

75T - ALLGEMEINE BEDINGUNGEN FÜR DIE ÄRZTE-UNFALLSCHUTZVERSICHERUNG VOLLSCHUTZ

(Fassung 2005)

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 11c gelten nur bei Vereinbarung der entsprechenden Leistungsform.

- Artikel 7 Was gilt bei vereinbarter Leistung für dauernde Invalidität?
- 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 10a Was gilt zusätzlich bei vereinbarter Leistung Genesungsgeld?
- Artikel 11 Was gilt bei vereinbarter Leistung Unfallkosten?
- Artikel 11a Was gilt zusätzlich bei vereinbarter Leistung Nottransportkosten?
- Artikel 11b Was gilt bei vereinbarter Leistung für Meniskusschäden?
- Artikel 11c Was gilt bei vereinbarter Leistung, Bergrettungskosten für Hubschraubertransporte?
- Artikel 12 Was leistet der Versicherer zusätzlich (Sonder- und Zusatzleistungen)?
- Artikel 13 Wann ist die Leistung fällig? Wann tritt die Verjährung ein?
- Artikel 14 Was geschieht bei Meinungsverschiedenheiten? (Beziehung der Ärztekommision)

Abschnitt C: BEGRENZUNGEN DES VERSICHERUNGSSCHUTZES

- Artikel 15 Wer kann nicht versichert werden?
- Artikel 16 Welche Unfälle sind ausgeschlossen?
- Artikel 17 Welche sachlichen Begrenzungen des Versicherungsschutzes gibt es?

Abschnitt D: PFLICHTEN DES VERSICHERUNGSNEHMERS

- Artikel 18 Wann ist die Prämie zu bezahlen?
- Artikel 19 Was ist bei Änderung des Berufes oder der Beschäftigung zu beachten?
- Artikel 20 Was ist vor und nach Eintritt eines Versicherungsfalles zu beachten bzw. zu tun?(Obliegenheiten)

Abschnitt E: SONSTIGE VERTRAGSBESTIMMUNGEN

- Artikel 21 Was ist die Versicherungsperiode und wie regelt sich die Vertragsdauer?
- Artikel 22 Wann und unter welchen Voraussetzungen kann gekündigt werden? Wann erlischt der Vertrag ohne Kündigung?
- Artikel 23 Wem steht die Ausübung der Rechte aus dem Vertrag zu? Wer hat die Pflichten aus dem Vertrag zu erfüllen?
- Artikel 24 Wo können Ansprüche aus dem Vertrag gerichtlich geltend gemacht werden?
- Artikel 25 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. In der Polizza werden vom Abschnitt B nur jene Bedingungsstellen (Art. 7 bis Art. 11c) angeführt, die für den vereinbarten Versicherungsschutz Gültigkeit haben.

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, die Lyme-Borreliose und Infektionen im Rahmen der Bestimmungen des Art. 12 sowie Wundstarrkrampf und Tollwut, verursacht durch einen Unfall gemäß Pkt. 1.
4. Der Versicherungsschutz bezieht sich auch auf die Folgen von Unfällen, die durch einen Herzinfarkt oder Schlaganfall des Versicherten herbeigeführt wurden, nicht jedoch auf Herzinfarkte oder Schlaganfälle als Folge eines Unfalles (siehe auch Art. 17, 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 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 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 Polizze (Art. 18), 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 Polizze 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 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. 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.

Bei nachgewiesener Berufsunfähigkeit, seinen - in der Polizze dokumentierten - ärztlichen Beruf auszuüben, werden 200% der vereinbarten Versicherungssumme für dauernde Invalidität geleistet, sofern sich bei Anwendung der nachstehenden Gliedertaxe keine höhere Leistung ergibt.

2. Für die Bemessung des Invaliditätsgrades gilt folgende Bestimmung:

2.1 bei völligem Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit

- eines Armes oder einer Hand...100%
- eines Daumens...80%
- eines Zeigefingers...80%
- eines anderen Fingers...20%
- eines Beines oder eines Fußes...80%
- einer großen Zehe...8%
- einer anderen Zehe...3%
- der Sehkraft beider Augen...100%
- der Sehkraft eines Auges...80%
- 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%

Für Chirurgen, Gynäkologen, Zahnärzte:

- eines Mittelfinger...80%

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 mehr als 50 % und weniger als 100 %, dann wird für den 50 % übersteigenden Anteil des Invaliditätsgrades die doppelte Leistung erbracht.

Beträgt der festgestellte Invaliditätsgrad 100 % oder mehr, dann werden 300 % 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. 13, 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.

9. Für einen unfallbedingten stationären Aufenthalt in einem Spital gem. Pkt. 9.1 wird innerhalb von 2 Jahren ab dem Unfalltag eine Sondervergütung ausbezahlt.

Diese beträgt bei einer Aufenthaltsdauer von

- mindestens 8 Tagen: 0,50%
- mindestens 15 Tagen: 0,75%

mindestens 21 Tagen: 1,00%
der vereinbarten Versicherungssumme für dauernde Invalidität. Mehrere stationäre Spitalsaufenthalte wegen desselben Unfalles werden wie ein ununterbrochener Spitalsaufenthalt gewertet.

9.1. Als Spitäler gelten Krankenanstalten und Sanatorien, die sanitätsbehördlich genehmigt sind, unter ständiger ärztlicher Leitung und Betreuung stehen und sich nicht auf die Anwendung bestimmter Handlungsmethoden beschränken, sowie Rehabilitationszentren der Sozialversicherungsträger, Werksspitäler und Krankenreviers 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 Geistesranke.

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

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.

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 10a

Was gilt zusätzlich bei vereinbarter Leistung Genesungsgeld?

1. Genesungsgeld wird im Anschluss an den unfallbedingten Spitalaufenthalt für die gleiche Anzahl von Tagen, für die das Spitalgeld gezahlt wird, höchstens jedoch für 100 Tage in folgender Höhe ausbezahlt:
für den 1. bis 10. Tag: 100%
für den 11. bis 20. Tag 50%
für den 21. bis 100. Tag 25%
des versicherten Spitalgeldes.
2. Mehrere stationäre Spitalaufenthalte wegen desselben Unfalles werden wie ein ununterbrochener Spitalaufenthalt gewertet.

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 (Spitales) 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.

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 vereinbarter 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 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. 17, Pkt. 2 findet auf Meniskusschäden keine Anwendung.

Artikel 11c

Was gilt bei vereinbarter Leistung Bergrettungskosten für Hubschraubertransporte?

Der Versicherungsschutz erstreckt sich nach Sport- und Freizeitunfällen am Berg auf die notwendigen Kosten eines Rettungstransportes mittels Hubschraubers bis zum Höchstbetrag von EUR 7.500,- in jedem Versicherungsfall.

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.

Nach Eintritt des Versicherungsfalles müssen dem Versicherer die Originalbelege hinsichtlich der Kosten überlassen werden.

Kein Versicherungsschutz besteht für Unfälle bei einer entgeltlich ausgeübten sportlichen Betätigung. Entgeltlichkeit liegt vor, wenn der Versicherte mehr als einen bloßen Spesenersatz erhält.

Artikel 12

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

1. Sonderleistungen

1.1 Prämienfreistellung für Präsenz- und Zivildienstler

Präsenzdienern wird ab erstmaligem Antritt des Grundwehrdienstes (gemäß § 28 Abs. 1 Wehrrechtsänderungsgesetz 1988), Zivildienstern ab erstmaligem Antritt des ordentlichen Zivildienstes (gemäß § 7 Zivildienstgesetz 1986) aus den vereinbarten Leistungen für dauernde Invalidität und Todesfall prämienfreier Versicherungsschutz gewährt. Diese Freistellung gilt bei Präsenzdienern maximal acht Monate, bei Zivildienstern maximal zehn Monate.

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, Genesungsgeld, 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.

1.3 Infektionen

Es gelten als Unfälle auch solche in Ausübung der versicherten Berufstätigkeit entstandene Infektionen (nicht aber Infektionskrankheiten), die durch plötzliches Eindringen infektiöser Massen in Auge, Mund oder Nase hervorgerufen werden.

Anhauchen, Anniesen oder Anhusten erfüllen den Tatbestand des plötzlichen Eindringens nicht; Anhusten nur dann, wenn durch einen Hustenstoß eines Diphtheriekranken infektiöse Massen in Auge, Mund oder Nase geschleudert werden.

Die Erkrankung an Aids bleibt vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

2. Zusatzleistungen

Der Versicherer übernimmt die erforderlichen Kosten, die durch die Erfüllung der in Art. 20, Pkt. 2 bestimmten Obliegenheiten entstehen. Ausgenommen bleiben hiervon Kosten nach Art. 20, Pkt. 2.4.

Artikel 13

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 Vers.VG.

Artikel 14

Was geschieht bei Meinungsverschiedenheiten? (Beiziehung der 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. 13, 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 15

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 16

Welche Unfälle sind ausgeschlossen?

Ausgeschlossen von der Versicherung sind Unfälle

1. bei der Benutzung von Luftfahrtgeräten, bei Fallschirmabsprüngen 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 Rallyes) 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 Kernenergie verursacht 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 seinen Körper vornimmt oder vornehmen lässt. Soweit jedoch ein Versicherungsfall hiezu der Anlass war, findet dieser Ausschluss und Pkt. 6 keine Anwendung.

9. Terror-Ausschluss

Ausgeschlossen vom Versicherungsschutz sind jegliche Art von Schäden, Verlusten, Kosten oder Aufwendungen, die direkt oder indirekt verursacht werden von, sich ergeben aus oder im Zusammenhang stehen mit jeglicher Art von Terrorakten.

Terrorakte sind jegliche Handlungen von Personen oder Personengruppen zur Erreichung politischer, ethnischer, religiöser, ideologischer oder ähnlicher Ziele, die geeignet sind, Angst oder Schrecken in der Bevölkerung oder Teilen der Bevölkerung zu verbreiten und dadurch auf eine Regierung oder staatliche Einrichtung Einfluss zu nehmen.

Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind auch jegliche Art von Schäden, Verlusten, Kosten der Aufwendungen, die direkt oder indirekt verursacht werden von, sich ergeben aus oder im Zusammenhang stehen mit Handlungen, die zur Eindämmung, Vorbeugung oder Unterdrückung von Terrorakten ergriffen werden oder sich in irgendeiner Weise darauf beziehen.

Artikel 17

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 18

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 Polizze oder einer gesonderten Annahmeerklärung) und nach der Aufforderung zur Prämienzahlung zu bezahlen (Einlösung der Polizze).

Die Folgeprämien einschließlich Gebühren und Versicherungssteuer sind zu den vereinbarten Fälligkeitsterminen zu entrichten. Wird Ratenzahlung vereinbart, hat der Versicherer gleichwohl mit Beginn des Versicherungsjahres, bei aufrechtem 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 19

Was ist bei der Änderung des Berufes oder der Beschäftigung zu beachten?

Veränderungen des im Antrag angegebenen Berufes oder der im Antrag angegebenen Beschäftigung 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 oder Beschäftigung 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 der volle Versicherungsschutz auf die Dauer von 3 Monaten aufrecht.
- 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, 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 erforderlichen Prämiensätzen 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 (Gefahrenerhöhung) Anwendung.

Artikel 20

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, 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 21

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 22

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. 14);
- nach Fälligkeit der Versicherungsleistung bei Verzögerung der Anerkennung (Art. 13).

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. 15 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 23

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, 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 24

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, ihren Sitz im Inland haben.

Artikel 25

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, 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, 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, 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 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, 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, 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, verjähren seine Ansprüche erst nach zehn Jahren.

(2) Ist ein Anspruch des Versicherungsnehmers beim Versicherer angemeldet worden, 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, 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, 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 Versicherungsnehmers unrichtig gemacht worden ist.

§18 Hatte der Versicherungsnehmer die Gefahrumstände an der Hand schriftlicher, vom Versicherer gestellter Fragen anzuzeigen, 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, 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, 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, hat er dem Versicherer unverzüglich Anzeige zu machen.

§24 (1) Verletzt der Versicherungsnehmer die Vorschrift des § 23 Abs. 1, 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 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, 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, 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, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, berechtigt, vom Vertrag zurückzutreten. Es gilt als Rücktritt, wenn der Anspruch auf die Prämie nicht innerhalb dreier Monate vom Fälligkeitstag an gerichtlich geltend gemacht wird.

(2) Ist die erste oder einmalige Prämie zur Zeit des Eintritts des Versicherungsfalles und nach Ablauf der Frist des Abs. 1 noch nicht gezahlt, 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,-- 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,--

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