines Unfalldes des Versicherten werden die angemessenen Kosten des Begräbnisses bis zur Höhe von 10% der für den Fall der dauernden Invalidität vereinbarten Versicherungssumme ersetzt.

3.3. Sind Nottransportkosten gemäß Art. 11a mitversichert, so ersetzt der Versicherer nach Maßgabe dieser Bestimmungen auch die Kosten eines mitreisenden Eltern- oder Großelternanteiles als Begleitperson.

3.4. Ist der Familienerhalter Versicherungsnehmer und Prämienzahler für den Versicherten, so können bei dessen Ableben während der Vertragsdauer die gesetzlichen Vertreter des Versicherten die prämienfreie Fortführung des Vertrages bis zum ursprünglich vereinbarten Ablauf nach folgender Maßgabe beantragen:

Prämienfreier Versicherungsschutz hinsichtlich der Leistung für dauernde Invalidität zur vereinbarten Vertragssumme, jedoch max. EUR 75.000,00 pro Versicherungsfall und insgesamt für alle Versicherungsfälle aus dieser Leistungsform bis zum vereinbarten Vertragsablauf. Die darüber hinausgehenden Leistungen bzw. Versicherungssummen können zu den vereinbarten Prämienätzen beibehalten oder einvernehmlich ausgeschlossen werden. Die Bestimmungen gemäß Art. 12, Pkt. 1 bis Pkt. 3 hinsichtlich der Voraussetzungen und deren Wegfall bleiben dadurch unberührt.

4. Die vorgenannten Bestimmungen finden für die gleichzeitig abgeschlossene Unfall-Rente (Art. 7e) keine Anwendung.

Artikel 12a

Was gilt für den Unfallschutz für Partner?

1. Zwingende Voraussetzungen für den Unfallschutz für Partner:

1.1. Neben dem Versicherungsnehmer muss der mitzuversichernde Partner im Antrag namentlich unter Anführung der persönlichen Daten (Geburtsdatum, Beruf, Arbeitshand, Gesundheitsfragen, etc.) genannt werden;

1.2. Für beide Partner ist die Versicherungsfähigkeit gemäß dieser Bedingungen gegeben.

2. Was gilt bei Wegfall der Voraussetzungen?

2.1. Entfällt eine dieser Voraussetzungen, muss der Vertrag ab dem Zeitpunkt des Wegfalles unter Anwendung des entsprechenden Tarifs auf eine Unfallversicherung für Erwachsene umgestellt werden.

2.2. Die Bestimmungen des Art. 20 (Änderung der Beschäftigung) finden sinngemäß Anwendung.

3. Welche Sonderregelungen gelten bei den Versicherungsleistungen?

3.1. Der Versicherungsschutz gilt im Rahmen der USVB für den Versicherungsnehmer und den im Antrag namentlich genannten und unterfertigten Partner.

3.2. Die in der Police vereinbarten Leistungen und Versicherungssummen (ausgenommen Taggeld) gelten für beide Personen zu je 100 %, wenn keine andere Regelung dokumentiert ist.

3.3. Taggeldeleistungen für den mitversicherten Partner erfolgen nur dann, wenn in der Police eine diesbezügliche Vereinbarung getroffen ist.

3.4. Sind Nottransportkosten gemäß Artikel 11a versichert, so ersetzt der Versicherer nach Maßgabe der genannten Bestimmungen auch die Kosten des Rücktransportes der mitversicherten Person als Begleitperson.

3.5. Wenn in der Police keine andere Vereinbarung getroffen wird, sind im Falle des Todes die beiden Partner gegenseitig bezugsberechtigt bzw. bei gleichzeitigem Todesfall, die gesetzlichen Erben.

4. Die gleichzeitig abgeschlossene Unfall-Rente (Art. 7e) gilt nur für die in der Police namentlich genannte Person.

Artikel 12b

Was gilt für den Unfallschutz für Familien?

1. Zwingende Voraussetzungen für den Unfallschutz für Familien:

1.1. Neben dem Versicherungsnehmer müssen der mitzuversichernde Partner und sämtliche mitzuversichernde Kinder im Antrag namentlich unter Anführung der persönlichen Daten (Geburtsdatum, Beruf, Arbeitshand, Gesundheitsfragen, etc.) genannt werden. Als Partner gilt der mit dem Versicherungsnehmer in häuslicher Gemeinschaft lebende Ehegatte oder Lebensgefährte. Als Kinder gelten leibliche Kinder, Stief- und Adoptivkinder des Versicherungsnehmers bzw. seines Partners bis zum vollendeten 19. Lebensjahr. Während der Wirksamkeit des Versicherungsschutzes geborene leibliche Kinder des Versicherungsnehmers sind ab dem Zeitpunkt der erfolgten Abnabelung (Durchtrennen der Nabelschnur) versichert. Sämtliche während der Wirksamkeit des Versicherungsschutzes neu mitversicherte leibliche-, stief- und adoptierte Kinder müssen dem Versicherer unter namentlicher Anführung der persönlichen Daten (Geburtsdatum, Gesundheitsfragen, etc.) genannt werden.

1.2. Für alle Versicherten ist die Versicherungsfähigkeit gemäß dieser Bedingungen gegeben.

2. Was gilt bei Wegfall der Voraussetzungen?

2.1. Entfällt eine dieser Voraussetzungen, muss der Vertrag ab dem Zeitpunkt des Wegfalles unter Anwendung des entsprechenden Tarifs auf eine Unfallversicherung für Erwachsene, Partner oder Kinder umgestellt werden.

2.2. Der Versicherungsschutz für Kinder endet mit Wegfall der Voraussetzungen, ohne dass es einer Kündigung bedarf.

2.3. Die Bestimmungen des Art. 20 (Änderung der Beschäftigung) finden sinngemäß Anwendung.

3. Welche Sonderregelungen gelten bei den Versicherungsleistungen?

3.1. Der Versicherungsschutz gilt im Rahmen der USVB für den Versicherungsnehmer, den Partner und die Kinder.

3.2. Die in der Police vereinbarten Leistungen und Versicherungssummen (ausgenommen Todesfall und Taggeld) gelten für alle versicherten Personen zu je 100 %, wenn keine andere Regelung dokumentiert ist. Die Leistungen für Todesfall (Art. 8) gelten nur für den Versicherungsnehmer und mitversicherten Partner zu je 100%. Die Leistungen für Todesfall (Art.8) können für Kinder nicht vereinbart werden. Im Falle eines Unfalltodes des versicherten Kindes werden die angemessenen Kosten des Begräbnisses bis zur Höhe von 10% der für den Fall der dauernden Invalidität vereinbarten Versicherungssumme ersetzt.

3.3. Taggeldleistungen für den mitversicherten Partner erfolgen nur dann, wenn in der Police eine diesbezügliche Vereinbarung getroffen ist. Die Leistungen für Taggeld (Art.9) können für Kinder nicht vereinbart werden.

3.4. Sind Nottransportkosten gemäß Artikel 11a versichert, so ersetzt der Versicherer nach Maßgabe der genannten Bestimmungen auch die Kosten des Rücktransportes einer mitversicherten Person als Begleitperson.

3.5. Wenn in der Police keine andere Vereinbarung getroffen wird, sind im Falle des Todes die beiden Partner gegenseitig bezugsberechtigt bzw. bei gleichzeitigem Todesfall, die gesetzlichen Erben.

4. Eine gleichzeitig abgeschlossene Unfall-Rente (Art. 7e) gilt für alle versicherten Person zu je 100%.

Artikel 13

Was leistet der Versicherer zusätzlich? (Sonder- und Zusatzleistungen)

1. Sonderleistungen

1.1. Prämienfreistellung für Präsenz- und Zivildienere:

Präsenzdienern wird ab erstmaligem Antritt des Grundwehrdienstes (gemäß § 28 Abs. 1 Wehrrechtsänderungsgesetz 1988, in der derzeit gültigen Fassung), Zivildienern ab erstmaligem Antritt des ordentlichen Zivildienstes (gemäß § 7 Zivildienstgesetz 1986, in der derzeit gültigen Fassung) aus den vereinbarten Leistungen für dauernde Invalidität und Todesfall prämienfreier Versicherungsschutz gewährt. Diese Freistellung gilt für die Dauer des Präsenz- bzw. Zivildienstes.

Bei Unterbrechung oder vorzeitiger Beendigung des Grundwehrdienstes oder des ordentlichen Zivildienstes endet die Prämienfreistellung mit dem Tag der Unterbrechung oder vorzeitigen Beendigung und lebt nicht wieder auf.

Diese einmalige Prämienfreistellung wird nur dann gewährt, wenn ein mindestens dreijähriger Versicherungsvertrag zum Zeitpunkt des erstmaligen Antrittes des Grundwehrdienstes oder des ordentlichen Zivildienstes bereits besteht oder zumindest gleichzeitig beantragt wird. Der Versicherungsnehmer muss die Prämienfreistellung unter Angabe der genauen Dauer (Beginn und voraussichtliches Ende) des Präsenz- oder Zivildienstes schriftlich verlangen.

Sind außer den Leistungen für dauernde Invalidität und den Todesfall noch weitere Leistungen versichert (z.B.: Taggeld, Spitalgeld, Unfallkosten), besteht hinsichtlich dieser für die Dauer der Prämienfreistellung kein Versicherungsschutz.

1.2. Kinderlähmung, Frühsommer-Meningoencephalitis und Lyme-Borreliose

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf die Folgen der Kinderlähmung und der durch Zeckenbiss übertragenen Frühsommer-Meningoencephalitis, bzw. Lyme-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, Frühsommer-Meningoencephalitis oder Lyme-Borreliose diagnostizierten Krankheit zu Rate gezogen wurde.

2. Zusatzleistungen

Der Versicherer übernimmt die erforderlichen Kosten, die durch die Erfüllung der in Art. 21, Pkt. 2 bestimmten Obliegenheiten entstehen.

Ausgenommen bleiben hiervon Kosten nach Art. 21, Pkt. 2.4.

Artikel 14

Wann ist die Leistung fällig? Wann tritt Verjährung ein?

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 beibringen muss.
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. Steht die Leistungspflicht des Versicherers dem Grunde und der Höhe nach fest, ist die Leistung fällig.
4. Die Fälligkeit der Leistung des Versicherers tritt ebenfalls ein, wenn der Versicherungsnehmer nach Ablauf zweier Monate seit dem Begehren nach einer Geldleistung eine Erklärung des Versicherers verlangt, aus welchen Gründen die Erhebungen noch nicht beendet werden konnten, und der Versicherer diesem Verlangen nicht binnen eines Monats entspricht.
5. Für die Verjährung gilt § 12 VersVG.

Artikel 15

Was geschieht bei Meinungsverschiedenheiten? (Beziehung d. Ärztekommision)

1. Im Fall von Meinungsverschiedenheiten über Art und Umfang der Unfallfolgen oder darüber, in welchem Umfang die eingetretene Beeinträchtigung auf den Versicherungsfall zurückzuführen ist, oder über die Beeinflussung der Unfallfolgen durch Krankheit oder Gebrechen sowie im Falle des Art. 7, Pkt. 6, entscheidet die Ärztekommision.
2. Bei Meinungsverschiedenheiten, die nach Pkt. 1 der Ärztekommision zur Entscheidung vorbehalten sind, 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 Ärztestelle eingetragenen Arzt. Wenn ein Vertragsteil innerhalb zweier Wochen nach schriftlicher Aufforderung keinen Arzt benennt, wird dieser von der Ärztekammer bestellt, die für den Wohnsitz des Versicherten zuständig ist.

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 Ärztekammer als Obmann bestellt, die für den Wohnsitz des Versicherten zuständig ist.

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 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. 6 trägt die Kosten, wer die Neuaufstellung verlangt hat.

Der Anteil der Kosten, die der Versicherungsnehmer zu tragen hat, ist mit 5 % der für Tod und Invalidität zusammen versicherten Summe, höchstens jedoch mit 25 % des strittigen Betrages, begrenzt.

ABSCHNITT C: BEGRENZUNGEN DES VERSICHERUNGSSCHUTZES

Artikel 16

Wer kann nicht versichert werden?

1. Unversicherbar und jedenfalls nicht versichert sind Personen, die dauernd vollständig arbeitsunfähig oder von schweren 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. Personen, bei denen nach den Bestimmungen des Art. 7 eine 100%ige Invalidität gegeben ist, gelten jedenfalls als nicht versicherbar.

2. Für unversicherbare Personen 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

Welche Unfälle sind ausgeschlossen?

Ausgeschlossen von der Versicherung sind Unfälle

1. bei der Benutzung von Luftfahrtgeräten, bei Fallschirmabsprünge und bei der Benutzung von Luftfahrzeugen, soweit sie nicht unter die Bestimmung des Art. 3, Pkt. 5 fällt;
2. bei Beteiligung an motorsportlichen Wettbewerben (auch Wertungsfahrten und Rallies) und den dazugehörigen Trainingsfahrten, wenn bei diesen Wettbewerben die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten mitentscheidend ist.
3. beim Versuch oder der Begehung gerichtlich strafbarer Handlungen durch den Versicherten, für die Vorsatz ein Tatbestandsmerkmal ist;
4. die unmittelbar oder mittelbar mit Kriegsereignissen jeder Art zusammenhängen;
5. durch Innere Unruhen, wenn der Versicherte daran auf seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;
6. die mittelbar oder unmittelbar
 - durch den Einfluss ionisierender Strahlen im Sinne des Strahlenschutzgesetzes (BGBl. Nr. 277/1969) in der jeweils geltenden Fassung und
 - durch Kernenergieverursacht werden;
7. infolge einer wesentlichen Beeinträchtigung des Versicherten in seiner psychischen Leistungsfähigkeit durch Alkohol, Suchtgifte oder Medikamente;
8. durch körperliche Schädigung bei Heilmaßnahmen und Eingriffen, die der Versicherte an seinem Körper vornimmt oder vornehmen lässt. Soweit jedoch ein Versicherungsfall hiezu der Anlass war, findet dieser Ausschluss und Pkt. 6 keine Anwendung.

Artikel 18

Welche sachlichen Begrenzungen des Versicherungsschutzes gibt es?

1. Eine Versicherungsleistung wird nur für die durch den eingetretenen Unfall hervorgerufenen Folgen (körperliche Schädigung oder Tod) erbracht. Herzinfarkt oder Schlaganfall gelten in keinem Fall als Unfallsfolge.
2. Wenn durch den Unfall eine körperliche oder geistige Funktion betroffen ist, die schon vorher beeinträchtigt war, wird bei der Bemessung des Invaliditätsgrades ein Abzug in Höhe einer Vorinvalidität vorgenommen.
Die Vorinvalidität wird nach Art. 7, Punkte 2. und 3. bemessen.
3. Haben Krankheiten oder Gebrechen, die schon vor dem Unfall bestanden haben, den Eintritt des Unfalls und/oder die Unfallfolgen beeinflusst, ist die Leistung entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens zu kürzen, sofern dieser Anteil mindestens 25% beträgt.

4. Für organisch bedingte Störungen des Nervensystems wird eine Leistung nur erbracht, wenn und soweit diese Störung auf eine durch den Unfall verursachte organische Schädigung zurückzuführen ist.
Seelische Fehlhaltungen (Neurosen, Psychoneurosen) gelten nicht als Unfallfolgen.

5. Für Bandscheibenhernien wird eine Leistung nur erbracht, wenn sie durch direkte mechanische Einwirkung auf die Wirbelsäule entstanden sind und es sich nicht um eine Verschlimmerung von vor dem Unfall bestandenen Krankheitserscheinungen handelt.

6. Für Bauch- und Unterleibsbrüche jeder Art wird eine Leistung nur erbracht, wenn sie durch eine von außen kommende mechanische Einwirkung direkt herbeigeführt worden sind und nicht anlagenbedingt waren.

7. Netzhautablösungen und deren Folgen begründen keine Leistungspflicht des Versicherers bei Sehbehinderungen mit mehr als 8 Dioptrien.

ABSCHNITT D: PFLICHTEN DES VERSICHERUNGSNEHMERS

Artikel 19

Wann ist die Prämie zu bezahlen?

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

Wird Ratenzahlung vereinbart, so hat der Versicherer gleichwohl mit Beginn des Versicherungsjahres, bei aufrehtem Vertrag, Anspruch auf die gesamte Jahresprämie. Die nach der 1. Prämienrate zu zahlenden Raten sind bis zu den in der Ratenvereinbarung festgelegten Fälligkeitsterminen gestundet.

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

Artikel 20

Was ist bei der Änderung des Berufes, der Beschäftigung sowie besonders gefährlicher Freizeitaktivitäten zu beachten?

Veränderungen des im Antrag angegebenen Berufes, Beschäftigung oder im Antrag anzugebende besonders gefährliche Freizeitaktivitäten des Versicherten müssen dem Versicherer unverzüglich schriftlich gemeldet werden. Einberufungen zum ordentlichen Präsenzdienst, zum Zivildienst oder zu kurzfristigen militärischen Reserveübungen gelten nicht als Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung.

- Ergibt sich für die neue Berufstätigkeit, Beschäftigung oder die besonders gefährliche Freizeitaktivitäten des Versicherten nach dem zur Zeit der Veränderung gültigen Tarif des Versicherers eine niedrigere Prämie, so ist vom Zugang der Meldung an nur diese Prämie zu bezahlen.
- Ergibt sich eine höhere Prämie, so bleibt ab dem Zeitpunkt, zu welchem dem Versicherer die Meldung hätte zugehen müssen, auch für die neue Berufstätigkeit, Beschäftigung oder besonders gefährlichen Freizeitaktivitäten der volle Versicherungsschutz auf die Dauer von 3 Monaten aufrecht.
- Tritt ein auf die neue Berufstätigkeit, Beschäftigung oder besonders gefährlichen Freizeitaktivitäten 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 dem für die neue Berufstätigkeit bzw. Beschäftigung bzw. besonders gefährlichen Freizeitaktivitäten erforderlichen Prämienätzen aufgrund der tatsächlichen in der Police berechneten Prämie ergeben.
- Bietet der Versicherer für die neue Berufstätigkeit, Beschäftigung oder besonders gefährlichen Freizeitaktivitäten grundsätzlich keinen Versicherungsschutz an, finden die Bestimmungen der §§ 23 ff. VersVG (Gefahrenerhöhung) Anwendung.

Artikel 21

Was ist vor und nach Eintritt eines Versicherungsfalles zu beachten bzw. zu tun? (Obliegenheiten)

1. Obliegenheiten vor Eintritt des Versicherungsfalles

Als Obliegenheit gilt, 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.

Die Verletzung dieser Obliegenheit bewirkt die Leistungsfreiheit des Versicherers gemäß § 6 Abs. 2 VersVG.

2. Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalles

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

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

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

2.3. Dem Versicherer ist das Recht einzuräumen, die Leiche durch Ärzte zu besichtigen, auch öffnen und nötigenfalls exhumieren zu lassen.

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

2.5. Das vom Versicherer zugesandte Formular für Unfallanzeigen ist nach Erhalt ohne Verzug ausgefüllt zurückzusenden. Außerdem sind dem Versicherer alle verlangten sachdienlichen Auskünfte zu erteilen.

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

2.7. Die mit dem Unfall befassten Behörden sind zu ermächtigen und zu veranlassen, die vom Versicherer verlangten Auskünfte zu erteilen.

2.8. Der Versicherer kann verlangen, dass sich der Versicherte durch die vom Versicherer genannten Ärzte untersuchen lässt.

2.9. Ist Spitalgeld versichert und wird der Versicherte in ein Spital (Art. 10, Pkt. 2) eingewiesen, muss dem Versicherer nach der Entlassung eine Bescheinigung der Spitalverwaltung zur Verfügung gestellt werden. Diese muss den vollen Vor- und Zunamen des Versicherten, das Geburtsdatum, den Spitalsaufnahme- und Entlassungstag und die Diagnose enthalten.

2.10. Sind Unfallkosten versichert, müssen dem Versicherer die Originalbelege überlassen werden. Sind Nottransportkosten versichert, muss die vom Versicherer bezeichnete Organisation unverzüglich telefonisch oder telegrafisch verständigt und ihren Veranlassungen Folge geleistet werden.

ABSCHNITT E: SONSTIGE VERTRAGSBESTIMMUNGEN

Artikel 22

Was ist die Versicherungsperiode und wie regelt sich die Vertragsdauer?

1. Versicherungsperiode

Als Versicherungsperiode gilt der Zeitraum eines Jahres, wenn der Versicherungsvertrag nicht für eine kürzere Zeit abgeschlossen ist. Dies gilt auch dann, wenn die Jahresprämie vertragsgemäß in Teilbeträgen entrichtet wird.

2. Vertragsdauer

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

Artikel 23

Wann und unter welchen Voraussetzungen kann gekündigt werden?

Wann erlischt der Vertrag ohne Kündigung?

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 Vertragsleistung arglistig erhoben hat.

Die Kündigung ist vorzunehmen innerhalb eines Monats

- nach Anerkennung dem Grunde nach;

- nach erbrachter Versicherungsleistung;
- nach Ablehnung des arglistig erworbenen Anspruches auf Versicherungsleistung;
Die Kündigung kann unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist erfolgen. Hat der Versicherungsnehmer einen Anspruch arglistig erhoben, kann der Versicherer mit sofortiger Wirkung kündigen.

1.3. Dem Versicherer gebührt die auf die abgelaufene Vertragszeit entfallende Prämie.

2. Erlischt der Vertrag, weil der Versicherte unversicherbar im Sinne des Art. 16 geworden ist oder wird der Vertrag vorzeitig aufgelöst, so gebührt dem Versicherer die Prämie nur für die bis dahin verstrichene Vertragslaufzeit.

3. Hat der Versicherer mit Rücksicht auf die vereinbarte Vertragszeit eine Ermäßigung der Prämie gewährt, 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, in dem er tatsächlich bestanden hat, geschlossen worden wäre.

Artikel 24

Wem steht die Ausübung der Rechte aus dem Vertrag zu? Wer hat die Pflichten aus dem Vertrag zu erfüllen?

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 so 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 25

Wo können Ansprüche aus dem Vertrag gerichtlich geltend gemacht werden?

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.

Artikel 26

Wie sind Erklärungen abzugeben?

Alle Mitteilungen und Erklärungen sind nur in schriftlicher Form verbindlich.

ANHANG

Wesentliche gesetzliche Bestimmungen, welche auf den Versicherungsvertrag Anwendung finden; Rententafel.

A: VERSICHERUNGSVERTRAGSGESETZ

§ 5b (1) Gibt der Versicherungsnehmer seine schriftliche Vertragserklärung dem Versicherer oder seinem Beauftragten persönlich ab, so hat dieser ihm unverzüglich eine Kopie dieser Vertragserklärung auszuhändigen.

(2) Hat der Versicherungsnehmer die Versicherungsbedingungen einschließlich der Bestimmungen über die Festsetzung der Prämie, soweit sie nicht im Antrag bestimmt ist, und über vorgesehene Änderungen der Prämie nicht vor Abgabe seiner Vertragserklärung oder hat er entgegen Abs. 1 keine Kopie seiner Vertragserklärung erhalten, so kann er binnen zweier Wochen vom Vertrag zurücktreten; der Beweis der rechtzeitigen Ausfolgung dieser Urkunden obliegt dem Versicherer. Die Rücktrittsfrist beginnt erst zu laufen, wenn dem Versicherungsnehmer der Versicherungsschein und die Versicherungsbedingungen ausgefolgt worden sind und er über sein Rücktrittsrecht belehrt worden ist.

Der Rücktritt bedarf zu seiner Rechtswirksamkeit der Schriftform; es genügt, wenn die Erklärung innerhalb der Frist abgesendet wird. Das Rücktrittsrecht erlischt spätestens einen Monat nach Zugang des Versicherungsscheins einschließlich einer Belehrung über das Rücktrittsrecht. Hat der Versicherer vorläufige Deckung gewährt, so gebührt ihm hierfür die ihrer Dauer entsprechende Prämie.

(3) Das Rücktrittsrecht gilt nicht, wenn die Vertragslaufzeit weniger als sechs Monate beträgt.

§ 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.

(1a) Bei der Verletzung einer Obliegenheit, die dem Versicherungsvertrag zugrundeliegende Äquivalenz zwischen Risiko und Prämie aufrechterhalten soll, tritt die vereinbarte Leistungsfreiheit außerdem nur in dem Verhältnis ein, indem 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.

(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.

(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.

§ 10 (1) Hat der Versicherungsnehmer seine Wohnung geändert, die Änderung aber dem Versicherer nicht mitgeteilt, so genügt für eine Willenserklärung, die dem Versicherungsnehmer gegenüber abzugeben ist, die Absendung eines eingeschriebenen Briefes nach der letzten dem Versicherer bekannten Wohnung. Die Erklärung wird in dem Zeitpunkt wirksam, in welchem sie ohne die Wohnungsänderung bei regelmäßiger Beförderung dem Versicherungsnehmer zugegangen wäre.

(2) Hat der Versicherungsnehmer die Versicherung in seinem Gewerbebetrieb genommen, so sind bei einer Verlegung der gewerblichen Niederlassung die Vorschriften des Abs. 1 entsprechend anzuwenden.

§ 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 bekannt geworden ist; ist dem Dritten dieses Recht nicht bekannt geworden, 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 zugrunde gelegten Tatsache und gesetzlichen oder vertraglichen Bestimmung begründet ist. Nach zehn Jahren tritt jedoch 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 dem 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 Anspruches gehindert ist, gehemmt.

§ 16 (1) Der Versicherungsnehmer hat beim Abschluss des Vertrages alle ihm bekannten Umstände, die für die Übernahme der Gefahr erheblich sind, dem Versicherer anzuzeigen. Erheblich sind jene Gefahrumstände, die geeignet sind, auf den Entschluss des Versicherers, den Vertrag überhaupt oder zu den vereinbarten Bestimmungen abzuschließen, einen Einfluss auszuüben. Ein Umstand, nach welchem der Versicherer ausdrücklich und schriftlich gefragt hat, gilt im Zweifel als erheblich.

(2) Ist dieser Vorschrift zuwider die Anzeige eines erheblichen Umstandes unterblieben, so kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten. Das Gleiche gilt, wenn die Anzeige eines erheblichen Umstandes deshalb unterblieben ist, weil sich der Versicherungsnehmer der Kenntnis des Umstandes arglistig entzogen hat.

(3) Der Rücktritt ist ausgeschlossen, wenn der Versicherer den nicht angezeigten Umstand kannte. Er ist auch ausgeschlossen, wenn die Anzeige ohne Verschulden des Versicherungsnehmers unterblieben ist; hat jedoch der Versicherungsnehmer einen Umstand nicht angezeigt, nachdem der Versicherer nicht ausdrücklich und genau umschrieben gefragt hat, so kann dieser vom Vertrag nur dann zurücktreten, wenn die Anzeige vorsätzlich oder grob fahrlässig unterblieben ist.

§ 17 (1) Der Versicherer kann vom Vertrag auch dann zurücktreten, wenn über einen erheblichen Umstand eine unrichtige Anzeige gemacht ist.

(2) Der Rücktritt ist ausgeschlossen, wenn die Unrichtigkeit dem Versicherer bekannt war oder die Anzeige ohne Verschulden des Versicherungsnehmers unrichtig gemacht worden ist.

§ 18 Hatte der Versicherungsnehmer die Gefahrumstände an der Hand schriftlicher, vom Versicherer gestellter Fragen anzuzeigen, so kann der Versicherer wegen unterbliebener Anzeige eines Umstandes, nach dem nicht ausdrücklich und genau umschrieben gefragt worden ist, nur im Falle arglistiger Verschweigung zurücktreten.

§ 19 Wird der Vertrag von einem Bevollmächtigten oder von einem Vertreter ohne Vertretungsmacht abgeschlossen, so kommt für das Rücktrittsrecht des Versicherers nicht nur die Kenntnis und die Arglist des Vertreters, sondern auch die Kenntnis und die Arglist des Versicherungsnehmers in Betracht. Der Versicherungsnehmer kann sich darauf, dass die Anzeige eines erheblichen Umstandes ohne Verschulden unterblieben oder unrichtig gemacht ist, nur berufen, wenn weder dem Vertreter noch ihm selbst ein Verschulden zur Last fällt.

§ 20 (1) Der Rücktritt ist nur innerhalb eines Monats zulässig. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, in welchem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erlangt.

(2) Der Rücktritt ist gegenüber dem Versicherungsnehmer zu erklären. Im Falle des Rücktrittes sind, soweit dieses Bundesgesetz nicht in Ansehung der Prämie etwas anderes bestimmt, beide Teile verpflichtet, einander die empfangenen Leistungen zurückzugewähren; eine Geldsumme ist von dem Zeitpunkt des Empfanges an zu verzinsen.

§ 21 Tritt der Versicherer zurück, nachdem der Versicherungsfall eingetreten ist, so bleibt seine Verpflichtung zur Leistung gleichwohl bestehen, wenn der Umstand, in Ansehung dessen die Anzeigepflicht verletzt ist, keinen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalles oder soweit er keinen Einfluss auf den Umfang der Leistung des Versicherers gehabt hat.

§ 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 der §§ 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.

§ 31 (1) Liegen die Voraussetzungen, unter denen der Versicherer nach den Vorschriften dieses Kapitels zum Rücktritt oder zur Kündigung berechtigt ist, nur für einen Teil der Gegenstände oder Personen vor, auf die sich die Versicherung bezieht, so steht dem Versicherer das Recht des Rücktritts oder der Kündigung für den übrigen Teil nur zu, wenn anzunehmen ist, dass für diesen allein der Versicherer den Vertrag unter den gleichen Bestimmungen nicht geschlossen hätte.

(2) Macht der Versicherer von dem Recht des Rücktrittes oder der Kündigung für einen Teil der Gegenstände oder Personen Gebrauch, so ist der Versicherungsnehmer berechtigt, das Versicherungsverhältnis für den übrigen Teil zu kündigen; die Kündigung kann jedoch nicht für einen späteren Zeitpunkt als den Schluss der Versicherungsperiode erklärt werden, in welcher der Rücktritt des Versicherers oder seine Kündigung wirksam wird.

(3) Liegen die Voraussetzungen, unter denen der Versicherer wegen einer Verletzung der Vorschriften über die Erhöhung der Gefahr von der Verpflichtung zur Leistung frei ist, für einen Teil der Gegenstände oder Personen vor, auf die sich die Versicherung bezieht, so ist die Vorschrift des Abs. 1 auf die Befreiung entsprechend anzuwenden.

§ 38 (1) Ist die erste oder einmalige Prämie innerhalb von 14 Tagen nach dem Abschluss des Versicherungsvertrags 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 Versicherungsfalls 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 die 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 dem Ablauf der Zahlungsfrist die Zahlung nachholt, sofern nicht der Versicherungsfall bereits eingetreten ist.

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

§ 39a Ist der Versicherungsnehmer bloß mit nicht mehr als 10 vH der Jahresprämie, höchstens aber mit EUR 60,00 im Verzug, so tritt eine im § 38 oder § 39 vorgesehene Leistungsfreiheit des Versicherers nicht ein.

§ 75 (1) Bei der Versicherung für fremde Rechnung stehen die Rechte aus dem Versicherungsvertrag dem Versicherten zu. Die Aushändigung eines Versicherungsscheines kann jedoch nur der Versicherungsnehmer verlangen.

(2) Der Versicherte kann ohne Zustimmung des Versicherungsnehmers über seine Rechte nur dann verfügen und diese Rechte nur dann gerichtlich geltend machen, wenn er im Besitz eines Versicherungsscheines ist.

§ 76 (1) Der Versicherungsnehmer kann über die dem Versicherten aus dem Versicherungsvertrag zustehenden Rechte im eigenen Namen verfügen.

(2) Ist ein Versicherungsschein ausgestellt, so ist der Versicherungsnehmer ohne Zustimmung des Versicherten nur dann zur Annahme der Zahlung und zur Übertragung der Rechte des Versicherten befugt, wenn er im Besitz des Scheines ist.

(3) Der Versicherer ist zur Zahlung an den Versicherungsnehmer nur verpflichtet, wenn dieser ihm gegenüber nachweist, dass der Versicherte seine Zustimmung zur Versicherung erteilt hat.

§ 77 Der Versicherungsnehmer ist nicht verpflichtet, dem Versicherten oder falls über das Vermögen des Versicherten der Konkurs eröffnet ist, der Konkursmasse den Versicherungsschein auszuliefern, bevor er wegen der ihm gegen den Versicherten in bezug auf die versicherte Sache zustehenden Ansprüche befriedigt ist.

Er kann sich für diese Ansprüche aus der Entschädigungsforderung gegen den Versicherer und nach der Einziehung der Forderung aus der Entschädigungssumme vor dem Versicherten und dessen Gläubigern befriedigen.

§ 78 Soweit nach den Vorschriften dieses Bundesgesetzes die Kenntnis und das Verhalten des Versicherungsnehmers von rechtlicher Bedeutung ist, kommt bei der Versicherung für fremde Rechnung auch die Kenntnis und das Verhalten des Versicherten in Betracht.

§ 79 (1) Auf die Kenntnis des Versicherten kommt es nicht an, wenn der Vertrag ohne sein Wissen abgeschlossen worden ist oder eine rechtzeitige Benachrichtigung des Versicherungsnehmers nicht tunlich war.

(2) Hat der Versicherungsnehmer den Vertrag ohne Auftrag des Versicherten abgeschlossen und beim Abschluss das Fehlen des Auftrages dem Versicherer nicht angezeigt, so braucht dieser die Einwendung, dass der Vertrag ohne Wissen des Versicherten abgeschlossen worden ist, nicht gegen sich gelten lassen.

B: RENTENTAFEL

auf Grund der österreichischen Sterbetafel MÖ 1930/33 und eines Zinsfußes von jährlich 3 % (Art. 7, Pkt. 8).

Jahresbetrag der monatlich im voraus zahlbaren lebenslangen Rente für eine kapitalmäßige Berechnungsgrundlage von EUR 1.000,00.

Alter	75	76	77	78	79	80
Jahres- rente in EUR	177,94	188,01	193,85	210,48	223,06	236,57