GAEDE & GLAUERDT

Versicherungsschein zur

Imker-Unfall-Versicherung Nr. 01 048950 0003/7 43-1

Versicherungsnehmer:	**Imkerverband Berlin e.V.**
Versicherte:	Sämtliche Mitglieder des Landesverbandes sowie weitere Personen gem. der Übersicht im Vertrag (Ziffer 1)
Versicherungsdauer:	01.01.2016 bis 31.12.2016 (beide Tage eingeschlossen) Der Vertrag verlängert sich stillschweigend von Jahr zu Jahr, wenn er nicht spätestens drei Monate vor dem Ablauf von einer der Vertragsparteien schriftlich gekündigt wird.
Versicherer:	**SIGNAL IDUNA** Allgemeine Versicherung AG, Hamburg
Geschäftsführungs-Klausel:	**Gaede & Glauerdt** Assecuradeur GmbH & Co. KG Herrengraben 3, 20459 Hamburg Tel.: +49 (0)40 3 76 53-0, Fax: +49 (0)40 3 76 53-230 ist bevollmächtigt, Anzeigen und Willenserklärungen des Versicherungsnehmers entgegenzunehmen. Gaede & Glauerdt ist verpflichtet, diese unverzüglich an den Versicherer weiterzugeben.

Hamburg, den 20.11.2015

SIGNAL IDUNA
Allgemeine Versicherung AG
In Vollmacht
Gaede & Glauerdt
Assecuradeur GmbH & Co. KG

NÄHERE ANGABEN ZU UNSERER INFORMATIONSPFLICHT GEMÄSS § 11 ABS. 1 VERSICHERUNGSVERMITTLUNGSVERORDNUNG FINDEN SIE UMSEITIG.

Gaede & Glauerdt Assecuradeur GmbH & Co. KG • Herrengraben 3 • 20459 Hamburg • Tel. (040) 3 76 53-0 • Fax (040) 3 76 53-200 • HRA 43224 PHG: Kämpf & von Gaudecker Assekuranz GmbH • HRB 29233 • Geschäftsführer: Hauke Martinsen, Sven Wolter
HypoVereinsbank IBAN: DE97 2003 0000 0000 2080 90 BIC: HYVEDEMM300 • Deutsche Bank IBAN: DE43 2007 0000 0030 1770 00 BIC: DEUTDEHHXXX

1. Versicherte Personen:

		Deckungssummen
Gruppe A Sämtliche Imkerinnen und Imker, die Mitglieder im Landesverband sind.	Tod Invalidität	2.000,00 € 28.000,00 €
Gruppe D Sämtliche Mitglieder, die vom Landes- verband als Förderer anerkannt sind	Tod Invalidität	2.000,00 € 28.000,00 €
Gruppe F Familienangehörige und tätige Hilfskräfte der Mitglieder des Landesverbandes (siehe Gruppe A) als Ausschnittdeckung Für Berufsunfälle	Tod Invalidität	2.000,00 € 28.000,00 €

Die Progression beträgt 225 %.

2. Versicherte Tätigkeiten

Der Versicherungsschutz erstreckt sich für die versicherten Personen nur auf Unfälle im Sinne der AUB, die sich in unmittelbarem Zusammenhang mit den nachfolgend aufgeführten Tätigkeiten ereignen:

Gruppe A:
24-Stunden-Deckung (Beruf und Freizeit)

Gruppe D
24-Stunden-Deckung (Beruf und Freizeit)

Gruppe F
Unfälle, die sich bei der Ausübung einer imkerlichen Tätigkeit (auch Hilfstätigkeit) im Zusammenhang mit der Behandlung, Bearbeitung und/oder Beförderung (also auch bei Wanderungen) der Bienenvölker eines unter Gruppe A Versicherten ereignen. Das Wegerisiko zu und von den versicherten Tätigkeiten ist eingeschlossen, soweit es sich um Unfälle auf dem direkten Wege zu oder von der versicherten Tätigkeit handelt. Nicht versichert ist sowohl das private als auch jedes anderweitige (d.h. nicht imkerliche) Berufsrisiko.

NÄHERE ANGABEN ZU UNSERER INFORMATIONSPFLICHT GEMÄSS § 11 ABS. 1 VERSICHERUNGSVERMITTLUNGSVERORDNUNG FINDEN SIE UMSEITIG.

Gaede & Glauerdt Assecuradeur GmbH & Co. KG • Herrengraben 3 • 20459 Hamburg • Tel. (040) 3 76 53-0 • Fax (040) 3 76 53-200 • HRA 43224
PHG: Kämpf & von Gaudecker Assekuranz GmbH • HRB 29233 • Geschäftsführer: Hauke Martinsen, Sven Wolter
HypoVereinsbank IBAN: DE97 2003 0000 0000 2080 90 BIC: HYVEDEMM300 • Deutsche Bank IBAN: DE43 2007 0000 0030 1770 00 BIC: DEUTDEHHXXX

3. Beginn und Ende des Versicherungsschutzes

3.1 Für neue Mitglieder beginnt der Versicherungsschutz mit Beginn der Mitgliedschaft im Ortsverein, jedoch nicht vor Zahlung des ersten Versicherungsbeitrages an den Ortsverein oder den zum Einzug der Beiträge Berechtigten.

3.2 Für die einzelnen versicherten Personen endet der Versicherungsschutz mit der Beendigung ihrer Mitgliedschaft in der imkerlichen Organisation, gleich aus welchem Grund sie erfolgt.

3.3 Für alle Versicherten erlischt der Versicherungsschutz mit der Vollendung ihres 85. Lebensjahres.

4. Prämien Versicherungssteuer und Deklaration

4.1 Die Prämien einschließlich Versicherungssteuer betragen pro Jahr:

Pro Mitglied der Gruppe A und der Gruppe D, einschließlich 19 % Versicherungsteuer

3,18 €.

Damit sind auch die Prämien für die Versicherten der Gruppe F abgegolten.

4.2. Zu Beginn eines jeden Quartals des Versicherungsjahres wird eine angemessene Vorausprämie erhoben. Die Abrechnung der endgültig zu zahlenden Jahresprämie erfolgt auf Basis der vom Landesverband abzugebenden Deklaration gem. Ziffer 4.3.

4.3 Der Landesverband meldet spätestens bis zum 31.01. des Folgejahres die Anzahl der versicherten Personen, unterteilt nach den Versicherten Gruppen A und D. Eine Meldung für die Gruppe F entfällt.

5. Geschäftsführungsklausel

Versicherungsmakler ist

Gaede & Glauerdt Assecuradeur GmbH & Co. KG
Herrengraben 3
20459 Hamburg
Tel.: + 49 (0)40 376 53-0
Fax: + 49 (0)40 376 53-230
info@imkerversicherungen.de

Der den Versicherungsvertrag betreuende Makler ist bevollmächtigt, Anzeigen und Willenserklärungen des Versicherungsnehmers entgegenzunehmen. Er ist durch den Maklerauftrag verpflichtet, diese unverzüglich dem Versicherer weiterzuleiten.

NÄHERE ANGABEN ZU UNSERER INFORMATIONSPFLICHT GEMÄSS § 11 ABS. 1 VERSICHERUNGSVERMITTLUNGSVERORDNUNG FINDEN SIE UMSEITIG.

Gaede & Glauerdt Assecuradeur GmbH & Co. KG • Herrengraben 3 • 20459 Hamburg • Tel. (040) 3 76 53-0 • Fax (040) 3 76 53-200 • HRA 43224
PHG: Kämpf & von Gaudecker Assekuranz GmbH • HRB 29233 • Geschäftsführer: Hauke Martinsen, Sven Wolter
HypoVereinsbank IBAN: DE97 2003 0000 0000 2080 90 BIC: HYVEDEMM300 • Deutsche Bank IBAN: DE43 2007 0000 0030 1770 00 BIC: DEUTDEHHXXX

GAEDE & GLAUERDT

Verzeichnis der Anlagen

Anlage 1	Allgemeine Unfallversicherungsbedingungen für den Basisunfallschutz (AUVB 1999-B)
Anlage 2	Besondere Bedingungen für die Kollektivunfallversicherung 1999

NÄHERE ANGABEN ZU UNSERER INFORMATIONSPFLICHT GEMÄSS § 11 ABS. 1 VERSICHERUNGSVERMITTLUNGSVERORDNUNG FINDEN SIE UMSEITIG.

Gaede & Glauerdt Assecuradeur GmbH & Co. KG • Herrengraben 3 • 20459 Hamburg • Tel. (040) 3 76 53-0 • Fax (040) 3 76 53-200 • HRA 43224 PHG: Kämpf & von Gaudecker Assekuranz GmbH • HRB 29233 • Geschäftsführer: Hauke Martinsen, Sven Wolter
HypoVereinsbank IBAN: DE97 2003 0000 0000 2080 90 BIC: HYVEDEMM300 • Deutsche Bank IBAN: DE43 2007 0000 0030 1770 00 BIC: DEUTDEHHXXX

Allgemeine Unfallversicherungsbedingungen 1999 für den Basisunfallschutz (AUVB 1999-B)

Inhaltsverzeichnis

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

Abschnitt B: Versicherungsleistungen
Was kann versichert werden?
Artikel 7: Invalidität:
Dauernde Invalidität mit Kapitalleistung (DIK)
Unfall-Invaliditäts-Rente (UIR)
Unfall-Berufsunfähigkeits-Rente (UBUR)
Artikel 8: Todesfall
Artikel 9: Taggeld
Artikel 10: Spitalgeld, Schmerzensgeld
Artikel 11: Bergungskosten
Artikel 12: Was zahlt der Versicherer zusätzlich?
Sonderleistungen, Zusatzleistungen
Artikel 13: Wie sind die Versicherungssummen vom Alter des Versicherten abhängig?
Versicherungssummen, Altersgrenzen
Artikel 14: Wann sind die Leistungen des Versicherers fällig, wann verjähren sie?
Fälligkeit der Leistung des Versicherers und Verjährung
Artikel 15: In welchen Fällen und nach welchenRegeln entscheidet die Ärztekommission?
Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten (Ärztekommission)

Abschnitt C: Begrenzungen des Versicherungsschutzes
Artikel 16: Wer kann nicht versichert werden?
Unversicherbare Personen
Artikel 17: In welchen Fällen zahlt der Versicherer nicht?
Ausschlüsse
Artikel 18: Welche sachlichen Begrenzungen gibt es?
Sachliche Begrenzungen des Versicherungsschutzes

Abschnitt D: Pflichten des Versicherungsnehmers
Artikel 19: Wann ist die Prämie zu bezahlen?
Prämie
Artikel 20: Was ist bei Änderung des Berufes oder der Beschäftigung zu beachten?
Anzeige der Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung des Versicherten
Artikel 21: Was ist vor Eintritt, was ist nach Eintritt eines Versicherungsfalles zu beachten?
Obliegenheiten

Abschnitt E: Sonstige Vertragsbestimmungen
Artikel 22: Was gilt als Versicherungsperiode?
Versicherungsperiode, Vertragsdauer
Artikel 23: Unter welchen Voraussetzungen und wann kann der Versicherungsvertrag gekündigt werden?
Wann erlischt der Versicherungsvertrag ohne Kündigung?
Kündigung, Erlöschen des Vertrages
Artikel 24: Wem steht die Ausübung der Rechte aus dem Versicherungsvertrag zu, wer hat Pflichten aus dem Versicherungsvertrag zu erfüllen?
Rechtsstellung der am Vertrag beteiligten Personen
Artikel 25: Wo können Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag gerichtlich geltend gemacht werden?
Gerichtsstand
Artikel 26: Wie sind Erklärungen abzugeben?
Form der Erklärungen

Anhang: Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz

Abschnitt A:

Versicherungsschutz

Artikel 1 - Was ist versichert?
Gegenstand der Versicherung

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

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

Artikel 2 - Was gilt als Versicherungsfall?
Versicherungsfall

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

Artikel 3 - Wo gilt die Versicherung?
Örtlicher Geltungsbereich

Die Versicherung gilt auf der ganzen Erde.

Artikel 4 - Wann 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 5 - Wann beginnt die Versicherung?
Beginn des Versicherungsschutzes, vorläufige Deckung

1. Beginn des Versicherungsschutzes:

   Der Versicherungsschutz wird mit der Einlösung der Versicherungsurkunde (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 vor der Einlösung der Versicherungsurkunde beginnen (vorläufige Deckung), ist eine ausdrückliche Zusage der vorläufigen Deckung durch den Versicherer erforderlich.

   Ist eine vorläufige Deckung vereinbart, endet diese mit der Aushändigung der Versicherungsurkunde. Wird die Annahme des Antrages vom Versicherer abgelehnt, ist gleichzeitig die vorläufige Deckung mit einer Frist von einer Woche schriftlich zu kündigen.

   Dem Versicherer gebührt in diesem Fall die auf die Zeit des Versicherungsschutzes entfallende anteilige Prämie.

Artikel 6 - Was ist ein Unfall?
Begriff des Unfalles

1. Unfall ist ein vom Willen des Versicherten unabhängiges Ereignis, das plötzlich von außen mechanisch oder chemisch auf seinen Körper einwirkt und eine körperliche Schädigung oder den Tod nach sich zieht.

2. Als Unfall gelten auch folgende vom Willen des Versicherten unabhängige Ereignisse:

   - Ertrinken;
   - Verbrennungen, Verbrühungen, Einwirkungen von Blitzschlag oder elektrischem Strom;
   - Einatmen von Gasen oder Dämpfen, Einnehmen von giftigen oder ätzenden Stoffen, es sei denn, dass diese Einwirkungen allmählich erfolgen;
   - Verrenkungen von Gliedern sowie Zerrungen und Zerreißungen 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. Dies gilt nicht für Kinderlähmung und die durch Zeckenbiss übertragene Frühsommer-Meningoencephalitis im Rahmen der Bestimmungen des Art. 12, Pkt. 1.1 sowie für Wundstarrkrampf und Tollwut, verursacht durch einen Unfall gemäß Art. 6, Pkt. 1.

4. 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 Betätigung ausübt. Nicht als Fluggast im Sinne der obigen Ausführung gilt jedenfalls ein Arzt oder Sanitäter einer Flugambulanz oder einer ähnlichen Einrichtung.

Abschnitt B:

Versicherungsleistungen

Was kann versichert werden?

Artikel 7
Invalidität

1. Dauernde Invalidität mit Kapitalleistung (DIK)

   1.1 Wann besteht ein Anspruch auf Leistung für Dauernde Invalidität mit Kapitalleistung (DIK)?

   Ergibt sich innerhalb eines Jahres vom Unfalltag an gerechnet, dass als Folge des Unfalles eine dauernde Invalidität mit einem Invaliditätsgrad von 10% oder mehr zurückbleibt, wird - unbeschadet der Bestimmungen des Art. 7, Pkt. 1.5 - aus der hierfür versicherten Summe der dem Grade der Invalidität entsprechende Betrag gezahlt.

   Ein Anspruch auf Leistung für dauernde Invalidität mit Kapitalleistung ist innerhalb von 15 Monaten vom Unfalltag an geltend zu machen und unter Vorlage eines ärztlichen Befundes zu begründen.

   1.2 Wie wird der Invaliditätsgrad bemessen?

   Für die Bemessung des Invaliditätsgrades gelten folgende Bestimmungen:

   1.2.1 bei völligem Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit

eines Armes ab Schultergelenk	70%
eines Armes bis über das Ellenbogengelenk	65%
eines Armes unterhalb des Ellenbogengelenkes oder einer Hand	60%
eines Daumens	20%
eines Zeigefingers	10%
eines anderen Fingers	5%
eines Beines bis über die Mitte des Oberschenkels	70%
eines Beines bis zur Mitte des Oberschenkels	60%
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 das Gehör des anderen Ohres vor Eintritt des Versicherungsfalles bereits verloren war	45%
des Geruchsinnes	10%
des Geschmacksinnes	5%

1.2.2 Bei teilweisem Verlust oder teilweiser Funktionsunfähigkeit der vorgenannten Körperteile oder Organe werden die Sätze des Art. 7, Pkt. 1.2.1 anteilig angewendet.

Bei Funktionseinschränkung von Armen oder Beinen ist der Satz für die gesamte Extremität anteilig anzuwenden.

1.2.3 Lässt sich der Invaliditätsgrad nach Art. 7, Pkt. 1.2.1 nicht bestimmen, ist maßgebend, inwieweit die körperliche oder geistige Funktionsfähigkeit nach medizinischen Gesichtspunkten beeinträchtigt wurde.

1.2.4 Mehrere sich aus Art. 7, Pkt. 1.2.1 bis Art. 7, Pkt. 1.2.3 ergebende Prozentsätze werden zusammengerechnet. Der Invaliditätsgrad aus einem Unfall ist jedoch mit 100% begrenzt.

1.3 Wird im ersten Jahr nach dem Unfall eine Invaliditätsleistung erbracht?

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

1.4 Was geschieht, wenn der Invaliditätsgrad nicht eindeutig feststeht?

Steht der Invaliditätsgrad 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 Ärztekommission (Art. 15).

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.

1.5 Wann wird die Leistung für dauernde Invalidität verdoppelt (Mehrleistung)?

Für die Bemessung der Invaliditätsleistung gelten folgende zusätzliche Bestimmungen:

1.5.1 Modell A (ML 200)

Beträgt der gemäß den Art. 7, Pkt. 1.1 bis 1.4 festgestellte Invaliditätsgrad 75% oder mehr, so wird die Leistung verdoppelt.

Die Leistung für dauernde Invalidität erhöht sich demnach wie folgt:

von	auf	von	auf	von	auf
75	150	84	168	93	186
76	152	85	170	94	188
77	154	86	172	95	190
78	156	87	174	96	192
79	158	88	176	97	194
80	160	89	178	98	196
81	162	90	180	99	198
82	164	91	182	100	200
83	166	92	184		

1.5.2 Modell B (ohne ML)

Die Mehrleistung im Sinne des Art. 7, Pkt. 1.5.1 entfällt. Für Unfälle mit einem Invaliditätsgrad von 10% oder mehr wird aus der hierfür versicherten Summe entsprechend dem Grade der Invalidität geleistet.

1.6 Besteht ein Anspruch auf Invaliditätsleistung, wenn der Versicherte als Folge des Unfalles stirbt?

Stirbt der Versicherte

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

1.6.2 aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach dem Unfall, ist nach dem Grad der dauernden Invalidität zu leisten, mit dem auf Grund der zuletzt erstellten ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre;

1.6.3 unfallbedingt oder aus unfallfremder Ursache später als ein Jahr nach dem Unfall, ist ebenfalls nach dem Grad der dauernden Invalidität zu leisten, mit dem auf Grund der zuletzt erstellten ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

1.7 Ab welchem Lebensjahr erfolgt anstelle der Kapitalleistung eine Rentenleistung?

Hatte der Versicherte am Unfalltag das 75. Lebensjahr bereits vollendet, tritt anstelle der Kapitalleistung eine Rente, die nach der im Anhang angeführten Rententafel unter Zugrundelegung des vom Versicherten am Unfalltag vollendeten Lebensjahres zu bemessen ist.

Barwert dieser Rente ist jener Betrag, der bei Kapitalleistung 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 Ablauf des Kalendermonats, in dem der Versicherte stirbt.

2. Unfall-Invaliditäts-Rente (UIR)

2.1 Wann wird die Unfall-Invaliditäts-Rente (UIR) gezahlt?

Ergibt sich innerhalb eines Jahres vom Unfalltag an gerechnet, dass als Folge des Unfalles eine dauernde Invalidität mit einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% zurückbleibt, dann wird - unabhängig vom Alter des Versicherten - die vereinbarte monatliche Unfall-Invaliditäts-Rente (UIR) gezahlt. Für die Bemessung des Invaliditätsgrades gelten die Bestimmungen des Art. 7, Pkt. 1.2.

Ein Anspruch auf Leistung für die Unfall-Invaliditäts-Rente (UIR) ist innerhalb von 15 Monaten vom Unfalltag an geltend zu machen und unter Vorlage eines ärztlichen Befundes zu begründen.

Stirbt der Versicherte unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall, besteht kein Anspruch auf die Unfall-Invaliditäts-Rente (UIR).

2.2 Was geschieht, wenn der Invaliditätsgrad nicht eindeutig feststeht?

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 Ärztekommission (Art. 15). Ergibt die endgültige Bemessung einen Invaliditätsgrad von mindestens 50%, entsteht ein Anspruch auf Rentenleistung.

Stirbt der Versicherte

- aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach dem Unfall oder
- unfallbedingt oder aus unfallfremder Ursache später als ein Jahr nach dem Unfall

und steht der Grad der Invalidität nicht eindeutig fest, wird dieser auf Grund der zuletzt erstellten ärztlichen Befunde bemessen und eine eventuelle Rente entsprechend dem Art. 7, Pkt. 2.5 geleistet.

2.3 Ab welchem Zeitpunkt erfolgt die Rentenleistung?

Steht die Leistungspflicht des Versicherers dem Grunde nach fest, besteht Anspruch auf Unfall-Invaliditäts-Rente (UIR) ab Beginn des Monates, in dem sich der Unfall ereignet hat.

Die Rentenleistung erfolgt monatlich im Vorhinein.

2.4 Bis zu welchem Zeitpunkt erfolgt die Rentenleistung?

Die Unfall-Invaliditäts-Rente (UIR) wird bis zum Ablauf des Monates geleistet, in dem der Rentenempfänger stirbt.

2.5 Rentengarantie - wie lange wird die Rentenleistung garantiert?

Stirbt der Rentenempfänger innerhalb von 20 Jahren ab Beginn der Rentenleistung, werden die monatlichen Rentenzahlungen an die vom Versicherungsnehmer bekannt gegebene Person oder an die Erben des Rentenempfängers bis zum Ablauf des 20. Jahres ab Beginn der Rentenzahlung fortgesetzt.

2.6 Welche Leistungskürzung erfolgt bei einer bestehenden Vorinvalidität bzw. bei Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen an den Unfallfolgen?

Bei einer bestehenden Vorinvalidität bzw. bei Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen an den Unfallfolgen finden die Bestimmungen des Art. 18, Pkt. 2 und 3.2 Anwendung.

2.7 Welche Bescheinigung muss auf Anforderung des Versicherers vorgelegt werden?

Der Versicherer ist berechtigt, die Voraussetzung für die Rentenleistung jederzeit durch Anforderung einer Lebensbescheinigung zu überprüfen. Wird die angeforderte Bescheinigung dem Versicherer nicht unverzüglich übermittelt, ruht die Rentenleistung ab der nächsten Fälligkeit.

2.8 Welche Anzeigepflicht ist zu erfüllen?

Das Ableben des Rentenempfängers ist im Sinne des Art. 21, Pkt. 2.2 dem Versicherer innerhalb von drei Tagen anzuzeigen. Eine sich aus der Nichtbeachtung dieser Anzeigepflicht ergebende Rentenleistung kann der Versicherer jedenfalls vom unberechtigten Empfänger zurückverlangen.

2.9 Welche Auswirkungen hat der Eintritt des Versicherungsfalles auf den Versicherungsschutz aus der Unfall-Invaliditäts-Rente (UIR)?

Der Versicherungsschutz für die Unfall-Invaliditäts-Rente (UIR) endet, wenn als Folge eines Versicherungsfalles die Unfall-Invaliditäts-Rente (UIR) geleistet wird. Die anteilige Prämie wird ab dem Zeitpunkt des Unfalles dem Versicherungsnehmer zurückerstattet.

2.10 Gewinnbeteiligung - Wie sind die Versicherten im Leistungsfall an den Überschüssen des Versicherers beteiligt?

2.10.1 Herkunft der Gewinnbeteiligung

Um die Rentenleistung in jedem Fall sicherzustellen, ist die im Leistungsfall beim Versicherer gebildete Rückstellung mit einem vorsichtig gewählten Rechnungszins (4%) kalkuliert. Die tatsächlichen Kapitalerträge liegen in der Regel über dem Rechnungszins. An den daraus entstehenden Überschüssen nehmen die Versicherten (Rentenempfänger) in Form der Gewinnbeteiligung teil.

2.10.2 Art der Gewinnbeteiligung

Die Gewinnbeteiligung erfolgt, indem der laufende Rentenanspruch erhöht wird. Der dann erhöhte Rentenanspruch ist in der jeweils erreichten Höhe garantiert.

Eine Erhöhung erfolgt frühestens dann, wenn für mindestens ein Jahr Rente bezogen wurde.

2.10.3 Höhe der Gewinnbeteiligung

Der Versicherer überprüft jährlich, ob die im vorangegangenen Geschäftsjahr erzielten Überschüsse aus den Veranlagungen des Versicherers wesentlich über dem Rechnungszins liegen, mit welchem die Rückstellungen berechnet wurden.

Die Entscheidung, ob und in welcher Höhe die laufenden Rentenleistungen erhöht werden, wird jährlich im Geschäftsbericht des Versicherers veröffentlicht. Im Falle einer Erhöhung zahlt der Versicherer die erhöhte Rente ab dem 1. Jänner des auf die Veröffentlichung folgenden Geschäftsjahres. Die Erhöhung des Rentenanspruches wird dem Versicherten (Rentenempfänger) schriftlich mitgeteilt.

3. Unfall-Berufsunfähigkeits-Rente (UBUR)

3.1 Für wen kann Versicherungsschutz geboten werden?

Die Unfall-Berufsunfähigkeits-Rente (UBUR) kann nur für Personen versichert werden, die eine Erwerbstätigkeit in Österreich ausüben und bei einem österreichischen Sozialversicherer gesetzlich pensionsversichert sind.

Wenn während der Vertragsdauer die obigen Voraussetzungen für den Abschluss einer Unfall-Berufsunfähigkeits-Rente (UBUR) wegfallen und der Versicherte nicht unversicherbar im Sinne der Bestimmungen des Art. 16, Pkt. 1 ist, wird die bestehende Unfall-Berufsunfähigkeits-Rente (UBUR) bei gleichbleibender Prämie in eine um 50% erhöhte Unfall-Invaliditäts-Rente (UIR) (siehe Art. 7, Pkt. 2) umgewandelt.

3.2 Wann wird die Unfall-Berufsunfähigkeits-Rente (UBUR) gezahlt?

Wird auf Grund eines Freizeitunfalles innerhalb von 3 Jahren ab dem Unfallzeitpunkt von einer österreichischen gesetzlichen Pensionsversicherung eine Berufsunfähigkeits-Pension (Erwerbsunfähigkeits-Pension) geleistet, dann wird die vereinbarte monatliche Unfall-Berufsunfähigkeits-Rente (UBUR) gezahlt.

Als Freizeitunfall gelten nur solche Unfälle, die nicht als Arbeitsunfälle und diesen gleichgestellte Unfälle im Sinne der österreichischen Sozialversicherungsgesetze gelten. Unfälle bei entgeltlich ausgeübten Tätigkeiten oder entgeltlicher sportlicher Betätigung gelten nicht als Freizeitun-

fälle im Sinne dieser Bedingung. Entgeltlichkeit liegt vor, wenn der Versicherte mehr als Spesenersatz erhält.

Kein Anspruch auf Leistung aus der Unfall-Berufsunfähigkeits-Rente (UBUR) besteht, wenn

- als Folge eines Freizeitunfalles Anspruch auf eine (vorzeitige) Alterspension einer österreichischen gesetzlichen Pensionsversicherung besteht. Für den gegenständlichen Versicherungsfall (Freizeitunfall) erfolgt dann die Leistung nach den Bestimmungen für eine um 50% erhöhte Unfall-Invaliditäts-Rente (UIR) (siehe Art. 7, Pkt. 2).
- der Versicherte unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall stirbt.

3.3 Welche Voraussetzungen bestehen für die Leistungspflicht des Versicherers?

3.3.1 Voraussetzung für die Leistungspflicht des Versicherers sind

- die Vorlage des Bescheides über die Zuerkennung der Berufsunfähigkeits-Pension (Erwerbsunfähigkeits-Pension) einer österreichischen gesetzlichen Pensionsversicherung sowie der erhobenen ärztlichen Befunde und
- auf Verlangen des Versicherers die Vorlage einer Bestätigung eines österreichischen Sozialversicherers, dass ein Freizeitunfall das auslösende Ereignis für die Zuerkennung der Berufsunfähigkeits-Pension (Erwerbsunfähigkeits-Pension) war.

Die oben genannten Unterlagen sind durch den Versicherungsnehmer vorzulegen.

3.3.2 Ein Anspruch auf Leistung für die Unfall-Berufsunfähigkeits-Rente (UBUR) ist innerhalb von 15 Monaten ab Rechtskraft des in Art. 7, Pkt. 3.3.1 genannten Bescheides über die Zuerkennung der Berufsunfähigkeits-Pension (Erwerbsunfähigkeits-Pension) geltend zu machen.

3.4 Ab welchem Zeitpunkt erfolgt die Rentenleistung?

Steht die Leistungspflicht des Versicherers dem Grunde nach fest, besteht Anspruch auf die Unfall-Berufsunfähigkeits-Rente (UBUR) ab Beginn des Monates, ab dem eine österreichische gesetzliche Pensionsversicherung eine Berufsunfähigkeits-Pension (Erwerbsunfähigkeits-Pension) geleistet hat. Die Unfall-Berufsunfähigkeits-Rente (UBUR) wird monatlich im Vorhinein geleistet.

3.5 Bis zu welchem Zeitpunkt erfolgt die Rentenleistung?

3.5.1 Wird die Berufsunfähigkeits-Pension (Erwerbsunfähigkeits-Pension) aberkannt, so erlischt mit dem Zeitpunkt der Aberkennung die Leistung der Unfall-Berufsunfähigkeits-Rente (UBUR).

Die Umwandlung der Berufsunfähigkeits-Pension (Erwerbsunfähigkeits-Pension) in eine Alterspension hat keinen Einfluss auf die Leistung der Unfall-Berufsunfähigkeits-Rente (UBUR).

3.5.2 Die Rentenleistung endet mit Ablauf des Monates, in dem der Rentenempfänger stirbt.

3.6 Welche Leistungskürzung erfolgt bei Vorerkrankung bzw. Gebrechen?

Haben Krankheiten oder Gebrechen an der Feststellung der Berufsunfähigkeit/Erwerbsunfähigkeit (durch eine österreichische gesetzliche Pensionsversicherung) mitgewirkt, wird die Unfall-Berufsunfähigkeits-Rente (UBUR) gekürzt.

Diesbezüglich finden die Bestimmungen des Art. 18, Pkt. 3.3 Anwendung.

3.7 Welche Bescheinigung muss auf Anforderung des Versicherers vorgelegt werden?

Der Versicherer ist berechtigt, die Voraussetzung für die Rentenleistung jederzeit durch Anforderung einer Lebensbescheinigung bzw. einer aktuellen Bescheinigung über den Erhalt einer Berufsunfähigkeits-Pension (Erwerbsunfähigkeits-Pension) zu überprüfen. Wird die angeforderte Bescheinigung dem Versicherer nicht unverzüglich übermittelt, ruht die Rentenleistung ab der nächsten Fälligkeit.

3.8 Welche Anzeigepflicht ist zu erfüllen?

3.8.1 In Ergänzung zu den Bestimmungen des Art. 21 ist dem Versicherer die Aberkennung einer Berufsunfähigkeits-Pension (Erwerbsunfähigkeits-Pension) innerhalb von 14 Tagen ab Erhalt des Bescheides einer österreichischen gesetzlichen Pensionsversicherung anzuzeigen.

3.8.2 Das Ableben des Rentenempfängers ist dem Versicherer im Sinne des Art. 21, Pkt. 2.2 innerhalb von drei Tagen anzuzeigen.

3.8.3 Eine sich aus der Nichtbeachtung der obigen Anzeigepflichten ergebende Rentenleistung kann der Versicherer jedenfalls vom unberechtigten Empfänger zurückverlangen.

3.9 Welche Auswirkungen hat der Eintritt des Versicherungsfalles auf den Versicherungsschutz?

Wenn der Versicherte während der Laufzeit des Versicherungsvertrages arbeitsunfähig wird, endet der Versicherungsschutz für diesen Versicherungsvertrag (siehe Art. 16).

3.10 Was geschieht bei Änderung von Rechtsnormen hinsichtlich der Berufsunfähigkeits-Pension (Erwerbsunfähigkeits-Pension)?

Werden Rechtsnormen hinsichtlich der Berufsunfähigkeits-Pension (Erwerbsunfähigkeits-Pension) geändert oder neu geschaffen, kann

3.10.1 der Versicherungsnehmer und/oder der Versicherer innerhalb von 6 Monaten ab Inkrafttreten der neuen gesetzlichen Bestimmungen den Vertrag hinsichtlich der Unfall-Berufsunfähigkeits-Rente (UBUR) ohne Rücksicht auf den Fortbestand des restlichen Vertrages sofort kündigen.

3.10.2 der Versicherer innerhalb von 6 Monaten ab Inkrafttreten der neuen gesetzlichen Bestimmungen eine Änderung des Versicherungsvertrages anbieten. Das Anbot zur Änderung des Versicherungsvertrages gilt als angenommen, wenn es nicht innerhalb eines Monates nach seinem Empfang schriftlich abgelehnt wird. Bei Ablehnung des Anbotes gilt der Versicherungsvertrag hinsichtlich der Unfall-Berufsunfähigkeits-Rente (UBUR) - ohne Rücksicht auf den Fortbestand des restlichen Vertrages - als vom Versicherer gekündigt. In diesem Fall endet der Versicherungsschutz hinsichtlich der Unfall-Berufsunfähigkeits-Rente (UBUR) mit Erhalt der Ablehnung.

3.11 Gewinnbeteiligung - Wie sind die Versicherten im Leistungsfall an den Überschüssen des Versicherers beteiligt?

3.11.1 Herkunft der Gewinnbeteiligung

Um die Rentenleistung in jedem Fall sicherzustellen, ist die im Leistungsfall beim Versicherer gebildete Rückstellung mit einem vorsichtig gewählten Rechnungszins (4%) kalkuliert. Die tatsächlichen Kapitalerträge liegen in der Regel über dem Rechnungszins. An den daraus entstehenden Überschüssen nehmen die Versicherten (Rentenempfänger) in Form der Gewinnbeteiligung teil.

3.11.2 Art der Gewinnbeteiligung

Die Gewinnbeteiligung erfolgt, indem der laufende Rentenanspruch erhöht wird. Der dann erhöhte Rentenanspruch ist in der jeweils erreichten Höhe garantiert.

Eine Erhöhung erfolgt frühestens dann, wenn für mindestens ein Jahr Rente bezogen wurde.

3.11.3 Höhe der Gewinnbeteiligung

Der Versicherer überprüft jährlich, ob die im vorangegangenen Geschäftsjahr erzielten Überschüsse aus den Veranlagungen des Versicherers wesentlich über dem Rechnungszins liegen, mit welchem die Rückstellungen berechnet wurden.

Die Entscheidung, ob und in welcher Höhe die laufenden Rentenleistungen erhöht werden, wird jährlich im Geschäftsbericht des Versicherers veröffentlicht. Im Falle einer Erhöhung zahlt der Versicherer die erhöhte Rente ab dem 1. Jänner des auf die Veröffentlichung folgenden Geschäftsjahres. Die Erhöhung des Rentenanspruches wird dem Versicherten (Rentenempfänger) schriftlich mitgeteilt.

Artikel 8
Todesfall

Wann wird die für den Todesfall vereinbarte Summe gezahlt?

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

Auf die Todesfalleistung werden nur Zahlungen, die für dauernde Invalidität (Art. 7, Pkt. 1) oder die Unfall-Invaliditäts-Rente (Art. 7, Pkt. 2) oder die Unfall-Berufsunfähigkeits-Rente (Art. 7, Pkt. 3) aus demselben Ereignis geleistet worden sind, angerechnet. Einen Mehrbetrag an Leistung für Invalidität gemäß Art. 7 kann der Versicherer nicht zurückverlangen.

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

Artikel 9
Taggeld

1. Für wen kann Taggeld versichert werden?

   Taggeld kann nur für Personen versichert werden, die eine Erwerbstätigkeit ausüben.

2. Wann und für welche Dauer wird Taggeld gezahlt?

   Taggeld wird bei dauernder oder vorübergehender Invalidität, abgestuft nach dem Grad der Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit des Versicherten in seiner ausgeübten Erwerbstätigkeit, für längstens 365 Tage innerhalb von zwei Jahren ab dem Unfalltag, gezahlt.

3. Wann kommt die Versicherung für Taggeld nicht zustande?

   Übt der Versicherte zum Unfallzeitpunkt keine Erwerbstätigkeit aus, kommt die Versicherung der Eventualität Taggeld nicht zustande. Insbesondere werden als nicht erwerbstätig angesehen: Kinder, Schüler, Studenten, Hausfrauen oder -männer, im Mutterschutz befindliche Frauen, karenzierte Arbeitnehmer, Arbeitslose und Pensionisten. Für die Dauer, in welcher der Versicherte nicht erwerbstätig ist und somit die Eventualität Taggeld nicht versichert ist, wird die anteilige Prämie für die Eventualität Taggeld - ohne Rücksicht auf den Fortbestand des restlichen Vertrages - dem Versicherungsnehmer zurückerstattet.

Artikel 10
Spitalgeld, Schmerzensgeld

1. Wann und für welche Dauer wird Spitalgeld gezahlt?

   Spitalgeld wird für jeden Kalendertag, an dem sich der Versicherte wegen eines Unfalles in medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung befindet, längstens für 365 Tage innerhalb von zwei Jahren ab dem Unfalltag, gezahlt.

2. Wann wird Schmerzensgeld geleistet?

   Wird durch einen Unfall ein ununterbrochener Spitalaufenthalt medizinisch notwendig und dauert dieser mehr als 14 Tage, leistet der Versicherer ein Schmerzensgeld in Höhe von 2% der für den Fall der dauernden Invalidität (gemäß Art. 7, Pkt. 1) vereinbarten Versicherungssumme. Dauert der ununterbrochene Spitalaufenthalt mehr als 21 Tage, so erhöht sich die Leistung für Schmerzensgeld um 100%.

   Schmerzensgeld wird für jeden Unfall nur einmal geleistet.

3. Was gilt als Spital?

   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.

   Nicht als Spitäler gelten z.B. Heil- und Pflegeanstalten für Lungenkranke sowie für unheilbar chronisch Erkrankte, Erholungs- und Genesungsheime, Altersheime und deren Krankenabteilungen sowie Kuranstalten, ferner Heil- und Pflegeanstalten für Nerven- und Geisteskranke.

Artikel 11
Bergungs- und Transportkosten

Bis zur Höhe der hierfür vereinbarten Versicherungssumme werden Bergungs- und Transportkosten ersetzt, soweit nicht von einem Sozialversicherungsträger Ersatz zu leisten ist oder von einem sonstigen Leistungsträger Ersatz geleistet wurde.

1. Wann werden Bergungskosten ersetzt?

   Bergungskosten werden ersetzt, wenn der Versicherte

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

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

2. Was sind Bergungs- und Transportkosten?

   Bergungs- und Transportkosten sind die nachgewiesenen Kosten des Suchens nach dem Versicherten und seines Transportes bis zur nächsten befahrbaren Straße oder bis zum dem Unfallort nächstgelegenen Spital.

   Wenn der Transport mittels Rettungshubschrauber notwendig ist, werden im Rahmen der vereinbarten Versicherungssumme auch die Kosten dieses Transportes inklusive der Kosten der medizinischen Behandlung während des Fluges ersetzt.

Artikel 12 - Was zahlt der Versicherer zusätzlich?
Sonderleistungen, Zusatzleistungen

1. Welche Sonderleistung wird zusätzlich zu den vertraglich vereinbarten Leistungen erbracht?

   Falls Dauernde Invalidität mit Kapitalleistung (DIK) (gemäß Art. 7, Pkt. 1) versichert ist, gilt die nachstehende Sonderleistung als vereinbart:

   Sonderleistung bei Kinderlähmung und Frühsommer-Meningoencephalitis:

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

   Eine Leistung wird nur für dauernde Invalidität (gemäß Art. 7, Pkt. 1) oder Tod (gemäß Art. 8) erbracht. Die Leistung bleibt im Rahmen der vereinbarten Versicherungssumme mit EUR 14.534,57 begrenzt.

2. Welche Zusatzleistung wird zusätzlich zu den vertraglich vereinbarten Leistungen erbracht?

   Zusatzleistung für die Erfüllung von Obliegenheiten:

   Der Versicherer übernimmt die erforderlichen Kosten, die durch Erfüllung der in Art. 21, Pkt. 2 bestimmten Obliegenheiten - ausgenommen Pkt. 2.4 - entstehen.

Artikel 13 - Wie sind die Versicherungssummen vom Alter des Versicherten abhängig?
Versicherungssummen, Altersgrenzen

1. Wann reduzieren sich die Versicherungssummen für Kinder?

   Für einen als Kinderunfallversicherung abgeschlossen Vertrag gelten die Versicherungssummen in der vereinbarten Höhe bis zum Ende des Versicherungsjahres, in dem der Versicherte das 15. Lebensjahr vollendet hat. Ab diesem Zeitpunkt reduzieren sich die Versicherungssummen für den betreffenden Vertrag um 50%. Hat der Versicherte das 20. Lebensjahr vollendet, reduzieren sich die zu Vertragsbeginn vereinbarten Versicherungssummen um 70%. Der Versicherungsnehmer kann durch Umstellung auf die Prämie für Jugendliche bzw. Erwachsene die Beibehaltung der Versicherungssummen bewirken.

2. Wann reduzieren sich die Versicherungssummen für Jugendliche?

   Für einen als Jugendunfallversicherung abgeschlossenen Vertrag gelten die Versicherungssummen in der vereinbarten Höhe bis zum Ende des Versicherungsjahres, in dem der Versicherte das 20. Lebensjahr vollendet hat. Ab diesem Zeitpunkt reduzieren sich die Versicherungssummen für den betreffenden Vertrag um 40%. Der Versicherungsnehmer kann durch Umstellung auf die

   Prämie für Erwachsene die Beibehaltung der Versicherungssummen bewirken.

3. Wann reduzieren sich die Versicherungssummen für Erwachsene?

   Für Erwachsene gelten die Versicherungssummen in der vereinbarten Höhe bis zum Ende des Versicherungsjahres, in dem der Versicherte das 70. Lebensjahr vollendet hat. Ab diesem Zeitpunkt reduzieren sich die Versicherungssummen für den betreffenden Versicherten um 30%. Der Versicherungsnehmer kann gegen einen entsprechenden Prämienzuschlag die Beibehaltung der Versicherungssummen bewirken.

Artikel 14 - Wann sind die Leistungen des Versicherers fällig, wann verjähren sie?
Fälligkeit der Leistung des Versicherers und Verjährung

1. Wann muss der Versicherer erklären, ob und in welcher Höhe er eine Leistungspflicht anerkennt?

   Der Versicherer ist verpflichtet, innerhalb eines Monates, bei Ansprüchen auf Leistung für Invalidität (gemäß Art. 7) 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, sowie
   - im Falle der Mitversicherung einer UBUR (siehe Art. 7, Pkt. 3.3)

   beizubringen hat.

2. Wann kann der Versicherungsnehmer Vorschüsse verlangen?

   Steht die Leistungspflicht nur dem Grunde nach fest, kann der Versicherungsnehmer Vorschüsse bis zur Höhe des Betrages verlangen, den der Versicherer nach Lage der Sache mindestens zu zahlen haben wird.

3. Wann ist die Leistung des Versicherers fällig?

   Steht die Leistungspflicht dem Grunde und der Höhe nach fest, ist die Leistung fällig. Die Fälligkeit der Leistung tritt jedoch unabhängig davon ein, wenn der 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 Monates entspricht.

4. Wann verjähren die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag?

   Für die Verjährung gilt § 12 VersVG.

Artikel 15 - In welchen Fällen und nach welchen Regeln entscheidet die Ärztekommission?
Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten (Ärztekommission)

1. In welchen Fällen entscheidet die Ärztekommission?

   Im Fall von Meinungsverschiedenheiten über Art und Umfang der Unfallfolgen oder darüber, in welchem Umfang die eingetretene Beeinträchtigung auf den Versicherungsfall zurückzuführen ist, ferner über die Beeinflussung der Unfallfolgen durch Krankheiten oder Gebrechen sowie im Falle des Art. 7, Pkt. 1.4 bzw. Art. 7, Pkt. 2.2, entscheidet die Ärztekommission.

2. Wer kann innerhalb welcher Frist die Entscheidung der Ärztekommission beantragen?

   2.1 In den nach Art. 15, Pkt. 1 der Ärztekommission zur Entscheidung vorbehaltenen Meinungsverschiedenheiten kann der Versicherungsnehmer innerhalb von 6 Monaten nach Zugang der Erklärung des Versicherers gemäß Art. 14, Pkt. 1 unter Bekanntgabe seiner Forderung Widerspruch erheben und die Entscheidung der Ärztekommission beantragen.

   2.2 Das Recht, die Entscheidung der Ärztekommission zu beantragen, steht auch dem Versicherer zu.

3. Wie werden die Mitglieder der Ärztekommission bestimmt?

   Für die Ärztekommission bestimmen Versicherer und Versicherungsnehmer je einen in der österreichischen Ärzteliste eingetragenen Arzt. Wenn ein Vertragsteil innerhalb zweier Wochen nach schriftlicher Aufforderung keinen Arzt benennt, wird dieser von der für den Wohnsitz des Versicherten zuständigen Ärztekammer bestellt. Die beiden Ärzte bestellen einvernehmlich vor Beginn ihrer Tätigkeit einen weiteren Arzt als Obmann, der für den Fall, dass sie sich nicht oder nur zum Teil einigen sollten, im Rahmen der durch die Gutachten der beiden Ärzte gegebenen Grenzen entscheidet.

   Einigen sich die beiden Ärzte über die Person des Obmannes nicht, wird ein für den Versicherungsfall zuständiger medizinischer Sachverständiger durch die für den Wohnsitz des Versicherten zuständige Ärztekammer als Obmann bestellt.

4. Welche Pflichten hat der Versicherte?

   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.

5. Wie fällt die Entscheidung der Ärztekommission?

   Die Ärztekommission hat über ihre Tätigkeit ein Protokoll zu führen; in diesem ist die Entscheidung schriftlich zu begründen. Bei Nichteinigung hat jeder Arzt seine Auffassung im Protokoll gesondert niederzulegen. Ist eine Entscheidung durch den Obmann erforderlich, legt auch er sie mit Begründung in einem Protokoll nieder. Die Akten des Verfahrens werden vom Versicherer verwahrt.

6. Wer trägt die Kosten des Verfahrens?

   Die Kosten der Ärztekommission werden von ihr festgesetzt und sind im Verhältnis des Obsiegens vom Versicherer und Versicherungsnehmer zu tragen. Im Falle des Art. 7, Pkt. 1.4 bzw. Art. 7, Pkt. 2.2 trägt die Kosten, wer die Neufeststellung verlangt hat.

   Der Anteil der Kosten, die der Versicherungsnehmer zu tragen hat, ist mit 10% der für Tod (gemäß Art. 8) und dauernde Invalidität (gemäß Art. 7, Pkt. 1) zusammen versicherten Summe oder mit dem 25 fachen der jeweiligen versicherten Monatsrente (gemäß Art. 7, Pkt. 2 oder Art. 7, Pkt. 3) begrenzt.

Abschnitt C:

Begrenzungen des Versicherungsschutzes

Artikel 16 - Wer kann nicht versichert werden?
Unversicherbare Personen

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

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

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

   Wenn der Versicherte während der Laufzeit des Versicherungsvertrages unversicherbar geworden ist, erlischt der Versicherungsschutz. Gleichzeitig endet der Vertrag für diesen Versicherten.

Artikel 17 - In welchen Fällen zahlt der Versicherer nicht?
Ausschlüsse

Ausgeschlossen von der Versicherung sind Unfälle

1. bei der Benützung von Luftfahrtgeräten und bei Fallschirmabsprüngen sowie bei der Benützung von Luftfahrzeugen, soweit sie nicht unter die Bestimmungen des Art. 6, Pkt. 4 fallen;

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

3. bei der Teilnahme an Landes-, Bundes- oder internationalen Wettbewerben auf dem Gebiet des Schilaufens (auch Snowboardfahrens), Schispringens, Bob-, Schibob-, Skeletonfahrens, Rodelns (auf Natur- oder Kunstbahnen) sowie am offiziellen Training für diese Veranstaltungen;

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

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

6. durch innere Unruhen, wenn der Versicherte daran auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;

7. die mittelbar oder unmittelbar

   - durch den Einfluss ionisierender Strahlen im Sinne des Strahlenschutzgesetzes (BGBl. Nr.227/1969) in der jeweils geltenden Fassung,
   - durch Kernenergie

   verursacht werden, soweit nicht ein Versicherungsfall hierzu Anlass war;

8. die der Versicherte infolge einer Bewusstseinsstörung erleidet, oder infolge einer wesentlichen Beeinträchtigung seiner psychischen Leistungsfähigkeit durch Alkohol, Suchtgifte oder Medikamente;

9. durch körperliche Schädigung bei Heilmaßnahmen und Eingriffen, die der Versicherte an seinem Körper vornimmt oder vornehmen lässt, soweit nicht ein Versicherungsfall hierzu der Anlass war.

10. die der Versicherte infolge eines ihn treffenden Herzinfarktes oder Schlaganfalls erleidet; ein Herzinfarkt oder Schlaganfall gilt in keinem Fall als Unfallfolge.

Artikel 18 - Welche sachlichen Begrenzungen gibt es?
Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes

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

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

   Die Vorinvalidität wird nach Art. 7, Pkt. 1.2 bemessen.

3. Leistungskürzung bei Vorerkrankungen oder Gebrechen

3.1 Haben Krankheiten oder Gebrechen, die schon vor dem Unfall bestanden haben, die Unfallfolgen beeinflusst, ist

- im Falle von dauernder Invalidität (gemäß Art. 7, Pkt. 1) der Invaliditätsgrad,
- bei Taggeld und Spitalgeld die Anzahl der anspruchsberechtigten Tage,
- bei den sonstigen Versicherungsleistungen lt. Abschnitt B (ausgenommen bei Leistungen für die Unfall-Invaliditäts-Rente (UIR) (Art. 7, Pkt. 2) und die Unfall-Berufsunfähigkeits-Rente (UBUR) (Art. 7, Pkt. 3)) die Leistung

entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens zu kürzen.

3.2 Für die Unfall-Invaliditäts-Rente (UIR) gemäß Art. 7, Pkt. 2 gelten folgende Bestimmungen:

Haben Krankheiten oder Gebrechen, die schon vor dem Unfall bestanden haben, die Unfallfolgen beeinflusst, ist der Invaliditätsgrad entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens zu kürzen.

Eine Leistung für die Unfall-Invaliditäts-Rente (UIR) erfolgt somit nur unter der Voraussetzung, dass die unfallkausalen Folgen zu einem Invaliditätsgrad von 50% oder mehr geführt haben.

3.3 Für die Unfall-Berufsunfähigkeits-Rente (UBUR) gemäß Art. 7, Pkt. 3 gelten folgende Bestimmungen:

Haben Krankheiten oder Gebrechen an der Feststellung der Berufsunfähigkeit/Erwerbsunfähigkeit (durch eine österreichische gesetzliche Pensionsversicherung) mitgewirkt, wird die Unfall-Berufsunfähigkeits-Rente (UBUR) gekürzt.

Die Kürzung der Unfall-Berufsunfähigkeits-Rente (UBUR) erfolgt in dem Verhältnis, in dem die festgestellten Folgen des Freizeitunfalles (ohne Berücksichtigung der bestehenden Krankheiten oder sonstigen Gebrechen) zu dem erforderlichen Wert für die Zuerkennung einer gesetzlichen Berufsunfähigkeits-Pension (Erwerbsunfähigkeits-Pension) stehen.

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. Bei einem Bandscheibenvorfall wird eine Leistung nur erbracht, wenn dieser durch direkte mechanische Einwirkung auf die Wirbelsäule entstanden ist und es sich nicht um eine Verschlimmerung von vor dem Unfall bestandenen Krankheits- oder Degenerationserscheinungen 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.

Abschnitt D:

Pflichten des Versicherungsnehmers

Artikel 19 - Wann ist die Prämie zu bezahlen?
Prämie

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

Für die Folgen nicht rechtzeitiger Prämienzahlung gelten die §§ 38 ff VersVG.

Artikel 20 - Was ist bei Änderung des Berufes oder der Beschäftigung zu beachten?
Anzeige der Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung des Versicherten

Als Obliegenheit gemäß § 6, Abs. 1 (a) und 2 VersVG hat der Versicherungsnehmer folgendes anzuzeigen:

1. Veränderungen des im Antrag angegebenen Berufes oder der im Antrag angegebenen Beschäftigung des Versicherten sind unverzüglich anzuzeigen. Einberufungen zum ordentlichen Präsenzdienst, zum Zivildienst sowie zu kurzfristigen militärischen Reserveübungen gelten nicht als Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung.

   - Ergibt sich für die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung des Versicherten nach dem zur Zeit der Veränderung gültigen Tarif des Versicherers eine niedrigere Prämie, so ist vom Zugang der Anzeige an nur diese Prämie zu bezahlen.

   - Ergibt sich eine höhere Prämie, so wird auf die Dauer von drei Monaten ab dem Zeitpunkt, zu welchem dem Versicherer die Anzeige hätte zugehen müssen, auch für die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung der volle Versicherungsschutz gewährt.
   - Tritt ein auf die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung zurückzuführender Versicherungsfall nach Ablauf der drei Monate ein, ohne dass inzwischen eine Einigung über die Mehrprämie erreicht worden wäre, so werden die Leistungen des Versicherers in der Weise bemessen, dass dem Vertrag als Versicherungssummen jene Beträge zu Grunde gelegt werden, welche sich nach den für die neue Berufstätigkeit bzw. Beschäftigung erforderlichen Prämiensätzen auf Grund der tatsächlichen in der Versicherungsurkunde berechneten Prämie ergeben.
   - Bietet der Versicherer für die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung grundsätzlich keinen Versicherungsschutz an, finden die Bestimmungen der §§ 23 ff VersVG (Gefahrerhöhung) Anwendung.

2. Die Beendigung des im Antrag angegeben Berufes oder der im Antrag angegeben Beschäftigung des Versicherten, insbesondere Karenzierung, Arbeitslosigkeit und Pension, sind unverzüglich dem Versicherer anzuzeigen.

Artikel 21 - Was ist vor Eintritt, was ist nach Eintritt eines Versicherungsfalles zu beachten?
Obliegenheiten

1. Obliegenheiten vor Eintritt des Versicherungs- falles:

   Als Obliegenheiten, deren Verletzung die Leistungsfreiheit des Versicherers gemäß § 6, Abs. 1 (a) und 2 VersVG bewirkt, werden bestimmt:

   1.1 Der Versicherte hat als Lenker eines Kraftfahrzeuges in jedem Fall die kraftfahrrechtliche Berechtigung zu besitzen, 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.

   1.2 Die Anzeigepflicht gem. Art. 20.

2. Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalles:

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

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

2.2 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 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 Nach Erhalt des Formulares für Unfallanzeigen ist dieses ohne Verzug dem Versicherer ausgefüllt zuzusenden; außerdem sind dem Versicherer alle verlangten sachdienlichen Auskünfte zu erteilen.

2.6 Der behandelnde Arzt oder die behandelnde Krankenanstalt sowie diejenigen Ärzte oder Krankenanstalten, von denen der Versicherte aus anderen Anlässen behandelt oder untersucht worden ist, sind zu ermächtigen und aufzufordern, die 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 bezeichneten Ärzte untersuchen lässt.

2.9 Ist auch Spitalgeld versichert, so ist dem Versicherer, wenn der Versicherte in ein Spital (Art. 10, Pkt. 3) eingewiesen ist, nach der Entlassung aus dem Spital eine Bescheinigung der Spitalsverwaltung einzusenden, in welcher der volle Vor- und Zuname des Versicherten, dessen Geburtsdaten, der Tag der Aufnahme in das Spital und der Tag der Entlassung sowie die Diagnose angegeben sein müssen.

2.10 Ist auch Taggeld versichert, so ist dem Versicherer eine ärztliche Bescheinigung über die Dauer und den Grund der Arbeitsunfähigkeit, sowie über den Grad der Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit des Versicherten einzusenden.

2.11 Im Falle der Mitversicherung der Unfall-Berufsunfähigkeits-Rente (UBUR)

- sind dem Versicherer die im Art. 7, Pkt. 3.3.1 und Pkt. 3.7 genannten Unterlagen vorzulegen.
- ist die Anzeigepflicht gemäß Art. 7, Pkt. 3.8.1 und 3.8.2 zu erfüllen.

2.12 Im Falle der Mitversicherung der Unfall-Invaliditäts-Rente (UIR) ist dem Versicherer die im Art. 7, Pkt. 2.7 genannte Bescheinigung vorzulegen.

Abschnitt E:

Sonstige Vertragsbestimmungen

Artikel 22 - Was gilt als Versicherungsperiode?
Versicherungsperiode, Vertragsdauer

1. Versicherungsperiode:

   Als Versicherungsperiode gilt, wenn der Versicherungsvertrag nicht für eine kürzere Zeit abgeschlossen ist, der Zeitraum eines Jahres.

2. Vertragsdauer:

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

Artikel 23 - Unter welchen Voraussetzungen und wann kann der Versicherungsvertrag gekündigt werden?
Kündigung, Erlöschen des Vertrages

1. Kündigung nach Eintritt des Versicherungsfalles:

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

   In diesen Fällen ist die Kündigung vorzunehmen innerhalb eines Monates

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

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

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

   Die Kündigung ist vorzunehmen innerhalb eines Monates

   - nach Anerkennung dem Grunde nach;
   - nach erbrachter Versicherungsleistung;
   - nach Ablehnung des arglistig erhobenen

   Anspruches auf Versicherungsleistung.

   Die Kündigung kann nur unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist erfolgen.

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

   1.3 Dem Versicherer gebührt die bis zur Vertragsauflösung anteilige Prämie.

2. Erlischt der Vertrag, weil der Versicherte gestorben oder unversicherbar geworden ist (Art. 16), so gebührt dem Versicherer die bis zur Vertragsauflösung anteilige Prämie.

3. Hat der Versicherer mit Rücksicht auf die vereinbarte Vertragszeit eine Ermäßigung der Prämie gewährt, so kann er bei einer vorzeitigen Auflösung des Vertrages die Nachzahlung des Betrages fordern, um den die Prämie höher bemessen worden wäre, wenn der Vertrag nur für den Zeitraum abgeschlossen worden wäre, während dessen er tatsächlich bestanden hat.

Artikel 24 - Wem steht die Ausübung der Rechte aus dem Versicherungsvertrag zu, wer hat Pflichten aus dem Versicherungsvertrag zu erfüllen?
Rechtsstellung der am Vertrag beteiligten Personen

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

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

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

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

Artikel 25 - Wo können Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag gerichtlich geltend gemacht werden?
Gerichtsstand

Der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen, die zur selbstständigen 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 (Österreich) haben.

Artikel 26 - Wie sind Erklärungen abzugeben?
Form der Erklärungen

Alle Mitteilungen und Erklärungen sind nur in schriftlicher Form verbindlich.

Anhang

Auszug aus dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VersVG), BGBl. 1959/2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl I. 1997/6 (Wiedergabe der in den AUVB 1999 erwähnten Bestimmungen des Gesetzes)

§ 6

(1) Ist im Vertrag bestimmt, dass bei Verletzung einer Obliegenheit die vor 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 Monates, 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 Monates nicht, so kann er sich auf die vereinbarte Leistungsfreiheit nicht berufen.

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

(2) Ist eine Obliegenheit verletzt, die vom Versicherungsnehmer zum Zwecke der Verminderung der Gefahr oder der Verhütung einer Erhöhung der Gefahr dem Versicherer gegenüber - unabhängig von der Anwendbarkeit des Abs. 1 a - 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 den Umfang der ihm obliegenden Leistungen 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.

(4) Eine Vereinbarung, nach welcher der Versicherer bei Verletzung einer Obliegenheit zum Rücktritt berechtigt sein soll, ist unwirksam.

(5) Der Versicherer kann aus einer fahrlässigen Verletzung einer vereinbarten Obliegenheit Rechte nur ableiten, wenn dem Versicherungsnehmer vorher die Versicherungsbedingungen ausgefolgt worden sind oder ihm eine andere Urkunde ausgefolgt worden ist, in der die Obliegenheit mitgeteilt wird.

§ 12

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

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

§ 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 Vorschriften 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 Monates gegen sich gelten lassen.

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

§ 25

(1) Der Versicherer ist im Fall einer Verletzung der Vorschrift des § 23 Abs. 1 von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Versicherungsfall nach der Erhöhung der Gefahr eintritt.

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

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

§ 26

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

§ 27

(1) Tritt nach dem Abschluss des Vertrages unabhängig vom Willen des Versicherungsnehmers eine Erhöhung der Gefahr ein, so ist der Versicherer berechtigt, das Versicherungsverhältnis unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von einem Monat zu kündigen. Das Kündigungsrecht erlischt, wenn es nicht innerhalb eines Monates 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 Risken 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.

§ 38

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

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

§ 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 Eintrittes 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 Monates nach der Kündigung oder, falls die Kündigung mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monates nach Ablauf der Zahlungsfrist die Zahlung nachholt, sofern nicht der Versicherungsfall bereits eingetreten ist.

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

§ 39a

Ist der Versicherungsnehmer bloß mit nicht mehr als 10vH der Jahresprämie, höchstens aber EUR 60,00,- im Verzug, so tritt eine in § 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 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 zu lassen.

Rententafel

auf Grund der österreichischen allgemeinen Sterbetafel OEM 90/92 und eines Zinsfußes von jährlich 3% (Art. 7, Pkt. 1.7).

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

Alter	75	76	77	78	79	80
für Männer - Jahresrente in EUR	137,00	144,00	152,00	161,00	171,00	181,00
für Frauen - Jahresrente in EUR	115,00	121,00	128,00	136,00	144,00	154,00

Besondere Bedingungen für die Kollektivunfallversicherung 1999

Die Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen 1999 für den Basisunfallschutz (AUVB 1999-B) finden insoweit Anwendung, als in den nachstehenden Besonderen Bedingungen keine Sonderregelung getroffen wird.

1. Versicherungsformen

   Der Versicherungsvertrag gilt je nach der vereinbarten Versicherungsform abgeschlossen als Kollektivunfallversicherung

   - ohne Namensangabe oder
   - mit Namensangabe

   der Versicherten.

2. Gemeinsame Bestimmungen

   2.1 Versicherungssummen:

   Vereinbart sind

   - fixe Versicherungssummen oder
   - das Vielfache (Teil) des Jahresbezuges des einzelnen Versicherten.

   2.2 Jahresbezug:

   2.2.1 Begriffsbestimmung

   Anzurechnen sind alle Löhne, Gehälter, Provisionen und sonstige Entgelte, welche Bezeichnung sie auch immer tragen (z.B. Gefahren-, Montage-, Schmutzzulage, Weggelder usw.).

   Nicht anzurechnen sind nur die freiwilligen außerordentlichen, nicht wiederkehrenden Zuwen- dungen, wie bei Betriebs- oder Dienstjubiläen, Unglücks- oder Krankheitsfällen und Betriebsveranstaltungen.

   2.2.2 Jahresbezug als Versicherungssumme:

   Als Jahresbezug des Versicherten gelten seine tatsächlichen Bezüge während der dem Unfalltag vorangegangenen 12 Monate; wenn während dieser Zeit kein ununterbrochenes Dienstverhältnis bestanden hat, der so errechnete Jahresbezug eines vergleichbaren Dienstnehmers.

   2.2.3 Als Höchstgrenze eines der Berechnung der Versicherungsleistung wie auch der Prämienberechnung zu Grunde zulegenden einfachen Jahresbezuges gemäß Pkt. 2.2.1 des einzelnen Versicherten wird ein Betrag von EUR 145.345,67 bestimmt.

   2.3 Fluggastrisiko:

   Benützen mehrere durch vorliegenden Versicherungsvertrag Versicherte dasselbe Flugzeug, so gilt für das Fluggastrisiko (Art. 6, Pkt. 4 AUVB 1999) ein Betrag von EUR 4.723.734,22 als Höchstgrenze der Versicherungsleistungen.

   Überschreitet die Summe der Ansprüche dieser Versicherten den Betrag von EUR 4.723.734,22, so wird die Leistung für jeden einzelnen Versicherten im Verhältnis der Summe der vertraglichen Einzelansprüche zu diesem Betrag gekürzt.

   2.4 Erlöschen des Versicherungsschutzes:

   Ohne dass sich am Weiterbestand des Versicherungsvertrages etwas ändert, erlischt die Versicherung für den einzelnen Versicherten mit Beendigung des Dienstverhältnisses oder dem Ausscheiden aus dem Kreis der versicherten Personen.

3. Kollektivunfallversicherung ohne

   Namensangabe

   3.1 Versicherte Personen:

   Versichert, soweit gemäß Art. 16 AUVB 1999 versicherbar, sind alle zu einer eindeutig beschriebenen Gruppe gehörenden Personen zum gleichen Versicherungsumfang. Die Zuordnung der Versicherten hat so zu erfolgen, dass bei einem Unfall kein Zweifel über die Zugehörigkeit des Betroffenen zum versicherten Personenkreis entsteht.

   3.2 Prämienregulierung:

   3.2.1 Der Prämienberechnung wird zunächst eine den zu erwartenden Verhältnissen entsprechende Größe zu Grunde gelegt.

   Nach Ablauf einer jeden Versicherungsperiode hat der Versicherungsnehmer die den tatsächlichen Verhältnissen entsprechenden Größen anzugeben und auf Verlangen nachzuweisen; dieser Verpflichtung hat der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monates nach Erhalt der Anfrage des Versicherers nachzukommen.

   Der Versicherer hat nach Empfang der Angaben des Versicherungsnehmers die endgültige Abrechnung vorzunehmen; der Mehr- oder Minderbetrag an Prämie ist einen Monat nach Empfang der Abrechnung fällig.

   3.2.2 Hat der Versicherungsnehmer die Angaben nicht rechtzeitig gemacht, so hat der Versicherer die Wahl, auf Nachholung der Angaben zu klagen oder eine Zusatzprämie einzuheben. Diese Zusatzprämie beträgt, wenn die ausständigen Angaben die erste Jahresprämie oder die Prämie für eine Versicherungsdauer von weniger als einem Jahr betreffen, so viel wie jene Prämie, die erstmals zur Vorschreibung gelangt ist, andernfalls so viel wie die Prämie für jenes Versicherungsjahr, das dem abzurechnenden Versicherungsjahr unmittelbar vorangeht. Werden die Angaben nachträglich, aber noch innerhalb zweier Monate nach Empfang der Aufforderung zur Bezahlung der Zusatzprämie gemacht, so hat der Versicherer den etwa zuviel gezahlten Betrag rückzuerstatten.

   3.2.3 Einblicksrecht des Versicherers:

   Der Versicherer hat das Recht, die Angaben des Versicherungsnehmers nachzuprüfen. Der Versicherungsnehmer hat zu diesem Zweck Einblick in sämtliche maßgebende Unterlagen zu gewähren.

4. Kollektivunfallversicherung mit Namensangabe

   4.1 Versicherte Personen:

   Versichert, soweit gemäß Art. 16 AUVB 1999 versicherbar, sind alle Personen, die dem Versicherer mit Angabe von Namen, Geburtsdatum, Beruf und Anschrift sowie den gewünschten Versicherungssummen bekannt gegeben werden.

   4.2 An- und Abmeldung:

   Für Personen, die in den Versicherungsvertrag eingeschlossen werden sollen, tritt die Versicherung für diese Personen nach Zusage des Versicherungsschutzes durch den Versicherer in Kraft. Personen, die nicht mehr versichert sein sollen, sind beim Versicherer abzumelden.