

Allgemeine Unfallversicherungsbedingungen (AUVB 2006)

Sie sind der Versicherungsnehmer, der den Versicherungsvertrag mit der Allianz Elementar Vers.AG abschließt.

Versicherte Person ist die Person, deren Gesundheitsschädigung oder Ableben infolge eines Unfalles versichert ist.

Anspruchsberechtigter (Begünstigter, Bezugsberechtigter) ist die Person, die für den Empfang der Leistung benannt ist.

Wir sind die Allianz Elementar Vers.AG als Versicherer.

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

- Artikel 7: Welche Leistungen können bei Dauernder Invalidität versichert werden?
Invalidität: Dauernde Invalidität mit Kapitalleistung,
Unfall-Invaliditäts-Rente,
Unfall-Invaliditäts-Rente mit Berufsunfähigkeitsschutz
- Artikel 8: Welche Leistung für den Todesfall kann versichert werden?
Todesfall
- Artikel 9: Welche Leistung kann bei dauernder oder vorübergehender Arbeitsunfähigkeit versichert werden?
Taggeld
- Artikel 10: Welche Leistung kann bei einem Spitalaufenthalt versichert werden?
Spitalgeld
- Artikel 11: Welche unfallbedingten Kosten können versichert werden?
Unfallkosten, Bergungskosten, Fixkosten
- Artikel 12: Was zahlen wir zusätzlich?
Sonderleistungen, Zusatzleistungen
- Artikel 13: Wie sind die Versicherungssummen vom Alter der versicherten Person abhängig?
Versicherungssummen, Altersgrenzen
- Artikel 14: Wann sind unsere Leistungen fällig, wann verjähren sie?
Fälligkeit unserer Leistung und Verjährung
- Artikel 15: In welchen Fällen und nach welchen Regeln entscheidet die Ärztekommision?
Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten (Ärztekommision)

Abschnitt C: Begrenzungen des Versicherungsschutzes

- Artikel 16: Wer kann nicht versichert werden?
Unversicherbare Personen
- Artikel 17: In welchen Fällen zahlen wir 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, der Beschäftigung oder einer besonders gefährlichen Freizeitaktivität zu beachten?
Anzeige der Änderung der Berufstätigkeit, der Beschäftigung oder einer besonders gefährlichen Freizeitaktivität der versicherten Person
- Artikel 21: Was ist vor Eintritt eines Versicherungsfalles zu beachten? Was ist nach Eintritt eines Versicherungsfalles zu tun?
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 die Pflichten aus dem Versicherungsvertrag zu erfüllen?
Rechtsstellung der am Vertrag beteiligten Personen

- Artikel 25: Was gilt bei Unwirksamkeit oder Undurchführbarkeit einzelner Bestimmungen dieses Vertrages?
Unwirksamkeit/Undurchführbarkeit einzelner Bestimmungen
- Artikel 26: Wo können Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag gerichtlich geltend gemacht werden?
Zuständiges Gericht (Gerichtsstand)
- Artikel 27: Wie sind Erklärungen abzugeben?
Form der Erklärungen
- Artikel 28: Welches Recht gilt?
Anwendbares Recht

Anhang: Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz

Abschnitt A: Versicherungsschutz

Artikel 1 - Was ist versichert? Gegenstand der Versicherung

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

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

Artikel 2 - Was gilt als Versicherungsfall? Versicherungsfall

Versicherungsfall ist der Eintritt eines Unfalles (Art. 6, Begriff des Unfalles).

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, d.h. Leistungsfreiheit bei Prämienverzug) 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 (Bezahlung der Prämie, vgl. 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 die ausdrückliche Zusage der vorläufigen Deckung durch uns erforderlich.

Ist eine vorläufige Deckung vereinbart, endet diese mit der Aushändigung der Versicherungsurkunde.

Uns steht in diesem Fall die auf die Zeit des Versicherungsschutzes entfallende anteilige Prämie zu.

Artikel 6 - Was ist ein Unfall? Begriff des Unfalles

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

gen von an Gliedmaßen und an der Wirbelsäule befindlichen Muskeln, Sehnen, Bändern und Kapseln sowie Meniskusverletzungen jeweils infolge plötzlicher Abweichung vom geplanten Bewegungsablauf.

- 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 (Sonderleistungen, Zusatzleistungen) sowie für Wundstarrkrampf und Tollwut, verursacht durch einen Unfall gemäß Art. 6, Pkt. 1 (Begriff des Unfalles).
- Der Versicherungsschutz gilt auch für Unfälle, die die versicherte Person als Fluggast in motorischen Luftfahrzeugen erleidet, sofern sie nicht unter die Ausschlussklausel gemäß Art. 17, Pkt. 1 fällt.

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

Artikel 7 - Welche Leistungen können bei dauernder Invalidität versichert werden?

1. Dauernde Invalidität mit Kapitalleistung

1.1 Welche Voraussetzungen für die Leistung bestehen und in welcher Art erfolgt die Leistung?

- Die versicherte Person ist innerhalb eines Jahres nach dem Unfall auf Dauer in ihrer körperlichen oder geistigen Funktionsfähigkeit (dauernde Invalidität) durch den Unfall beeinträchtigt.
- Ein Anspruch auf Leistung für dauernde Invalidität ist innerhalb von 15 Monaten vom Unfalltag an geltend zu machen und unter Vorlage eines ärztlichen Befundes zu begründen.
- Die Invaliditätsleistung zahlen wir - unabhängig vom Alter der versicherten Person - als Kapitalbetrag.

Kein Anspruch auf Invaliditätsleistung besteht, wenn die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall stirbt.

1.2 Wie wird die Invaliditätsleistung berechnet?

Die Höhe der Invaliditätsleistung errechnet sich aus der vereinbarten Versicherungssumme mal dem festgestellten Invaliditätsgrad (in %).

1.3 Wie wird der Invaliditätsgrad bemessen?

1.3.1 Bei völligem Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane gelten ausschließlich die folgenden Invaliditätsgrade:

eines Armes ab Schultergelenk	70%
eines Armes bis oberhalb des Ellenbogengelenkes	60%
eines Armes unterhalb des Ellenbogengelenkes oder einer Hand	50%
eines Daumens	20%
eines Zeigefingers	10%
eines anderen Fingers	5%
eines Beines ab Hüftgelenk	70%
eines Beines bis oberhalb des Kniegelenkes	60%
eines Beines bis unterhalb des Kniegelenkes	

oder eines Fußes	50%
einer großen Zehe	5%
einer anderen Zehe	2%
der Sehkraft beider Augen	100%
der Sehkraft eines Auges	50%
des Gehörs beider Ohren	60%
des Gehörs eines Ohres	30%
des Geruchsinnes	10%
des Geschmacksinnes	10%
der Milz	10%
einer Niere	20%

Wenn die zweite Niere bereits vor dem Unfall beeinträchtigt war oder beide Nieren durch den Unfall beeinträchtigt wurden, ist Art. 7 Pkt. 1.3.3, Dauernde Invalidität, anzuwenden.

1.3.2 Bei Teilverlust oder Funktionsbeeinträchtigung gilt der entsprechende Teil des jeweiligen Prozentsatzes.

1.3.3 Für andere Körperteile und Sinnesorgane bemisst sich der Invaliditätsgrad danach, inwieweit die normale körperliche oder geistige Funktionsfähigkeit insgesamt beeinträchtigt ist. Dabei sind ausschließlich medizinische Gesichtspunkte zu berücksichtigen. Waren betroffene Körperteile oder Sinnesorgane oder deren Funktionen bereits vor dem Unfall dauernd beeinträchtigt, wird der Invaliditätsgrad um die Vorinvalidität gemindert. (Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes, vgl. Art. 18, Pkt. 2).

Bei Mitwirkung von Krankheiten, Gebrechen oder Abnützungerscheinungen an den Unfallfolgen finden die Bestimmungen des Art. 18, Pkt. 3 Anwendung.

1.3.4 Sind mehrere Körperteile oder Sinnesorgane durch den Unfall beeinträchtigt, werden die nach den vorstehenden Bestimmungen ermittelten Invaliditätsgrade zusammengerechnet. Der Invaliditätsgrad aus einem Unfall ist jedoch mit 100% begrenzt.

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

Im ersten Jahr nach dem Unfall wird eine Invaliditätsleistung von uns nur erbracht, wenn Art und Umfang der Unfallfolgen aus ärztlicher Sicht eindeutig feststehen und ein unfallkausales Ableben im ersten Jahr nach dem Unfall auszuschließen ist.

1.5 Bis zu welchem Zeitpunkt kann der Invaliditätsgrad festgestellt werden?

Eine Feststellung des Invaliditätsgrades ist bis zu 4 Jahren ab dem Unfalltag möglich, und zwar ab 2 Jahren ab dem Unfalltag auch durch die Ärztekommision (siehe Art. 15).

2. Unfall-Invaliditäts-Rente

2.1 Wann wird die Unfall-Invaliditäts-Rente gezahlt?

Ist die versicherte Person innerhalb eines Jahres nach dem Unfall auf Dauer in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit durch den Unfall beeinträchtigt und beträgt der festgestellte Invaliditätsgrad mindestens 50% dann wird die vereinbarte monatliche Unfall-Invaliditäts-Rente gezahlt. Für die Bemessung des Invaliditätsgrades

gelten die Bestimmungen des Art. 7, Pkt. 1.3 (Wie wird der Invaliditätsgrad bemessen?).

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

Kein Anspruch auf die Unfall-Invaliditäts-Rente besteht, wenn die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall stirbt.

2.2 Bis zu welchem Zeitpunkt kann der Invaliditätsgrad festgestellt werden?

Eine Feststellung des Invaliditätsgrades ist bis zu 4 Jahren ab dem Unfalltag möglich, und zwar ab 2 Jahren ab dem Unfalltag auch durch die Ärztekommision (siehe Art. 15).

Ergibt die endgültige Feststellung einen Invaliditätsgrad von mindestens 50%, entsteht ein Anspruch auf Rentenleistung.

2.3 Ab welchem Zeitpunkt erfolgt die Rentenleistung?

Steht unsere Leistungspflicht dem Grunde nach fest, besteht Anspruch auf Unfall-Invaliditäts-Rente ab Beginn des Monats, 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 wird bis zum Ablauf des Monats 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 von Ihnen bekanntgegebene Person oder an die Erben des Rentenempfängers bis zum Ablauf des 20. Jahres ab Beginn der Rentenzahlung fortgesetzt.

Bei einem Unfall nach Vollendung des 60. Lebensjahres des Rentenempfängers wird die Rentenleistung bis zum Ende des 6. Monats ab Ableben des Rentenempfängers an die von Ihnen bekanntgegebene Person oder an die Erben des Rentenempfängers geleistet.

2.6 Welche Auswirkung hat eine bestehende Vorinvalidität bzw. eine Mitwirkung von Krankheiten, Gebrechen oder Abnützungerscheinungen an den Unfallfolgen?

Bei einer bestehenden Vorinvalidität wird der Invaliditätsgrad um die Vorinvalidität gemindert (vgl. Art. 18, Pkt. 2) bzw. die Mitwirkung von Krankheiten, Gebrechen oder Abnützungerscheinungen an den Unfallfolgen wird der Invaliditätsgrad entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens gekürzt (vgl. Art. 18, Pkt. 2 und 3.2).

2.7 Welche Bescheinigung muss uns auf Anforderung vorgelegt werden?

Wir sind berechtigt, die Voraussetzung für die Rentenleistung jederzeit durch Anforderung einer Lebensbescheinigung zu überprüfen. Wird uns die angeforderte Bescheinigung nicht unverzüglich übermittelt, ruht die Rentenleistung ab der nächsten Fälligkeit.

2.8 Welche Anzeigepflicht ist zu erfüllen?

Das Ableben des Rentenempfängers ist uns im Sinne des Art. 21, Pkt. 2.2 (Obliegenheiten) innerhalb von drei Tagen anzuzeigen. Eine sich aus der Nichtbeachtung dieser Anzeigepflicht ergebende Rentenleistung können wir jedenfalls vom unberechtigten Empfänger zurückverlangen.

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

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

2.10 Gewinnbeteiligung - Wie sind die versicherten Personen im Leistungsfall an unseren Überschüssen beteiligt?

2.10.1 Herkunft der Gewinnbeteiligung

Um die Rentenleistung in jedem Fall sicherzustellen, ist die von uns im Leistungsfall gebildete Rückstellung mit einem Rechnungszins von 4 % kalkuliert. Liegen die tatsächlichen Kapitalerträge über dem Rechnungszins, nehmen die versicherten Personen (Rentenempfänger) an den daraus entstehenden Überschüssen 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

Wir überprüfen jährlich, ob die im vorangegangenen Geschäftsjahr erzielten Überschüsse aus unseren Veranlagungen 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 in unserem Geschäftsbericht veröffentlicht. Im Falle einer Erhöhung zahlen wir 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-Invaliditäts-Rente mit Berufsunfähigkeitsschutz

3.1 Für wen kann Versicherungsschutz geboten werden?

Die Unfall-Invaliditäts-Rente mit Berufsunfähigkeitsschutz 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 der Unfall-Invaliditäts-Rente mit Berufsunfähigkeitsschutz wegfallen und die versicherte Person nicht unversicherbar im Sinne der Bestimmungen des Art. 16, Pkt. 1 (Unversicherbare Personen) ist, wird

die bestehende Unfall-Invaliditäts-Rente mit Berufsunfähigkeitsschutz bei gleichbleibender Prämie in eine um 35% erhöhte Unfall-Invaliditäts-Rente (siehe Art. 7, Pkt. 2) umgewandelt.

3.2 Wann wird die vereinbarte Rentenleistung gezahlt?

Ist die versicherte Person innerhalb eines Jahres nach dem Unfall auf Dauer in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit durch den Unfall beeinträchtigt und beträgt der festgestellte Invaliditätsgrad mindestens 50% dann wird die vereinbarte monatliche Unfall-Invaliditäts-Rente gezahlt. In diesem Fall finden die Bestimmungen des Art. 7, Pkt. 2 (Unfall-Invaliditäts-Rente) Anwendung.

3.3 Wann wird eine Rentenleistung bei Berufsunfähigkeit gezahlt?

Die vereinbarte monatliche Rentenleistung wird - unabhängig vom Alter der versicherten Person - erbracht, wenn die versicherte Person innerhalb eines Jahres nach dem Unfall auf Dauer in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit durch den Unfall beeinträchtigt ist und

- der festgestellte Invaliditätsgrad mindestens 35% beträgt und
- innerhalb von 3 Jahren ab dem Unfallzeitpunkt von einer österreichischen gesetzlichen Pensionsversicherung eine durch den Unfall bedingte Berufsunfähigkeits-Pension (Erwerbsunfähigkeits-Pension) geleistet wird.

Für die Bemessung des Invaliditätsgrades gelten die Bestimmungen des Art. 7, Pkt. 1.3 und 1.5 (Dauernde Invalidität).

3.3.1 Welche Voraussetzungen bestehen für unsere Leistungspflicht bei Berufsunfähigkeit?

Ihr Anspruch auf Leistung für die Unfall-Invaliditäts-Rente mit Berufsunfähigkeitsschutz ist innerhalb von 15 Monaten ab Rechtskraft des Bescheides über die Zuerkennung der Berufsunfähigkeits-Pension (Erwerbsunfähigkeits-Pension) geltend zu machen.

Der Bescheid über die Zuerkennung der Berufsunfähigkeits-Pension (Erwerbsunfähigkeits-Pension) und die erhobenen ärztlichen Befunde sind uns vorzulegen.

Kein Anspruch auf Leistung aus der Unfall-Invaliditäts-Rente mit Berufsunfähigkeitsschutz besteht, wenn die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall stirbt.

3.3.2 Ab welchem Zeitpunkt erfolgt die Rentenleistung?

Steht unsere Leistungspflicht dem Grunde nach fest, besteht Anspruch auf die Unfall-Invaliditäts-Rente mit Berufsunfähigkeitsschutz ab Beginn des Monats, ab dem eine österreichische gesetzliche Pensionsversicherung eine Berufsunfähigkeits-Pension (Erwerbsunfähigkeits-Pension) geleistet hat. Die Unfall-Invaliditäts-Rente mit Berufsunfähigkeitsschutz wird monatlich im vorhinein geleistet.

3.3.3 Bis zu welchem Zeitpunkt erfolgt die Rentenleistung?

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

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

Die Rentenleistung endet jedenfalls mit Ablauf des Monats, in dem der Rentenempfänger stirbt.

3.3.4 Welche Bescheinigung muss auf unsere Anforderung vorgelegt werden?

Wir sind 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 uns die angeforderte Bescheinigung nicht unverzüglich übermittelt, ruht die Rentenleistung ab der nächsten Fälligkeit.

3.3.5 Welche Anzeigepflicht ist zu erfüllen?

- Die Aberkennung einer Berufsunfähigkeitspension (Erwerbsunfähigkeits-Pension) ist uns im Sinne des Art. 21, Pkt. 2.11 (Obliegenheiten) innerhalb von 14 Tagen ab Erhalt des Bescheides einer österreichischen gesetzlichen Pensionsversicherung anzuzeigen.
- Das Ableben des Rentenempfängers ist uns im Sinne des Art. 21, Pkt. 2.2 (Obliegenheiten) innerhalb von drei Tagen anzuzeigen.
- Eine sich aus der Nichtbeachtung der obigen Anzeigepflichten ergebende Rentenleistung können wir jedenfalls vom unberechtigten Empfänger zurückverlangen.

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

- Der Versicherungsschutz für die Unfall-Invaliditäts-Rente mit Berufsunfähigkeitsschutz endet, wenn als Folge eines Versicherungsfalles die Unfall-Invaliditäts-Rente gemäß Art. 7, Pkt. 3.2, geleistet wird. Die anteilige Prämie wird Ihnen ab dem Zeitpunkt des Unfalles zurückerstattet.
- Wenn die versicherte Person während der Laufzeit des Versicherungsvertrages arbeitsunfähig wird, endet der Versicherungsschutz für diesen Versicherungsvertrag zur Gänze (siehe Art. 16, Unversicherbare Personen).

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

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

- Sie und/oder wir innerhalb von 6 Monaten ab Inkrafttreten der neuen gesetzlichen Bestimmungen den Vertrag hinsichtlich der Unfall-Invaliditäts-Rente mit Berufsunfähigkeitsschutz ohne Rücksicht auf den Fortbestand des restlichen Vertrages sofort kündigen.
- wir 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 Monats nach seinem Empfang schriftlich abgelehnt wird. Bei Ablehnung des Angebotes gilt der Versicherungsvertrag hinsichtlich der Unfall-Invaliditäts-Rente mit Berufsunfähigkeitsschutz - ohne Rück-

sicht auf den Fortbestand des restlichen Vertrages - als von uns gekündigt. In diesem Fall endet der Versicherungsschutz hinsichtlich der Unfall-Invaliditäts-Rente mit Berufsunfähigkeitsschutz mit Erhalt der Ablehnung. Auf die vorgenannten Rechtsfolgen bei Nichtablehnung bzw. Ablehnung unseres Angebotes werden wir Sie bei Angebotsstellung besonders hinweisen.

3.3.8 Gewinnbeteiligung - Wie sind die versicherten Personen im Leistungsfall an unseren Überschüssen beteiligt?

Für die Gewinnbeteiligung gelten die Bestimmungen des Art. 7, Pkt. 2.10 (Unfall-Invaliditäts-Rente).

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

Bei einer bestehenden Vorinvalidität wird der Invaliditätsgrad um die Vorinvalidität gemindert (vgl. Art. 18, Pkt. 2) bzw. bei Mitwirkung von Krankheiten, Gebrechen oder Abnützungerscheinungen an den Unfallfolgen wird der Invaliditätsgrad entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens gekürzt (vgl. Art. 18, Pkt. 3.3).

Artikel 8 - Welche Leistung für den Todesfall kann versichert werden?

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 für Invalidität (Art. 7, Pkte. 1 - 3), die aus demselben Ereignis geleistet worden sind, angerechnet. Einen Mehrbetrag an Leistung für Dauernde Invalidität gemäß Art. 7 können wir nicht zurückverlangen.

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

Artikel 9 - Welche Leistung kann bei dauernder oder vorübergehender Berufsunfähigkeit versichert werden?

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

- für jeden Kalendertag der unfallbedingten dauernden oder vorübergehenden Invalidität
- abgestuft nach dem Grad der Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit der versicherten Person in seiner ausgeübten Erwerbstätigkeit,
- nach Ablauf der vertraglich vereinbarten Karenzfrist (z.B. Leistung ab dem 8. Tag),
- für längstens 365 Tage innerhalb von zwei Jahren ab dem Unfalltag,

gezahlt.

3. Wann kommt die Versicherung für Taggeld nicht zustande?

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

Artikel 10 - Welche Leistung kann bei einem Spitalaufenthalt versichert werden?

Spitalgeld

1. Wann und für welche Dauer wird Spitalgeld gezahlt?

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

2. 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, Werkspitäler 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 Geistesranke.

Artikel 11 - Welche unfallbedingten Kosten können versichert werden?

Unfallkosten, Such- und Bergungskosten, Fixkosten

1. Unfallkosten

1.1 Für welche Kosten wird Ersatz geleistet?

Unfallkosten werden von uns bis zur hierfür vereinbarten Versicherungssumme ersetzt, sofern sie innerhalb von zwei 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:

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

Nicht ersetzt werden:

1.1.1.1 die Kosten der Sonderklasse in Spitälern, Krankenanstalten, privaten Sanatorien, etc., sowie private Operations- und Ordinationskosten.

1.1.1.2 Kosten für Bade-, Erholungsreisen und -aufenthalte, ferner Kosten der Reparatur oder der Wiederbeschaffung eines Zahnersatzes, Kosten für die Folgen von Ausbeißen von Zähnen bzw. Teilen von Zähnen, künstlicher Gliedmaßen oder sonstiger künstlicher Beihilfe.

1.1.2 Kosten für kosmetische Operationen, die notwendig werden, weil durch einen Unfall die Körperoberfläche der versicherten Person derart verunstaltet wird, dass nach Abschluss der Heilbehandlung ihr äußeres Erscheinungsbild nach objektiven medizinischen Gesichtspunkten dauernd beeinträchtigt ist. Unterzieht sich die versicherte Person zur Beseitigung dieser Folgen einer kosmetischen Operation, übernehmen wir die dafür aufgewandten Kosten für Arzthonorar, Medikamente und ärztlich verordnete Heilmittel sowie die Kosten für die Unterbringung und Verpflegung im Spital.

1.1.3 Rückholkosten, das sind die unfallbedingten Kosten des ärztlich empfohlenen Verletztentransportes der außerhalb ihres Wohnortes verunfallten versicherten Person von der Unfallstelle bzw. dem Krankenhaus, in welches die versicherte Person nach dem Unfall gebracht wurde, an seinen Wohnort bzw. zu dem seinem Wohnort nächstgelegenen Krankenhaus. Bei einem tödlichen Unfall werden auch die Kosten der Überführung des Toten zu dessen letztem Wohnort in Österreich bezahlt.

2. Such- und Bergungskosten

2.1 Für welche Kosten wird Ersatz geleistet?

Such- und Bergungskosten werden von uns bis zur hierfür vereinbarten Versicherungssumme ersetzt, soweit nicht von einem Sozialversicherungsträger Ersatz zu leisten ist oder von einem sonstigen Leistungsträger Ersatz geleistet wurde.

Such- und Bergungskosten sind:

2.1.1 die Kosten der Suche und der Bergung, wenn die versicherte Person einen Unfall erlitten hat oder in Berg- oder Wassernot geraten ist und verletzt oder unverletzt geborgen werden muss.

2.1.2 die Kosten der Suche und der Bergung, wenn die versicherte Person durch einen Unfall oder infolge Berg- oder Wassernot den Tod erleidet;

2.1.3 die Kosten des Transportes - wenn erforderlich auch mittels Rettungshubschrauber - bis zur nächsten befahrbaren Straße oder bis zu dem Unfallort nächstgelegenen Spital; wenn der Transport mittels Rettungshubschrauber notwendig ist, werden im Rahmen der vereinbarten Versicherungssumme auch die Kosten der medizinischen Behandlung während des Fluges ersetzt.

3. Fixkosten

3.1 Wann werden Fixkosten ersetzt?

Wird durch einen Unfall der versicherten Person ein ununterbrochener Spitalaufenthalt medizinisch notwendig und dauert dieser mehr als 14 Tage, übernehmen wir die monatlichen Fixkosten für die Dauer der vollständigen Arbeitsunfähigkeit, höchstens für 6 Monate ab dem Unfalltag.

Fixkosten ersetzen wir für jeden Unfall nur einmal.

Als Spitäler gelten Krankenanstalten im Sinne des Art. 10, Pkt. 2 (Spitalgeld).

3.2 Was sind Fixkosten?

Fixkosten sind die nachgewiesenen anteilmäßigen monatlichen tatsächlichen Kosten der versicherten Person für Wohnraummiete inklusive Betriebskosten, Kredit- und Leasingraten, Strom, Gas, Heizung und Alimente.

3.3 Bis zu welcher Höhe werden Fixkosten ersetzt?

Wir ersetzen Ihnen die Fixkosten bis EUR 1.000,00 pro Monat.

Artikel 12 - Was zahlen wir zusätzlich?

Sonderleistungen, Zusatzleistungen

1. Welche Sonderleistungen werden zusätzlich zu den vertraglich vereinbarten Leistungen erbracht?

Falls Dauernde Invalidität mit Kapitalleistung (gemäß Art. 7, Pkt. 1) versichert ist, gelten die Sonderleistungen gemäß Art. 12, Pkt. 1.1 bis 1.3 als vereinbart.

1.1 Welche Sonderleistung erfolgt 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 konsultiert wurde.

Eine Leistung wird von uns 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 75.000,00 begrenzt.

1.2 Welche Sonderleistung erfolgt bei einer ästhetischen Verunstaltung?

Führt ein Unfall innerhalb von zwei Jahren ab dem Unfalltag zu einer nach objektiven medizinischen Gesichtspunkten schweren, nicht durch kosmetische Operationen behebbaren Verunstaltung des Gesichtes, zahlen wir für diese ästhetische Verunstaltung bis zu 10% der für den Fall der dauernden Invalidität (gemäß Art. 7, Pkt. 1) versicherten Summe.

Die Sonderleistung entfällt, wenn darüber hinaus als Unfallfolge eine dauernde Invalidität gemäß Art. 7, Pkt. 1 von 10% oder mehr zurückbleibt.

1.3 Welche Sonderleistung erfolgt bei einem Nottransport aus dem Ausland?

Der Versicherungsschutz umfasst die Organisation und den Ersatz der Kosten eines infolge eines Unfalles medizinisch erforderlichen und ärztlich angeordneten Nottransportes aus dem Ausland nach Österreich - auch mittels Rettungsflugzeuges - durch eine hierfür eingerichtete Organisation. Die Kosten der medizinischen Behandlung während des Transportes werden ebenso ersetzt.

Medizinisch erforderlich ist ein Nottransport, wenn eine lebensbedrohende Unfallverletzung vorliegt oder die ärztliche Versorgung im Ausland unzureichend ist.

Es werden die vollen Kosten des Nottransportes ersetzt, soweit nicht von einem Sozialversicherungsträger Ersatz zu leisten ist oder von einem sonstigen Leistungsträger Ersatz geleistet wurde.

Die Leistung erfolgt nur bei Organisation des Nottransportes durch die Allianz Elementar Assistance. Diese entscheidet auch über die Art des Transportes. Die Telefonnummer der Allianz Elementar Assistance ist in der Versicherungsurkunde angeführt.

2. Welche Zusatzleistungen werden zusätzlich zu den vertraglich vereinbarten Leistungen erbracht?

2.1 Erstreckt sich der Versicherungsschutz auf Unfälle infolge eines Herzinfarktes?

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auch auf Unfälle, die die versicherte Person infolge eines Herzinfarktes erleidet. Ein Herzinfarkt gilt in keinem Fall als Unfallfolge (siehe auch Art. 18, Pkt. 7, Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes).

2.2 Erstreckt sich der Versicherungsschutz auf Unfälle infolge eines Schlaganfalles?

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auch auf Unfälle, die die versicherte Person infolge eines ihn treffenden Schlaganfalles erleidet. Ein Schlaganfall gilt in keinem Fall als Unfallfolge (siehe auch Art. 18, Pkt. 7, Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes).

2.3 Welche Kosten werden für Obliegenheiten übernommen?

Wir übernehmen die erforderlichen Kosten, die unmittelbar durch Erfüllung der in Art. 21, Pkt. 2 bestimmten Obliegenheiten - ausgenommen Art. 21, Pkt. 2.4 und 2.8 (Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe, Behandlung und Krankenpflege; Fahrt zum Sachverständigen) - entstehen.

Artikel 13 - Wie sind die Versicherungssummen vom Alter der versicherten Person 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 die versicherte Person das 15. Lebensjahr vollendet hat. Ab diesem Zeitpunkt reduzieren sich die Versicherungssummen für den betreffenden Vertrag um 50%. Hat die versicherte Person das 20. Lebensjahr vollendet, reduzieren sich die zu Vertragsbeginn vereinbarten Versicherungssummen um 70%. Sie können 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 abgeschlossen Vertrag gelten die Versicherungssummen in der vereinbarten Höhe bis zum Ende des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 20. Lebensjahr vollendet hat. Ab diesem Zeitpunkt reduzieren sich die Versicherungssummen für den betreffenden Vertrag um 40%. Sie können 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 den die versicherte Person das 60. Lebensjahr vollendet hat. Ab diesem Zeitpunkt reduzieren sich die Versicherungssummen für die betreffende versicherte Person um 15%, sofern der Versicherungsvertrag vor Vollendung des 60. Lebensjahres abgeschlossen wurde.

Artikel 14 - Wann sind unsere Leistungen fällig, wann verjähren sie?

Fälligkeit unserer Leistung und Verjährung

1. Wann müssen wir erklären, ob und in welcher Höhe wir eine Leistungspflicht anerkennen?

Wir sind verpflichtet, innerhalb eines Monats, bei Ansprüchen auf Leistung für Invalidität (gemäß Art. 7) innerhalb dreier Monate, zu erklären, ob und in welcher Höhe wir eine Leistungspflicht anerkennen. Die Fristen beginnen mit dem Eingang

- der Unterlagen zur Feststellung des Unfallherganges, der Unfallfolgen und über den Abschluss des Heilverfahrens, sowie
- des Bescheides über die Zuerkennung einer Berufsunfähigkeitspension im Falle der Mitversicherung einer Rente bei Berufsunfähigkeit (gemäß Art. 7, Pkt. 3).

Die genannten Unterlagen bzw. den Bescheid hat der Anspruchsberechtigte beizubringen.

2. Wann ist unsere Leistung 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 Anspruchsberechtigte nach Ablauf zweier Monate seit dem Begehren nach einer Geldleistung eine Erklärung von uns verlangt, aus welchen Gründen die Erhebungen noch nicht beendet werden konnten, und wir diesem Verlangen nicht binnen eines Monats entsprechen.

3. Wann können Sie Vorschüsse verlangen?

Steht die Leistungspflicht nur dem Grunde nach fest, kann der Anspruchsberechtigte von uns Vorschüsse bis zu der Höhe des Betrages verlangen, den wir nach Lage der Sache mindestens zu zahlen haben werden.

4. Wann verjähren die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag?

Für die Verjährung gilt § 12 VersVG (Verjährung).

Artikel 15 - In welchen Fällen und nach welchen Regeln entscheidet die Ärztekommision?

Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten (Ärztekommision)

1. In welchen Fällen entscheidet die Ärztekommision?

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. 1.5 bzw. Art. 7, Pkt. 2.2, entscheidet die Ärztekommision. Die Entscheidung der Ärztekommision kann aufgrund von § 184 VersVG gerichtlich überprüft werden.

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

2.1 In den nach Art. 15, Pkt. 1 der Ärztekommision zur Entscheidung vorbehaltenen Meinungsverschiedenheiten kann der Anspruchsberechtigte innerhalb von 6 Monaten nach Zugang unserer Erklärung, ob und in welcher Höhe wir eine Leistungspflicht anerkennen (vgl. Art. 14, Pkt. 1 Fälligkeit unserer Leistung) Widerspruch erheben und mit Vorlage eines medizinischen Gutachtens unter Bekanntgabe seiner Forderung die Entscheidung der Ärztekommision beantragen.

3. Wie werden die Mitglieder der Ärztekommision bestimmt?

Für die Ärztekommision bestimmen wir und der Anspruchsberechtigte je einen in der österreichischen Ärzteliste eingetragenen Arzt mit ius practicandi (Recht zur Berufsausübung). Wenn einer der beiden Parteien innerhalb zweier Wochen nach schriftlicher Aufforderung keinen Arzt benennt, wird dieser von der österreichischen Ärztekammer bestellt. Die beiden Ärzte bestellen einvernehmlich vor Beginn ihrer Tätigkeit einen weiteren Arzt als Obmann, der für den Fall, dass sie sich nicht oder nur zum Teil einigen sollten, im Rahmen der durch die Gutachten der beiden Ärzte gegebenen Grenzen entscheidet.

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

4. Welche Pflichten hat die versicherte Person?

Die versicherte Person ist verpflichtet, sich von den Ärzten der Kommission untersuchen zu lassen und sich jenen Maßnahmen zu unterziehen, die diese Kommission für notwendig hält.

5. Wie fällt die Entscheidung der Ärztekommision?

Die Ärztekommision hat über ihre Tätigkeit ein Protokoll zu führen; in diesem ist die Entscheidung schriftlich zu begründen. Bei Nichteinigung hat jeder Arzt seine Auffassung im Protokoll gesondert darzustellen. Ist eine Entscheidung durch den Obmann erforderlich, begründet auch er sie in einem Protokoll. Die Akten des Verfahrens werden von uns verwahrt.

6. Wer trägt die Kosten des Verfahrens?

Die Kosten der Ärztekommision werden von ihr festgesetzt und sind im Verhältnis des Obsiegens der beiden Parteien zu tragen. Im Falle des Art. 7, Pkt. 1.5 bzw. Art. 7, Pkt. 2.2 trägt die Kosten, wer die Neufeststellung verlangt hat.

Der Anteil der Kosten, den der Anspruchsberechtigte 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 25fachen der jeweiligen versicherten Monatsrente (gemäß Art. 7, Pkte. 2 - 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 der versicherten Person 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 die versicherte Person während der Laufzeit des Versicherungsvertrages unversicherbar geworden ist, erlischt der Versicherungsschutz. Gleichzeitig endet der Vertrag für diese versicherte Person.

Artikel 17 - In welchen Fällen zahlen wir nicht?

Ausschlüsse

Ausgeschlossen von der Versicherung sind Unfälle

1.
 - als Luftfahrzeugführer (auch Luftsportgeräteführer), soweit er nach österreichischen Recht dafür eine Erlaubnis benötigt,
 - als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeuges,
 - bei einer mit Hilfe eines Luftfahrzeuges auszuübenden beruflichen Tätigkeit und
 - bei der Benützung von Raumfahrzeugen,soweit sie nicht unter die Bestimmungen des Art. 6, Pkt. 4 (Begriff des Unfalles) fallen;
2. die bei Beteiligung an motorsportlichen Wettbewerben (auch Wertungsfahrten und Rallyes) und den dazugehörigen Trainingsfahrten entstehen;
3. bei der Teilnahme an Landes-, Bundes- oder internationalen Wettbewerben auf dem Gebiet des nordischen und alpinen Schisports, des Snowboardens sowie Freestyling, Bob-, Schibob-, Skeletonfahrens oder Rodelns (auf Natur- oder Kunstbahnen) sowie am offiziellen Training für diese Veranstaltungen;
4. die beim Versuch oder der Begehung gerichtlich strafbarer Handlungen durch die versicherte Person eintreten, für die Vorsatz Tatbestandsmerkmal ist;
5. die ursächlich mit Kriegsereignissen jeder Art zusammenhängen;
6. durch innere Unruhen, wenn die versicherte Person daran auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;
7. die mittelbar oder unmittelbar
 - durch jegliche Einwirkung von Nuklearwaffen, chemischen oder biologischen Waffen,
 - durch Kernenergie oder
 - durch den Einfluss von Strahlenverursacht werden, soweit nicht ein Versicherungsfall hierzu Anlass war;
8. die die versicherte Person infolge einer Bewusstseinsstörung oder einer wesentlichen Beeinträchtigung ihrer psychischen Leistungsfähigkeit durch Alkohol, Suchtgifte oder Medikamente erleidet. Eine wesentliche Beeinträchtigung der psychischen Leistungsfähigkeit durch Alkohol liegt bei einem Lenker eines Kraftfahrzeuges jedenfalls ab einem Blutalkoholgehalt von 0,8‰ im Zeitpunkt des Versicherungsfalles vor; eine Verweigerung des Alko-Tests oder der Blutabnahme zur Feststellung des Blutalkoholgehaltes wird einer wesentlichen Beeinträchtigung der psychischen Leistungsfähigkeit gleichgestellt.
9. Ausgeschlossen von der Versicherung sind Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Heilmaßnahmen oder Eingriffe durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall veranlasst waren.

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. Waren vom Unfall betroffene Körperteile oder Sinnesorgane oder deren Funktionen bereits vor dem Unfall dauernd beeinträchtigt, wird der Invaliditätsgrad um die Vorinvalidität gemindert.

Die Vorinvalidität wird nach Art. 7, Pkt. 1.3 bemessen.

3. Auswirkungen von Vorerkrankungen, Gebrechen oder Abnützungerscheinungen

- 3.1 Haben Krankheiten, Gebrechen oder Abnützungerscheinungen, 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 Unfallrenten gemäß Art. 7, Pkt. 2 und 3) die Leistung

entsprechend dem Anteil der Krankheit, des Gebrechens oder der Abnützungerscheinung zu kürzen.

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

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

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

- 3.3 Für die Unfall-Invaliditäts-Rente mit Berufsunfähigkeitsschutz gemäß Art. 7, Pkt. 3, gelten folgende Bestimmungen:

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

Eine Leistung für die Unfall-Invaliditäts-Rente mit Berufsunfähigkeitsschutz laut Art. 7, Pkt. 3.2 erfolgt von uns somit nur unter der Voraussetzung, dass die unfallkausalen Folgen zu einem Invaliditätsgrad von 50% oder mehr geführt haben. Für eine Leistung im Sinne des Art. 7, Pkt. 3.3 ist ein unfallkausaler Invaliditätsgrad von mindestens 35% erforderlich.

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

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

5. Für Bandscheibenleiden, insbesondere Bandscheibenvorfall oder Bandscheibenprotrusion, wird eine Leistung von uns nur erbracht, wenn diese durch eine direkte mechanische Einwirkung von außen auf die Wirbelsäule entstanden sind und es sich nicht um eine Verschlimmerung von vor dem Unfall bestandenen Krankheits- oder Abnützungserscheinungen handelt.
6. Für Bauch- und Unterleibsbrüche jeder Art wird eine Leistung nur erbracht, wenn sie durch eine von außen kommende mechanische Einwirkung direkt herbeigeführt worden sind und nicht anlagebedingt waren.
7. Ein Herzinfarkt oder ein Schlaganfall gilt in keinem Fall als Unfallfolge.
8. Ist bei Benützung eines Kraftfahrzeuges das Anlegen eines Sicherheitsgurtes behördlich vorgeschrieben und wurde dieser Verpflichtung zum Unfallszeitpunkt nicht nachgekommen, reduzieren sich sämtliche vereinbarten Versicherungsleistungen gemäß Abschnitt B um 25%.
9. Ist bei Benützung eines Kraftfahrzeuges das Tragen eines Sturzhelmes behördlich vorgeschrieben und wurde dieser Verpflichtung zum Unfallszeitpunkt nicht nachgekommen, reduzieren sich bei unfallkausalen Kopf- und Halswirbelverletzungen sämtliche vereinbarten Versicherungsleistungen gemäß Abschnitt B um 25%.

Abschnitt D: Pflichten des Versicherungsnehmers

Artikel 19 - Wann ist die Prämie zu bezahlen?

Prämie

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

Als vereinbarte Nebengebühren gelten insbesondere Mahn- und Inkassospesen, Gebühren für Nichtdurchführung eines Einziehungsauftrages, Gebühren für Antrags- bzw. Versicherungsvertragsabschrift, sowie Gebühren für die Prämienzahlung mittels Erlagschein.

Die Folgen nicht rechtzeitiger Prämienzahlung sind in den §§ 38 ff VersVG geregelt (siehe Anhang, Kündigungsmöglichkeit und Leistungsfreiheit bei Prämienzahlungsverzug).

Artikel 20 - Was ist bei Änderung des Berufes, der Beschäftigung oder einer besonders gefährlichen Freizeitaktivität der versicherten Person zu beachten?

Anzeige der Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung sowie besonders gefährlicher Freizeitaktivitäten der versicherten Person

Als Obliegenheit gemäß § 6, Abs. 1 (a) und 2 VersVG (siehe Anhang) haben Sie folgendes anzuzeigen:

1. Veränderungen der im Antrag anzugebenden Berufstätigkeit, Beschäftigung oder im Antrag anzugebenden besonders gefährlicher Freizeitaktivitäten (auch Hochleistungssport) der versicherten Person 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, die Beschäftigung oder der besonders gefährlichen Freizeitaktivität (auch Hochleistungssport) der versicherten Person nach dem zur Zeit der Veränderung unseres Tarifes eine niedrigere Prämie, so ist vom Zugang der Anzeige an nur diese Prämie zu bezahlen.

len.

- Ergibt sich eine höhere Prämie, so besteht für die Dauer von drei Monaten ab dem Zeitpunkt, ab dem uns die Anzeige hätte zugehen müssen, auch für die neue Berufstätigkeit, Beschäftigung oder besonders gefährlichen Freizeitaktivität (auch Hochleistungssport) der volle Versicherungsschutz.
- Tritt ein auf die neue Berufstätigkeit, Beschäftigung oder besonders gefährliche Freizeitaktivität (auch Hochleistungssport) zurückzuführender Versicherungsfall nach Ablauf der drei Monate ein, ohne dass inzwischen eine Einigung über die Mehrprämie erreicht worden wäre, so werden unsere Leistungen in der Weise bemessen, dass dem Vertrag als Versicherungssummen jene Beträge zugrundegelegt werden, welche sich nach den für die neue Berufstätigkeit bzw. Beschäftigung bzw. besonders gefährlichen Freizeitaktivität (auch Hochleistungssport) erforderlichen Prämienätzen aufgrund der tatsächlichen in der Versicherungsurkunde berechneten Prämie ergeben.
- Bieten wir für die neue Berufstätigkeit, Beschäftigung oder besonders gefährlichen Freizeitaktivitäten (auch Hochleistungssport) grundsätzlich keinen Versicherungsschutz an, finden die Bestimmungen der §§ 23 ff VersVG (Kündigungsmöglichkeit bzw. Leistungsfreiheit auf Grund Gefahrerhöhung) Anwendung.

2. Die Beendigung des im Antrag angegebenen Berufes oder der im Antrag angegebenen Beschäftigung des Versicherten, insbesondere Karenzierung, Arbeitslosigkeit und Pension, ist uns unverzüglich anzuzeigen.

Artikel 21 - Was ist vor Eintritt eines Versicherungsfalles zu beachten? Was ist nach Eintritt eines Versicherungsfalles zu tun?

Obliegenheiten

1. Obliegenheiten vor Eintritt des Versicherungsfalles:

Als Obliegenheiten, deren Verletzung unsere Leistungsfreiheit gemäß § 6, Abs. 1 (a) und 2 VersVG (siehe Anhang, Obliegenheitsverletzung) bewirkt, werden bestimmt:

- 1.1 Die versicherte Person hat als Lenker eines Kraftfahrzeuges die jeweilige kraftfahrrechtliche Berechtigung, die zum Lenken dieses oder eines typengleichen Kraftfahrzeuges erforderlich wäre, zu besitzen; dies gilt auch dann, wenn dieses Fahrzeug nicht auf Straßen mit öffentlichem Verkehr gelenkt wird.
- 1.2 Die Anzeigepflicht gemäß Art. 20 (Anzeige der Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung sowie besonders gefährlicher Freizeitaktivitäten der versicherten Person).

2. Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalles:

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

- 2.1 Ein Unfall ist uns unverzüglich, spätestens innerhalb einer Woche, schriftlich anzuzeigen.
- 2.2 Ein Todesfall ist uns innerhalb von 3 Tagen anzuzeigen, und zwar auch dann, wenn der Unfall bereits gemeldet ist.
- 2.3 Uns ist das Recht einzuräumen, die Leiche durch Ärzte obduzieren und nötigenfalls exhumieren zu lassen.
- 2.4 Nach dem Unfall ist unverzüglich ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen und die ärztliche Behandlung bis zum Abschluss des Heilverfahrens fortzusetzen; ebenso ist für eine angemessene Krankenpflege und nach Möglichkeit für die Abwendung und Minderung der Unfallfolgen zu sorgen.

- 2.5 Die Unfallanzeige ist uns unverzüglich zuzusenden; außerdem sind uns alle verlangten sachdienlichen Auskünfte zu erteilen, insbesondere über weitere bestehende Unfallversicherungen.
- 2.6 Der behandelnde Arzt oder die behandelnde Krankenanstalt sowie diejenigen Ärzte oder Krankenanstalten, von denen die versicherte Person aus anderen Anlässen behandelt oder untersucht worden ist, sind zu ermächtigen und aufzufordern, die von uns verlangten Auskünfte gem. § 11 a VersVG (siehe Anhang) zu erteilen und Berichte zu liefern. Ist der Unfall einem Sozialversicherer gemeldet, so ist auch dieser im vorstehenden Sinne zu ermächtigen.
- 2.7 Die mit dem Unfall befassten Behörden sind zu ermächtigen und zu veranlassen, die von uns verlangten Auskünfte gem. § 11 a VersVG (siehe Anhang) zu erteilen.
- 2.8 Wir können verlangen, dass sich die versicherte Person durch von uns bezeichneten Ärzte untersuchen lässt.
- 2.9 Ist Spitalgeld (Art. 10) versichert, so ist uns nach der Entlassung der versicherten Person aus dem Spital (Art. 10, Pkt. 2, Spitalgeld) eine Aufenthaltsbestätigung der Spitalverwaltung zuzusenden.
- 2.10 Ist Taggeld (Art. 9) versichert, so ist uns eine ärztliche Bescheinigung über die Dauer und den Grund der Arbeitsunfähigkeit, sowie über den Grad der Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit der versicherten Person zuzusenden.
- 2.11 Im Falle der Mitversicherung der Unfall-Invaliditäts-Rente mit Berufsunfähigkeitsschutz
- sind uns die im Art. 7, Pkte. 3.3.1 und 3.3.4 genannten Unterlagen (Vorlage des Bescheides über die Zuerkennung der Berufsunfähigkeitspension bzw. Vorlage einer Lebensbescheinigung nach unserer Aufforderung) vorzulegen.
 - ist die Anzeigepflicht gemäß Art. 7, Pkt. 3.3.5 (Aberkennung der Berufsunfähigkeitspension) zu erfüllen.
- 2.12 Im Falle der Mitversicherung der Unfall-Invaliditäts-Rente ist uns die im Art. 7, Pkt. 2.7 genannte Lebensbescheinigung nach unserer Aufforderung vorzulegen.
- 2.13 Im Falle der Mitversicherung von Unfallkosten, Bergungskosten oder Fixkosten (Art. 11) sind uns die Originalbelege zu überlassen.
- 2.14 Im Falle eines Nottransportes aus dem Ausland ist die Allianz Elementar Assistance mit der Organisation des Nottransportes zu beauftragen (siehe Art. 12, Pkt. 1.3).

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 einen Monat vor Ablauf gekündigt wird. Bei Versicherungsverträgen, deren Abschluss nicht zum Betrieb eines Unternehmens des Versicherungsnehmers gehört (Verbraucherverträge), wird der Versicherer den Versicherungsnehmer vor Beginn der Kündigungsfrist auf die Rechtsfolge der Vertragsverlängerung bei unterlassener Kündigung besonders hinweisen. Beträgt die Vertragsdauer weniger als ein Jahr, endet der Vertrag ohne Kündigung.

Artikel 23 - Unter welchen Voraussetzungen und wann kann der Versicherungsvertrag gekündigt werden? Wann erlischt der Versicherungsvertrag ohne Kündigung?

Kündigung, Erlöschen des Vertrages

1. Kündigung nach Eintritt des Versicherungsfalles:

- 1.1 Nach Eintritt des Versicherungsfalles können Sie kündigen, wenn wir einen gerechtfertigten Anspruch auf die Versicherungsleistung ablehnen oder die Anerkennung verzögern.

In diesen Fällen ist die Kündigung innerhalb eines Monats

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

von Ihnen vorzunehmen.

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

- 1.2 Nach Eintritt des Versicherungsfalles können wir kündigen, wenn wir den Anspruch auf die Versicherungsleistung dem Grunde nach anerkannt oder die Versicherungsleistung erbracht haben, oder wenn Sie einen Anspruch auf Versicherungsleistung arglistig erhoben haben.

Die Kündigung ist innerhalb eines Monats

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

von uns vorzunehmen.

Die Kündigung kann nur unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist erfolgen.

Falls Sie einen Anspruch arglistig erhoben haben, können wir mit sofortiger Wirkung kündigen.

- 1.3 Uns steht die bis zur Vertragsauflösung anteilige Prämie zu.

2. Nach Eröffnung eines Konkurs- oder Ausgleichsverfahrens über Ihr Vermögen können wir den Versicherungsvertrag unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist kündigen.

3. Erlischt der Vertrag, weil die versicherte Person gestorben oder unversicherbar geworden ist (Art. 16, unversicherbare Personen), so steht uns die bis zur Vertragsauflösung anteilige Prämie zu.

4. Haben wir mit Rücksicht auf die vereinbarte Vertragslaufzeit eine Ermäßigung der Prämie vereinbart, so können wir bei einer vorzeitigen Auflösung des Vertrages die Nachzahlung des Betrages fordern, um den die Prämie höher bemessen worden wäre, wenn der Vertrag nur für den Zeitraum geschlossen worden wäre, während dessen er tatsächlich bestanden hat.

5. Werden Rechtsnormen hinsichtlich der Berufsunfähigkeits-Pension (Erwerbsunfähigkeits-Pension) geändert, können Sie und/oder wir bei Mitversicherung einer Unfall-Invaliditäts-Rente mit Berufsunfähigkeitsschutz (siehe Art. 7, Pkt. 3) eine (Teil-)Kündigung des Vertrages im Sinne der Bestimmungen des Art. 7, Pkt. 3.3.7 vorzunehmen

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 Ihnen oder gegen Unfälle, die einem anderen zustoßen, genommen werden.

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

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

2. Alle für Sie getroffenen Bestimmungen gelten sinngemäß auch für die versicherte Person und jene Personen, die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag geltend machen.
3. Diese Personen sind neben Ihnen für die Erfüllung der Obliegenheiten, der Schadenminderungs- und Rettungspflicht verantwortlich.

Artikel 25 - Was gilt bei Unwirksamkeit oder Undurchführbarkeit einzelner Bestimmungen dieses Vertrages?

Unwirksamkeit/Undurchführbarkeit einzelner Bestimmungen

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam oder undurchführbar sein oder werden, so wird die Gültigkeit der übrigen Bestimmungen hiervon nicht berührt. An die Stelle einer unwirksamen oder undurchführbaren Bestimmung tritt eine solche Regelung, die dem wirtschaftlichen Zweck der unwirksamen oder undurchführbaren Bestimmung am nächsten kommt. Das gleiche gilt, wenn eine ergänzungsbedürftige Lücke offenbar wird.

Artikel 26 - Wo können Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag gerichtlich geltend gemacht werden?

Zuständiges Gericht (Gerichtsstand)

Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach dem für unseren Sitz oder unserer für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung. Das Recht des Verbrauchers, Klagen bei anderen gesetzlichen Gerichtsständen einzubringen, bleiben davon unberührt.

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

Wir können Klagen gegen Sie bei dem für Ihren Wohnsitz zuständigen Gericht gemäß § 14 KSCHG (siehe Anhang) erheben.

Artikel 27 - Wie sind Erklärungen abzugeben?

Form der Erklärungen

Alle Mitteilungen und Erklärungen sind nur in schriftlicher Form verbindlich.

Artikel 28 - Welches Recht gilt?

Zuständiges Recht

Für diesen Vertrag gilt österreichisches Recht.

Anhang

Auszug aus dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VersVG), BGBl. 1959/2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. 131/2004 (Wiedergabe der in den AUVB 2006 erwähnten Bestimmungen des Gesetzes)

§ 6

- (1) Ist im Vertrag bestimmt, dass bei Verletzung einer Obliegenheit die vor dem Eintritt des Versicherungsfalles dem Versicherer gegenüber zu erfüllen ist, der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei sein soll, so tritt die vereinbarte Rechtsfolge nicht ein, wenn die Verletzung als eine unverschuldete anzusehen ist.

Der Versicherer kann den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen, es sei denn, dass die Verletzung als eine unverschuldete anzusehen ist. Kündigt der Versicherer innerhalb eines Monats nicht, so kann er sich auf die vereinbarte Leistungsfreiheit nicht berufen.

- (1a) Bei der Verletzung einer Obliegenheit, die die dem Versicherungsvertrag zugrundeliegende Äquivalenz zwischen Risiko und Prämie aufrechterhalten soll, tritt die vereinbarte Leistungsfreiheit außerdem nur in dem Verhältnis ein, in dem die vereinbarte Prämie 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 soweit sie keinen Einfluss auf den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung gehabt hat.

- (3) Ist die Leistungsfreiheit für den Fall vereinbart, dass eine Obliegenheit verletzt wird, die nach dem Eintritt des Versicherungsfalles dem Versicherer gegenüber zu erfüllen ist, so tritt die vereinbarte Rechtsfolge nicht ein, wenn die Verletzung weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruht. Wird die Obliegenheit nicht mit dem Vorsatz verletzt, die Leistungspflicht des Versicherers zu beeinflussen oder die Feststellung solcher Umstände zu beeinträchtigen, die erkennbar für die Leistungspflicht des Versicherers bedeutsam sind, so bleibt der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung weder auf die Feststellung des Versicherungsfalles noch auf die Feststel-

- lung 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.
- 4. vom Versicherer herangezogenen befugte Sachverständige oder
 - 5. gewillkürte oder gesetzliche Vertreter des Betroffenen oder
 - 6. Gerichte, Verwaltungsbehörden, Schlichtungsstellen und sonstige Einrichtungen der Streitbeilegung und ihre Organe, einschließlich der von ihnen bestellten Sachverständigen.

§ 11a

- (1) Der Versicherer darf im Zusammenhang mit Versicherungsverhältnissen, bei welchen der Gesundheitszustand des Versicherten oder eines Geschädigten erheblich ist, personenbezogene Gesundheitsdaten verwenden, soweit dies

- 1. zur Beurteilung, ob und zu welchen Bedingungen ein Versicherungsvertrag abgeschlossen oder geändert wird, oder
- 2. zur Verwaltung bestehender Versicherungsverträge oder
- 3. zur Beurteilung und Erfüllung von Ansprüchen aus einem Versicherungsvertrag unerlässlich ist. Das Verbot der Ermittlung genanalytischer Daten gemäß § 67 Gentechnikgesetz bleibt davon unberührt.

- (2) Versicherer dürfen personenbezogene Gesundheitsdaten für die in Abs. 1 genannten Zwecke nur auf folgende Art ermitteln:

- 1. durch Befragung der Person, die versichert werden soll oder bereits versichert ist, beziehungsweise durch Befragung des Geschädigten oder
- 2. anhand der vom Versicherungsnehmer oder vom Geschädigten beigebrachten Unterlagen oder
- 3. durch Auskünfte von Dritten bei Vorliegen einer für den Einzelfall erteilten ausdrücklichen Zustimmung des Betroffenen oder
- 4. zur Beurteilung und Erfüllung von Ansprüchen aus einem konkreten Versicherungsfall durch Auskünfte von untersuchenden oder behandelnden Ärzten, Krankenanstalten oder sonstigen Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge über Diagnose sowie Art und Dauer der Behandlung, sofern der Betroffenen dem ausdrücklich schriftlich zugestimmt und dies im Einzelfall nicht untersagt hat, oder
- 5. durch Heranziehung sonstiger, dem Versicherer rechtmäßigerweise bekanntgewordener Daten; diese sind dem Betroffenen mitzuteilen; es steht ihm das Widerspruchsrecht gemäß § 28 Datenschutzgesetz 2000 zu.

- (3) Soweit eine ausdrückliche, den einzelnen Übermittlungsfall betreffende Zustimmung des Betroffenen nicht vorliegt, dürfen Versicherer Gesundheitsdaten für die in Abs. 1 genannten Zwecke nur an folgende Empfänger übermitteln:

- 1. untersuchende oder behandelnde Ärzte, Krankenanstalten oder sonstige Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge oder
- 2. Sozialversicherungsträger, Rückversicherer oder Mitversicherer oder
- 3. andere Versicherer, die bei Abwicklung von Ansprüchen aus einem Versicherungsfall mitwirken, oder

- (4) Der Versicherer ist verpflichtet, auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder jedes Versicherten Auskunft über und Einsicht in Gutachten zu geben, die auf Grund einer ärztlichen Untersuchung eines Versicherten erstattet worden sind, wenn die untersuchte Person der Auskunftserteilung beziehungsweise der Einsichtgewährung zustimmt.

- (5) Gemäß Abs. 1 und 2 erhobenen Gesundheitsdaten unterliegen dem besonderen Geheimnisschutz des § 108a VAG mit der Maßgabe, dass das Vorliegen eines berechtigten privaten Interesses an der Weitergabe außerhalb der Fälle der Abs. 1 und 3 ausgeschlossen ist. Derartige Daten sind umgehend zu löschen, sobald sie nicht mehr für einen rechtlich zulässigen Zweck aufbewahrt werden; dies gilt insbesondere im Zusammenhang mit Gesundheitsdaten, die in Vorbereitung eines nicht zustande gekommenen Versicherungsvertrages erhoben wurden.

§ 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 zugrunde gelegten Tatsache und gesetzlichen oder vertraglichen Bestimmung begründet ist. Nach zehn Jahren jedoch tritt 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 den 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 Anspruchs gehindert ist, gehemmt.

§ 23

- (1) Nach Abschluss des Vertrages darf der Versicherungsnehmer ohne Einwilligung des Versicherers weder eine Erhöhung der Gefahr vornehmen noch ihre Vornahme durch einen Dritten gestatten.

- (2) Erlangt der Versicherungsnehmer davon Kenntnis, dass durch eine von ihm ohne Einwilligung des Versicherers vorgenommene oder gestattete Änderung die Gefahr erhöht ist, so hat er dem Versicherer unverzüglich Anzeige zu machen.

§ 24

- (1) Verletzt der Versicherungsnehmer die Vorschrift des § 23 Abs. 1, so kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen. Beruht die Verletzung nicht auf einem Verschulden des Versicherungsnehmers, so muss dieser die Kündigung erst mit dem Ablauf eines Monats gegen sich gelten lassen.
- (2) Das Kündigungsrecht erlischt, wenn es nicht innerhalb eines Monats von dem Zeitpunkt an ausgeübt wird, in welchem der Versicherer von der Erhöhung der Gefahr Kenntnis erlangt, oder wenn der Zustand wiederhergestellt ist, der vor der Erhöhung bestanden hat.

§ 25

- (1) Der Versicherer ist im Fall einer Verletzung der Vorschrift des § 23 Abs. 1 von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Versicherungsfall nach der Erhöhung der Gefahr eintritt.
- (2) Die Verpflichtung des Versicherers bleibt bestehen, wenn die Verletzung nicht auf einem Verschulden des Versicherungsnehmers beruht. Der Versicherer ist jedoch auch in diesem Fall von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn die im § 23 Abs. 2 vorgesehene Anzeige nicht unverzüglich gemacht wird und der Versicherungsfall später als einen Monat nach dem Zeitpunkt eintritt, in welchem die Anzeige dem Versicherer hätte zugehen müssen, es sei denn, dass ihm in diesem Zeitpunkt die Erhöhung der Gefahr bekannt war.
- (3) Die Verpflichtung des Versicherers zur Leistung bleibt auch dann bestehen, wenn zur Zeit des Eintritts des Versicherungsfalles die Frist für die Kündigung des Versicherers abgelaufen und eine Kündigung nicht erfolgt ist oder wenn die Erhöhung der Gefahr keinen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalles oder soweit sie keinen Einfluss auf den Umfang der Leistung des Versicherers gehabt hat.

§ 26

Die Vorschriften 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 Monats von dem Zeitpunkt an ausgeübt wird, in dem der Versicherer von der Erhöhung der Gefahr Kenntnis erlangt hat, oder wenn der Zustand wiederhergestellt ist, der vor der Erhöhung bestanden hat.
- (2) Der Versicherungsnehmer hat, sobald er von der Erhöhung der Gefahr Kenntnis erlangt, dem Versicherer unverzüglich Anzeige zu machen.
- (3) Ist die Erhöhung der Gefahr durch allgemein bekannte Umstände verursacht, die nicht nur auf die Risiken bestimmter Versicherungsnehmer einwirken, etwa durch eine Änderung von Rechtsvorschriften, so erlischt das Kündigungsrecht des Versicherers nach Abs. 1 erst nach einem Jahr und ist Abs. 2 nicht anzuwenden.

§ 28

- (1) Wird die im § 27 Abs. 2 vorgesehene Anzeige nicht unverzüglich gemacht, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Versicherungsfall später als einen Mo-

nat 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 dem 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 Eintritts 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.
- (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 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 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 Aushängung 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 Entschädi-

Auszug aus dem Konsumentenschutzgesetz

§ 14

- (1) Hat der Verbraucher im Inland seinen Wohnsitz oder seinen gewöhnlichen Aufenthalt oder ist er im Inland beschäftigt, so kann für eine Klage gegen ihn nach den §§ 88, 89, 93 Abs. 2 und 104 Abs. 1 JN nur die Zuständigkeit des Gerichtes begründet werden, in dessen Sprengel der Wohnsitz, der gewöhnliche Aufenthalt oder der Ort der Beschäftigung liegt; dies gilt nicht für Rechtsstreitigkeiten, die bereits entstanden sind.
- (2) Das Fehlen der inländischen Gerichtsbarkeit sowie der örtlichen Zuständigkeit des Gerichts ist in jeder Lage des Verfahrens von Amts wegen wahrzunehmen; die Bestimmungen über die Hei-

gungssumme 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.

§ 184

- (1) Sollen nach dem Vertrag einzelne Voraussetzungen des Anspruches aus der Versicherung oder das Maß der durch den Unfall herbeigeführten Einbuße an Erwerbsfähigkeit durch Sachverständige festgestellt werden, so ist die getroffene Feststellung nicht verbindlich, wenn sie offenbar von der wirklichen Sachlage erheblich abweicht. Die Feststellung erfolgt in diesem Falle durch Urteil. Das gleiche gilt, wenn die Sachverständigen die Feststellung nicht treffen können oder wollen oder sie verzögern.
- (2) Sind nach dem Vertrag die Sachverständigen vom Gericht zu bestellen, so sind auf die Bestellung die Vorschriften des § 64 Abs. 2 entsprechend anzuwenden.
- (3) Eine Vereinbarung, die von der Vorschrift des Abs. 1 Satz 1 abweicht, ist nichtig.

lung des Fehlens der inländischen Gerichtsbarkeit oder der sachlichen oder örtlichen Zuständigkeit (§ 104 Abs. 3 JN) sind jedoch anzuwenden.

- (3) Eine Vereinbarung, mit der für eine Klage des Verbrauchers gegen den Unternehmer ein nach dem Gesetz gegebener Gerichtsstand ausgeschlossen wird, ist dem Verbraucher gegenüber rechtsunwirksam.
- (4) Die Abs. 1 bis 3 sind insoweit zur Gänze oder zum Teil nicht anzuwenden, als nach Völkerrecht oder besonderen gesetzlichen Anordnungen ausdrücklich anders bestimmt ist.

Besondere Bedingungen für die Kollektivunfallversicherung 2006

Die Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUVB 2006) 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 Personen.

2. Gemeinsame Bestimmungen

2.1 Versicherungssummen:

Vereinbart sind

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

versicherten Person.

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-, Schmutzulage, Weggelder, usw.).

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

2.2.2 Jahresbezug als Versicherungssumme:

Als Jahresbezug der versicherten Person 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 zugrundezulegenden einfachen Jahresbezuges gemäß Pkt. 2.2.1 des einzelnen Versicherten wird ein Betrag von EUR 150.000,00 bestimmt.

2.3 Fluggastrisiko:

Benützen mehrere durch vorliegenden Versicherungsvertrag versicherte Personen dasselbe Flugzeug, so gilt für das Fluggastrisiko (Art. 6, Pkt. 4 AUVB 2006, Begriff des Unfalles) ein Betrag von EUR 5 Mio. als Höchstgrenze der Versicherungsleistungen.

Überschreitet die Summe der Ansprüche der versicherten Personen den Betrag von EUR 5 Mio., so wird die Leistung für jede einzelne versicherte Person 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 die einzelne versicherte Person 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 2006 (Unversicherbare Personen) versicherbar, sind alle zu einer eindeutig beschriebenen Gruppe gehörenden Personen zum gleichen Versicherungsumfang. Die Zuordnung der versicherten Personen 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 zugrunde gelegt.

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

Wir haben nach Empfang Ihrer Angaben die endgültige Abrechnung vorzunehmen; der Mehr- oder Mindebetrag an Prämie ist einen Monat nach Empfang der Abrechnung fällig.

3.2.2 Haben Sie die Angaben nicht rechtzeitig gemacht, so haben wir 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, soviel wie jene Prämie, die erstmals zur Vorschreibung gelangt ist, andernfalls soviel 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 haben wir den zuviel gezahlten Betrag rückzuerstatten.

3.2.3 Unser Einblicksrecht:

Wir haben das Recht, Ihre Angaben nachzuprüfen. Sie haben zu diesem Zweck Einblick in sämtliche maßgebende Unterlagen zu gewähren.

4. Kollektivunfallversicherung mit Namensangabe

4.1 Versicherte Personen:

Versichert, soweit gemäß Art. 16 AUVB 2006 (unversicherbare Personen) versicherbar, sind alle Personen, die uns mit Angabe von Namen, Geburtsdatum, Beruf und Anschrift sowie den gewünschten Versicherungssummen bekanntgegeben 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 uns in Kraft. Versicherte Personen, die ihr Dienstverhältnis mit Ihnen beendet haben, sind bei uns abzumelden.