

ALLGEMEINE BEDINGUNGEN FÜR DIE UNFALLVERSICHERUNG (AUVB 2008)

Versicherungsnehmer ist die Person, die den Versicherungsvertrag mit der Basler Versicherungs-AG abschließt.

Versicherte Person ist die Person deren Gesundheitsschädigung infolge eines Unfalles versichert ist.

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

INHALTSVERZEICHNIS

ABSCHNITT A: VERSICHERUNGSSCHUTZ

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

ABSCHNITT B: VERSICHERUNGSLEISTUNGEN

Was kann versichert werden ?	Art. 7:	Dauernde Invalidität	
	Art. 8:	Unfallrente	
	Art. 9:	Todesfall	
	Art. 10:	Taggeld	
	Art. 11:	Pflegetaggeld	
	Art. 12:	Spitalgeld	
	Art. 13:	Unfallgeld	
	Art. 14:	Unfallkosten	
	Art. 15:	Notarzthubschrauber	
	Art. 16:	Kosmetische Operation	
	Art. 17:	Schmerzensgeld	
	Art. 18:	Knochenbruch	
	Wann sind die Leistungen fällig und wann verjähren sie ?	Art. 19:	Fälligkeit der Leistung und Verjährung
	In welchen Fällen und nach welchen Regeln entscheidet die Ärztekommision ?	Art. 20:	Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten (Ärztekommision)

ABSCHNITT C: BEGRENZUNGEN DES VERSICHERUNGSSCHUTZES

Wer kann nicht versichert werden ?	Art. 21:	Unversicherbare Personen
In welchen Fällen zahlt der Versicherer nicht ?	Art. 22:	Ausschlüsse
	Art. 23:	Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes

Gültig ab 01.02.2008

ABSCHNITT D: PFLICHTEN DES VERSICHERUNGSNEHMERS

Wann ist die Prämie zu bezahlen ?	Art. 24:	Prämie
Was ist vor Eintritt eines Versicherungsfalles zu beachten ? Was ist nach Eintritt eines Versicherungsfalles zu tun ?	Art. 25:	Obliegenheiten

ABSCHNITT E: SONSTIGE VERTRAGSBESTIMMUNGEN

Was gilt als Versicherungsperiode ?	Art. 26:	Versicherungsperiode, Vertragsdauer
Unter welchen Voraussetzungen und wann kann der Versicherungsvertrag gekündigt werden ?	Art. 27:	Kündigung, Erlöschen des Vertrages
Wann erlischt der Versicherungsvertrag ohne Kündigung ? Wem steht die Ausübung der Rechte aus dem Versicherungsvertrag zu, wer hat die Pflichten aus dem Versicherungsvertrag zu erfüllen ?	Art. 28:	Rechtsstellung der am Vertrag beteiligten Personen
Wo können Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag gerichtlich geltend gemacht werden ?	Art. 29:	Gerichtsstand
Wie sind die Erklärungen abzugeben ?	Art. 30:	Form der Erklärungen
Welches Recht ist auf den Versicherungsvertrag anzuwenden ?	Art. 31:	Anwendbares Recht

ANHANG I: RENTENTAFEL

ANHANG II: AUSZUG AUS DEM VERSICHERUNGSVERTRAGSGESETZ

ANHANG III: BESONDERE BEDINGUNGEN FÜR DIE KOLLEKTIV-UNFALLVERSICHERUNG

ABSCHNITT A: VERSICHERUNGSSCHUTZ

Artikel 1 Gegenstand der Versicherung

Der Versicherer bietet Versicherungsschutz, wenn der versicherten Person ein Unfall zustößt.

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

Artikel 2 Begriff des Unfalles

1. Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

2. Als Unfall gelten auch folgende Ereignisse:

Verrenkungen von Gliedern sowie Zerrungen und Zerreißen von an Gliedmaßen und an der Wirbelsäule befindlichen Muskeln, Sehnen, Bändern und Kapseln sowie Meniskusverletzungen.

Hinsichtlich krankhaft abnutzungsbedingter Einflüsse findet insbesondere Art. 23 Pkt. 2. Anwendung.

3. Der Versicherungsschutz bezieht sich auch auf Unfälle, die durch einen Herzinfarkt oder Schlaganfall herbeigeführt werden. Herzinfarkt und Schlaganfall sind versichert, sofern sie innerhalb von 24 Stunden nach dem Unfall eintreten und mit diesem in ursächlichem Zusammenhang stehen.

4. Versicherungsschutz besteht auch für die Folgen der Kinderlähmung und der durch Zeckenbiss übertragenen Frühsommer-Meningoenzephalitis, Borreliose sowie Wundstarrkrampf und Tollwut (durch Tierbiss übertragene Tollwut).

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf die Folgen der Kinderlähmung und der durch Insektenbiss übertragenen Borreliose und der durch den Zeckenbiss übertragenen Frühsommer-Meningoenzephalitis, wenn die Erkrankung serologisch festgestellt und frühestens 15 Tage nach Beginn, jedoch spätestens 15 Tage nach Erlöschen des Versicherungsvertrages zum Ausbruch kommt.

Als Krankheitsbeginn (Zeitpunkt des Versicherungsfalles) gilt der Tag, an dem erstmals ein Arzt wegen der als Kinderlähmung, Borreliose oder Frühsommer-Meningoenzephalitis diagnostizierten Krankheit konsultiert wurde.

Eine Leistung für die Folgen der Kinderlähmung, Borreliose, Frühsommer-Meningoenzephalitis, Wundstarrkrampf und Tollwut wird vom Versicherer nur für Tod oder Dauernde Invalidität (nach Maßgabe der Bestimmungen der Art. 7 und 8) erbracht.

Artikel 3 Versicherungsfall

Versicherungsfall ist der Eintritt eines Unfalles (Art. 2).

Artikel 4 Örtlicher Geltungsbereich

Die Versicherung gilt auf der ganzen Erde.

Artikel 5 Zeitlicher Geltungsbereich

Versichert sind Unfälle, die während der Wirksamkeit des Versicherungsschutzes eingetreten sind.

Artikel 6 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz wird mit der Einlösung der Polizza (Art. 24), jedoch nicht vor dem vereinbarten Versicherungsbeginn wirksam. Wird die erste oder die einmalige Prämie erst danach eingefordert, dann aber binnen 14 Tage oder ohne schuldhaften Verzug gezahlt, ist der Versicherungsschutz ab dem vereinbarten Versicherungsbeginn gegeben.

ABSCHNITT B: VERSICHERUNGSLEISTUNGEN

Artikel 7 Dauernde Invalidität

1. Voraussetzungen für die Leistung:

Die versicherte Person ist durch den Unfall auf Dauer in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt. Die Invalidität ist innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten.

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

2. Art und Höhe der Leistung:

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

eines Armes	70 %
eines Daumens	20 %
eines Zeigefingers	10 %
eines anderen Fingers	5 %
eines Beines	70 %
einer großen Zehe	5 %
einer anderen Zehe	2 %
der Sehkraft beider Augen	100 %
der Sehkraft eines Auges	50 %
sofern die Sehkraft des anderen Auges bereits vor Eintritt des Versicherungsfalles verloren war	65 %
des Gehörs beider Ohren	60 %
des Gehörs eines Ohres	30 %
sofern das Gehör des anderen Ohres bereits vor Eintritt des Versicherungsfalles verloren war	45 %
des Geruchssinnes	10 %
des Geschmackssinnes	10 %
der Milz	10 %
der Niere	20 %
der Stimme	30 %

Wenn bereits die zweite Niere vor dem Unfall oder als Unfallfolge beeinträchtigt ist, ist Art. 7 Pkt. 3. anzuwenden.

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

2.3. Hat die versicherte Person am Unfalltag das 75. Lebensjahr bereits vollendet, tritt anstelle der Kapitalzahlung eine Rente, die nach der im Anhang I befindlichen Rententafel unter Zugrundelegung des vom Versicherten am Unfalltag vollendeten Lebensjahres zu bemessen ist.

Barwert dieser Rente ist jener Betrag, der bei Kapitalzahlung zu erbringen wäre.

Steht die Leistungspflicht des Versicherers dem Grunde und der Höhe nach fest, beginnt die Rentenleistung rückwirkend mit dem Monatsersten, der dem Unfalltag folgt. Sie endet mit Schluss des Kalendermonates, in dem die versicherte Person stirbt.

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.

4. Sind mehrere Körperteile oder Sinnesorgane durch den Unfall beeinträchtigt, werden die nach den vorstehenden Bestimmungen ermittelten Invaliditätsgrade zusammengerechnet. Mehr als 100% werden jedoch nicht berücksichtigt.
5. Ein Anspruch auf Leistung für Dauernde Invalidität ist innerhalb von 3 Jahren ab Unfalltag schriftlich geltend zu machen und unter Vorlage eines ärztlichen Befundberichtes zu begründen. Im ersten Jahr nach dem Unfall wird eine Invaliditätsleistung vom Versicherer nur erbracht, wenn Art und Umfang der Unfallfolgen aus ärztlicher Sicht eindeutig feststehen.
6. Steht der Grad der Dauernden Invalidität nicht eindeutig fest, sind sowohl die versicherte Person als auch der Versicherer berechtigt, den Invaliditätsgrad jährlich bis 4 Jahre ab dem Unfalltag ärztlich neu bemessen zu lassen.
7. Zusatzleistung bei Berufsumschulung:
Muss sich die versicherte Person aus arbeitsmedizinischen Gründen innerhalb von 12 Monaten nach Eintritt des Versicherungsfalles wegen des Unfalles einer Berufsumschulung unterziehen, erhöht sich die Entschädigung für Dauernde Invalidität um € 5.000,--.

Artikel 8 Unfallrente

Führt der Unfall zu einer Dauernden Invalidität gem. Art. 7 von mehr als 50%, wird der versicherten Person die Unfallrente längstens bis zum 75. Lebensjahr geleistet.

Die Zahlung der Unfallrente erfolgt monatlich im nachhinein. Die erste Unfallrente wird rückwirkend mit dem Monat, in welchem sich der Unfall ereignet hat, fällig, sofern die Dauernde Invalidität innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten und von einem Arzt schriftlich festgestellt und beim Versicherer geltend gemacht wurde. Die Rentenzahlung endet, wenn die versicherte Person das 75. Lebensjahr erreicht, die versicherte Person stirbt, oder wenn eine erneute ärztliche Bemessung ergeben hat, dass der Grad der Invalidität unter 50% gesunken ist.

Stirbt die versicherte Person innerhalb des ersten Jahres nach dem Unfall besteht kein Anspruch auf eine Unfallrente.

Artikel 9 Todesfall

1. Tritt innerhalb eines Jahres vom Unfalltag an gerechnet der Tod als Folge des Unfalles ein, wird die für den Todesfall versicherte Summe gezahlt.
2. Auf die Todesfalleistung werden nur Zahlungen, die für Dauernde Invalidität aus demselben Ereignis geleistet worden sind, angerechnet. Einen Mehrbetrag an Leistung für Dauernde Invalidität kann der Versicherer nicht zurückverlangen.
3. Für Personen unter 18 Jahren werden im Rahmen der Versicherungssummen nur die aufgewendeten angemessenen Begräbniskosten ersetzt. Zum Empfang dieser Leistung ist ohne Rücksicht auf die Regelung der Bezugsberechtigung der Überbringer der Originalrechnungen berechtigt.
4. Zusätzlich zur Todesfalleistung werden die nachweislich aufgewendeten Kosten der Überführung der Leiche und der Bestattung (einschließlich Grabstelle und Grabstein) ersetzt. Der Kostenersatz ist mit 10 % der für den Fall des Todes versicherten Summe begrenzt. Zum Empfang dieser Leistung ist ohne Rücksicht auf die Regelung der Bezugsberechtigung der Überbringer der Originalrechnungen berechtigt.

Artikel 10 Taggeld

1. Taggeld wird für die Dauer der vollständigen Arbeitsunfähigkeit im Beruf oder in der Beschäftigung der versicherten Person für längstens 365 Tage innerhalb von 2 Jahren ab dem Unfalltag gezahlt.
- 1.1. Voraussetzung für die Zahlung von Taggeld ist, dass die versicherte Person zum Zeitpunkt des Unfalles ein Einkommen aus einer der gesetzlichen Unfallversicherungspflicht

unterliegenden, selbständigen oder unselbständigen Beschäftigung bezogen hat.

- 1.2. Für den Fall, dass die versicherte Person nach Abschluss des Versicherungsvertrages arbeitslos wird bzw. infolge Altersruhestand keiner sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung mehr nachgeht, hat sie das Recht unter Nachweis der Arbeitslosigkeit bzw. der Pensionierung das Taggeld aus dem Vertrag auszuschließen. Wird der Ausschluss nicht verlangt, tritt anstelle des Taggeldes das Pflege taggeld gem. Art. 11.
- 1.3. Die Dauer der Arbeitsunfähigkeit ist ärztlich nachzuweisen. Der Versicherer ist berechtigt, die Dauer der Arbeitsunfähigkeit durch einen Arbeitsmediziner auf seine Kosten überprüfen zu lassen.

Artikel 11 Pflege taggeld

1. Pflege taggeld wird, wenn die versicherte Person infolge eines Versicherungsfalles pflegebedürftig wird, gleichgültig ob bei häuslicher, teil- oder vollstationärer Pflege, für längstens 365 Tage innerhalb von 2 Jahren ab dem Unfalltag gezahlt.
- 1.1. Als pflegebedürftig gilt jeder, der wegen eines Versicherungsfalles Betreuung und Hilfe im Ausmaß von mehr als 2 Stunden pro Tag benötigt.
- 1.2. Mit Betreuung sind alle notwendigen Dienstleistungen durch andere Personen gemeint, die den persönlichen Lebensbereich (Unterstützung beim An- und Auskleiden, Kochen, Einnahme von Mahlzeiten und/oder Medikamenten, Körperpflege und dgl.) betreffen.
- 1.2.1. Als Hilfe werden alle Arbeiten anderer Personen bezeichnet, die den sachlichen Lebensbereich (Einkauf von Lebensmitteln und/oder Medikamenten, Besorgung von Heizmaterial, Wohnungsputz, Wäsche waschen und dgl.) betreffen und zur Sicherung der Existenz erforderlich sind.
- 1.2.2. Das Ausmaß und die Dauer der Pflegebedürftigkeit sind ärztlich nachzuweisen. Der Versicherer ist berechtigt, die Dauer und das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit durch einen medizinischen Sachverständigen auf seine Kosten überprüfen zu lassen.

Artikel 12 Spitalgeld

1. Spitalgeld wird für jeden Kalendertag, an dem sich die versicherte Person wegen eines Versicherungsfalles in medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung befindet, längstens für 365 Tage innerhalb von 2 Jahren ab dem Unfalltag gezahlt.
- 1.1. Als Spitäler gelten Krankenanstalten und Sanatorien, die sanitätsbehördlich genehmigt sind, unter ständiger ärztlicher Leitung und Betreuung stehen und sich nicht auf die Anwendung bestimmter Behandlungsmethoden beschränken, sowie Rehabilitationszentren der Sozialversicherungsträger.
- 1.2. 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 sowie Werksspitäler und Krankenreviere der Exekutive und des Bundesheeres.
2. Zusatzleistung bei Kinderbegleitung

Für unterhaltsberechtigte Kinder, die am Unfalltag das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und für die eine Spitalgeldleistung versichert ist, werden für den Fall, dass sich das versicherte Kind nach einem Versicherungsfall in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung befindet und ein Elternteil mit dem Kind im Krankenhaus übernachtet (Kinderbegleitung), zusätzlich zur versicherten Spitalgeldleistung, die nachgewiesenen Übernachtungskosten des begleitenden Elternteiles bis maximal € 40,-- je Übernachtung für höchstens 14 Übernachtungen übernommen, soweit nicht von einem sonstigen Leistungsträger Ersatz zu leisten ist bzw. geleistet wurde (Subsidiarität). Eine Leistung erfolgt aufgrund von eingereichten Originalbelegen bzw. den Abrechnungsunterlagen von sonstigen Leistungsträgern.

Artikel 13 Unfallgeld

Unfallgeld wird nach Maßgabe folgender Bestimmungen gezahlt:

1. Volles Unfallgeld für die Dauer des Spitalaufenthaltes gemäß Art. 12.
2. Halbes Unfallgeld für vorübergehende vollständige Arbeitsunfähigkeit nach Beendigung des Spitalaufenthaltes gemäß Art. 10.
3. Viertel Unfallgeld für vorübergehende vollständige Arbeitsunfähigkeit ohne vorangehenden Spitalsaufenthalt gemäß Art. 10.

Unfallgeld wird für längstens 365 Tage innerhalb von 2 Jahren ab dem Unfalltag gezahlt.

Artikel 14 Unfallkosten

Bis zur Höhe der hierfür vereinbarten Versicherungssumme werden vom Versicherer Unfallkosten ersetzt, sofern sie innerhalb von 2 Jahren vom Unfalltag an gerechnet entstehen und soweit nicht von einem Sozialversicherungsträger Ersatz zu leisten ist oder von einem sonstigen Leistungsträger Ersatz geleistet wurde. Eine Leistung erfolgt aufgrund von eingereichten Originalbelegen bzw. der Abrechnungsunterlagen von sonstigen Leistungsträgern. Für die nachstehenden Kosten wird pro Versicherungsfall die vereinbarte Versicherungssumme nur einmal geleistet.

Unfallkosten sind:

1. **Heilkosten**, die zur Behebung der Unfallfolgen aufgewendet wurden und nach ärztlicher Verordnung notwendig waren und seitens der Sozialversicherungsträger bei Kassenpatienten anerkannt werden bzw. übernommen werden würden. Hiezu zählen auch die notwendigen Kosten des Verletztentransportes, der erstmaligen Anschaffung künstlicher Gliedmaßen und eines Zahnersatzes sowie anderer nach ärztlichem Ermessen erforderlicher erstmaliger Anschaffungen (medizinische Heilbehelfe).

Kosten für Bade-, Erholungsreisen und –aufenthalte, ferner Kosten der Reparatur oder der Wiederbeschaffung eines Zahnersatzes, künstlicher Gliedmaßen oder sonstiger künstlicher Behelfe werden nicht ersetzt.

- 1.1. Zusatzleistung Rehabilitäts- oder Kurkostenzuschuss

Wird aufgrund eines Versicherungsfalles nach Art. 2 der AUVB innerhalb eines Jahres eine stationäre Heilbehandlung in einem Rehabilitationszentrum notwendig oder von der Sozialversicherung eine Kur bewilligt und diese auch in Anspruch genommen, wird vom Versicherer ein Rehabilitations- oder Kurkostenzuschuss bis höchstens € 1.500,- bezahlt. Als Rehabilitations- oder Kurkosten gelten die Kosten des Aufenthalts im Rehab-Zentrum oder in der Kuranstalt und es bezieht sich der Rehabilitations- oder Kurkostenzuschuss ausschließlich auf den von der Sozialversicherung vorgeschriebenen Selbstbehalt. Der Rehabilitations- oder Kurkostenzuschuss wird unabhängig von einer allfälligen Invaliditätsleistung erbracht und wird für jeden Unfall nur einmal geleistet.

2. **Bergungskosten**, die notwendig werden, wenn die versicherte Person

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

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

Bergungskosten sind die nachgewiesenen Kosten des Suchens nach der versicherten Person und/oder ihres Transportes bis zur nächsten befahrbaren Straße oder bis zum dem Unfallort - nächstgelegenen Spital.

3. **Rückholkosten**, das sind die unfallbedingten Kosten des ärztlich empfohlenen Verletztentransportes, wenn die versicherte Person außerhalb ihres Wohnortes verunfallt ist, von der Unfallstelle bzw. dem Krankenhaus, in das sie nach dem Unfall gebracht wurde, an ihren Wohnort bzw. diesem nächstgelegenen Krankenhaus. Bei

einem tödlichen Unfall werden auch die Kosten der Überführung des Toten zu dessen letztem Wohnort in Österreich bezahlt.

- 3.1. Der Versicherungsschutz umfasst den Ersatz der Kosten eines infolge eines Unfalls 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 Kosten des Nottransportes bis zum Vierfachen der für Unfallkosten vereinbarten Versicherungssumme ersetzt, soweit nicht von einem Sozialversicherungsträger Ersatz zu leisten ist oder von einem sonstigen Leistungsträger Ersatz geleistet wurde (Subsidiarität).

Artikel 15 Notarztthubschrauber

Es werden die Kosten eines Notarztthubschraubereinsatzes nach Sport- und Freizeitunfällen bis zur dafür vereinbarten Versicherungssumme ersetzt, soweit nicht von einem Sozialversicherungsträger Ersatz zu leisten ist oder von einem sonstigen Leistungsträger Ersatz geleistet wurde (Subsidiarität). Die Leistung erfolgt aufgrund der eingereichten Originalbelege und ausschließlich, wenn der Versicherungsnehmer Schuldner der Kosten ist.

Artikel 16 Kosmetische Operation

Kosten für kosmetische Operationen sind Kosten, die notwendig werden, wenn durch einen Unfall die Körperoberfläche der versicherten Person derart verunstaltet wurde, dass nach Abschluss der Heilbehandlung ihr äußeres Erscheinungsbild dauernd beeinträchtigt ist.

Unterzieht sich die versicherte Person zur Beseitigung dieser Folgen einer Operation, übernimmt der Versicherer die dafür aufgewandten Kosten für Arzthonorar, Medikamente und ärztlich verordnete Heilmittel sowie die Kosten für die Unterbringung und Verpflegung im Spital im Rahmen der dafür vereinbarten Versicherungssumme. Die Leistung erfolgt aufgrund der eingereichten Originalbelege.

Artikel 17 Schmerzensgeld

Wird durch einen Versicherungsfall ein ununterbrochener Spitalaufenthalt der versicherten Person medizinisch notwendig und dauert dieser mindestens 8 Tage, wird ein Schmerzensgeld in der Höhe von 1%, bei mindestens 15 Tage werden 2%, bei mindestens 22 Tage werden 3% der Versicherungssumme für Dauernde Invalidität gezahlt. Schmerzensgeld wird für jeden Unfall nur einmal geleistet.

Werden durch einen Versicherungsfall mehrere Spitalaufenthalte notwendig, ist der längste Aufenthalt für die Höhe der Leistung maßgeblich.

Artikel 18 Knochenbruch

Der Versicherer leistet eine Entschädigung in der Höhe von € 500,-, wenn die versicherte Person durch einen Unfall einen Knochenbruch, unabhängig von der Anzahl der gebrochenen Knochen, erlitten hat.

Fissuren, der knöchernen Abriss einer Sehne, Knochenabsplitterungen und Amputationen gelten nicht als Knochenbruch.

Artikel 19 Fälligkeit der Leistung und Verjährung

1. Steht die Leistungspflicht dem Grunde und der Höhe nach fest, ist die Leistung innerhalb von 2 Wochen 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 vom Versicherer verlangt, aus welchen Gründen die Erhebungen noch nicht

beendet werden konnten, und der Versicherer diesem Verlangen nicht binnen eines Monats entspricht.

2. **Steht die Leistungspflicht dem Grunde nach fest, kann der Anspruchsberechtigte Vorschüsse bis zu der Höhe des Betrages verlangen, den der Versicherer nach Lage der Sache mindestens zu zahlen haben wird.**
3. Der Versicherer ist verpflichtet, innerhalb eines Monats, bei Ansprüchen auf Leistung für Dauernde Invalidität innerhalb dreier Monate, zu erklären, ob und in welcher Höhe er eine Leistungspflicht anerkennt. Die Fristen beginnen mit dem Eingang der Unterlagen, die der Anspruchsberechtigte zur Feststellung des Unfallherganges und der Unfallfolgen und über den Abschluss des Heilverfahrens dem Versicherer vorzulegen hat.
4. Für die Verjährung gilt § 12 VersVG.

Artikel 20

Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten (ÄrztKommission)

1. Im Fall von Meinungsverschiedenheiten über Art und Umfang der Unfallfolgen oder darüber, in welchem Umfang die eingetretene Beeinträchtigung auf den Versicherungsfall zurückzuführen ist, ferner über die Beeinflussung der Unfallfolgen durch Krankheiten oder Gebrechen entscheidet die Ärztekommision.
2. In den nach Pkt. 1. der Ärztekommision zur Entscheidung vorbehaltenen Meinungsverschiedenheiten kann der Anspruchsberechtigte innerhalb von 6 Monaten nach Zugang der Erklärung des Versicherers Widerspruch erheben und mit Vorlage eines medizinischen Gutachtens unter Bekanntgabe seiner Forderung die Entscheidung der Ärztekommision beantragen.
3. Das Recht, die Entscheidung der Ärztekommision zu beantragen, steht nur dem Versicherungsnehmer zu.
4. Für die Ärztekommision bestimmen der Versicherer und der Anspruchsberechtigte je einen in der österreichischen Ärzteliste eingetragenen Arzt mit ius practicandi (Recht der Berufsausübung).

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.

Wenn der Anspruchsberechtigte innerhalb zweier Wochen nach schriftlicher Aufforderung keinen Arzt benennt, gilt der Antrag auf Entscheidung der Ärztekommision als zurückgezogen.
5. 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.
6. Die Ärztekommision hat über ihre Tätigkeit ein Protokoll zu führen; in diesem ist die Entscheidung schriftlich zu begründen. Bei Nichteinigung hat jeder Arzt seine Auffassung im Protokoll gesondert darzustellen. Ist eine Entscheidung durch den Obmann erforderlich, begründet auch er sie in einem Protokoll. Die Akten des Verfahrens werden vom Versicherer verwahrt.
7. Die Kosten der Ärztekommision werden von ihr festgesetzt und sind im Verhältnis des Obsiegens zum Unterliegen der beiden Parteien zu tragen.

Der Anteil der Kosten, den der Versicherungsnehmer zu tragen hat, ist mit 5% der für Tod und Dauernde Invalidität zusammen versicherten Summe, höchstens jedoch mit € 5.000,- begrenzt.

ABSCHNITT C: BEGRENZUNGEN DES VERSICHERUNGSSCHUTZES

Artikel 21 Unversicherbare Personen

1. Unversicherbar und jedenfalls nicht versichert sind Personen, die dauernd vollständig arbeitsunfähig oder dauernd pflegebedürftig oder von schwerem Nervenleiden befallen sind sowie Geistesranke.
- 1.1 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.
- 1.2. Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn jemand für die Verrichtungen des täglichen Lebens mindestens 6 Stunden täglich fremder Hilfe bedarf.
2. Hinsichtlich einer unversicherbaren Person kommt ein Versicherungsvertrag nicht zustande.
- 2.1. Wenn die versicherte Person während der Laufzeit des Versicherungsvertrages unversicherbar geworden ist, erlischt der Versicherungsschutz. Gleichzeitig endet der Vertrag für diese Person.
- 2.2. Die seit Vertragsabschluss bzw. Eintritt der Versicherungsunfähigkeit entrichtete Prämie wird vom Versicherer zurückgezahlt.

Artikel 22 Ausschlüsse

Nicht versichert gelten Krankheiten, auch nicht als Unfallfolge.

Ausgeschlossen vom Versicherungsschutz sind Unfälle:

1. die bei Beteiligung an motorsportlichen Wettbewerben (auch Wertungsfahrten und Rallyes) und den dazugehörigen Trainingsfahrten entstehen;
2. bei der Teilnahme an Landes-, Bundes- oder internationalen Wettbewerben auf dem Gebiet des nordischen und alpinen Schisports, sowie Snowboarden und Freestyleing, Bob-, Skibob-, Skeletonfahren oder Rodeln und am offiziellen Training für diese Veranstaltungen;
3. die bei der Ausübung von folgenden besonders gefährlichen Freizeitaktivitäten eintreten: **Bungee-Sport, House-Running, Hydro Speed, Base-Jumping, Free-Climbing, Canyoning, Scad Diving, Airboarding;**
4. die beim Versuch oder der Begehung gerichtlich strafbarer Handlungen durch die versicherte Person eintreten, für die Vorsatz Tatbestandsmerkmal ist;
5. **die unmittelbar oder mittelbar mit Kriegereignissen oder Terrorakten jeder Art zusammenhängen,** sofern die versicherte Person aktiv daran teilgenommen hat;
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 ionisierender Strahlen im Sinne der jeweils geltenden Fassung des Strahlenschutzgesetzes, außer jene, die durch Heilbehandlungen aufgrund eines Versicherungsfalles veranlasst waren, verursacht werden;

8. die die versicherte Person infolge einer Bewusstseinsstörung oder einer wesentlichen Beeinträchtigung ihrer psychischen Leistungsfähigkeit durch Alkohol, Suchtgifte oder Medikamente erleidet sowie durch epileptische Anfälle;

8.1. Eine wesentliche Beeinträchtigung der psychischen Leistungsfähigkeit durch Alkohol liegt 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. durch Gesundheitsschäden bei Heilmaßnahmen oder Eingriffen am Körper der versicherten Person. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Heilmaßnahmen oder Eingriffe durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall veranlasst waren.

10. Nur aufgrund besonderer Vereinbarung sind versichert:

10.1. Unfälle, die sich bei der Ausübung einer der nachstehenden Berufe (inner- oder außerhalb eines Beschäftigungsverhältnisses) ereignen: Bergarbeiter, Dachdecker, Fleischer, Rauchfangkehrer, Sägearbeiter, Spengler, Tischler und Zimmerer;

10.2. Unfälle, die sich in Folge Benützung von motorisierten Luftfahrtgeräten als Pilot oder Besatzungsmitglied, in Folge Benützung von Segelflugzeugen oder beim Paragleiten, Fallschirmspringen und Drachenfliegen ereignen.

Artikel 23

Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes

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

Darüber hinaus gilt:

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

1.1. Die Vorinvalidität wird nach Art. 7 Pkt. 2. und 3. bemessen.

2. Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch ein Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung – insbesondere solche Verletzungen, die durch krankhaft abnutzungsbedingte Einflüsse verursacht oder mitverursacht worden sind – oder deren Folgen mitgewirkt, ist im Falle einer Invalidität der Prozentsatz des Invaliditätsgrades ansonsten die Leistung entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens zu vermindern.

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

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

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

5. 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.

6. Bei Diabetes mit Insulinpflicht werden ausschließlich Leistungen für Tod, Dauernde Invalidität und Unfallkosten erbracht.

7. Erhöht sich durch den Einfluss der Diabetes eine unfallbedingte Dauerinvalidität, so werden unabhängig von der diabetesbedingten Verschlechterung, nur 50% der sich aus Art. 7 ergebenden Leistung ersetzt.

ABSCHNITT D: PFLICHTEN DES VERSICHERUNGSNEHMERS

Artikel 24 Prämie

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

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

**Expliziter Einschluss der Flugrisiken laut
Besonderer Bedingung Nr. U813**

Obliegenheiten

1. Obliegenheiten vor Eintritt des Versicherungsfalles:

Als Obliegenheit, deren Verletzung die Leistungsfreiheit des Versicherers gemäß § 6 Abs. 2 VersVG bewirkt, wird bestimmt, dass die versicherte Person als Lenker eines Kraftfahrzeuges die jeweilige kraftfahrrechtliche Berechtigung, die zum Lenken dieses oder eines typengleichen Kraftfahrzeuges erforderlich ist, besitzt; dies gilt auch dann, wenn dieses Fahrzeug nicht auf Straßen mit öffentlichem Verkehr gelenkt wird.

2. Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalles:

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

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

2.2. Dem Versicherer ist das Recht einzuräumen, die Leiche durch Ärzte obduzieren und nötigenfalls exhumieren zu lassen.

2.3. 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.

2.4. Die Unfallanzeige ist dem Versicherer unverzüglich zuzusenden; außerdem sind dem Versicherer alle verlangten sachdienlichen Auskünfte zu erteilen.

2.5. 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 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.

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

2.7. Der Versicherer kann verlangen, dass sich die versicherte Person durch die von ihm bezeichneten Ärzte untersuchen lässt.

2.8. Ist auch Spitalgeld versichert, so ist dem Versicherer, nach der Entlassung aus dem Spital, eine entsprechende Bestätigung der Spitalverwaltung zuzusenden.

**ABSCHNITT E:
SONSTIGE VERTRAGSBESTIMMUNGEN**

**Artikel 26
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. Dies jedoch nur, sofern der Versicherungsnehmer 3 Monate vor Ablauf des Vertrages ausdrücklich auf sein Kündigungsrecht hingewiesen wurde.

**Artikel 27
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, seine Anerkennung verzögert oder die fällige Leistung (Art. 19) verzögert.
In diesen Fällen ist die Kündigung innerhalb eines Monats
 - nach Rechtskraft des Urteiles im Falle eines Rechtsstreites vor Gericht;
 - nach Zustellung der Entscheidung der Ärztekommision (Art. 20);
 - nach Fälligkeit der Versicherungsleistung bei Verzögerung (Art. 19) vom Versicherungsnehmer vorzunehmen.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 eine Versicherungsleistung erbracht hat, oder wenn ein Anspruch auf Versicherungsleistung arglistig erhoben wurde.
Die Kündigung ist innerhalb eines Monats
 - nach Anerkennung dem Grunde nach;
 - nach einer erbrachten Versicherungsleistung;
 - nach Ablehnung des arglistig erhobenen Anspruches auf Versicherungsleistung vom Versicherer vorzunehmen.Die Kündigung kann nur unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist erfolgen.
Falls ein Anspruch arglistig erhoben wurde, kann der Versicherer mit sofortiger Wirkung kündigen.

- 1.3. Dem Versicherer steht die bis zur Vertragsauflösung anteilige Prämie zu.
2. Erlischt der Vertrag, weil die versicherte Person gestorben oder unversicherbar geworden ist (Art. 21), so steht dem Versicherer die bis zur Vertragsauflösung anteilige Prämie zu.
3. Hat der Versicherer mit Rücksicht auf die Vertragslaufzeit eine Ermäßigung der Prämie vereinbart (Dauerrabatt), so kann er bei einer vorzeitigen Auflösung des Vertrages die Nachzahlung des Betrages fordern, um den die Prämie höher bemessen worden wäre, wenn der Vertrag nur für den Zeitraum geschlossen worden wäre, während dessen er tatsächlich bestanden hat.

**Artikel 28
Rechtsstellung der am Vertrag beteiligten Personen**

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

- 1.1. 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.
- 1.2. 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 Angelegenheit dem Versicherungsnehmer zu, so kann der Versicherungsnehmer den anderen bei der Erteilung der Zustimmung nicht vertreten.
2. Alle für den Versicherungsnehmer getroffenen Bestimmungen gelten sinngemäß auch für die versicherte Person und jene Personen, die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag geltend machen.
 - 2.1. Diese Personen sind neben dem Versicherungsnehmer für die Erfüllung der Obliegenheiten, der Schadenminderungs- und Rettungspflicht verantwortlich.

**Artikel 29
Gerichtsstand**

Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen den Versicherer bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach dem für seinen Sitz oder seiner für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung.

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.

Der Versicherer kann Klagen gegen den Versicherungsnehmer bei dem für seinen Wohnsitz zuständigen Gericht erheben.

**Artikel 30
Form der Erklärung**

Alle Mitteilungen und Erklärungen sind nur in schriftlicher Form verbindlich.

**Artikel 31
Anwendbares Recht**

Für diesen Vertrag gilt österreichisches Recht.

**ANHANG I
RENTENTAFEL**

Aufgrund der österreichischen allgemeinen Sterbetafel OEM 80/82 und eines Zinsfusses von jährlich 3% (Art. 7 Pkt. 2.3.)

Jahresbezug der monatlich im voraus zahlbaren lebenslangen*) Rente für einen Kapitalbetrag von € 1.000,-.

Alter**)	75	76	77	78	79	80
Jahresrente in €	155,31	163,71	172,68	182,27	192,58	203,62

*) Bei zeitlich begrenzten Renten ist die Höhe der auf einen Kapitalbetrag von € 1.000,- entfallenden Jahresrente aus denselben Rechnungsgrundlagen zu erstellen.

***) Für die Berechnung der Rente ist das Alter des Rentners an seinem dem Beginn des Rentenbezuges nächstgelegenen Geburtstag maßgebend.

ANHANG II AUSZUG AUS DEM VersVG

§ 6 (1) Ist im Vertrag bestimmt, dass bei der 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 hinter der für das höhere Risiko tarifmäßig vorgesehene Prämie zurückbleibt. Bei der Verletzung von Obliegenheiten zu sonstigen bloßen Meldungen und Anzeigen, die keinen Einfluss auf die Beurteilung des Risikos durch den Versicherer haben, tritt Leistungsfreiheit nur ein, wenn die Obliegenheit vorsätzlich verletzt worden ist.

(2) Ist eine Obliegenheit verletzt, die vom Versicherungsnehmer zum Zweck der Verminderung der Gefahr oder der Verhütung einer Erhöhung der Gefahr dem Versicherer gegenüber – unabhängig von der Anwendbarkeit des Abs. 1a – zu erfüllen ist, so kann sich der Versicherer auf die vereinbarte Leistungsfreiheit nicht berufen, wenn die Verletzung keinen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalles oder soweit sie keinen Einfluss auf den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung gehabt hat.

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

(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 der Versicherers bekannt geworden ist; ist dem Dritten dieses Recht nicht bekannt geworden, so verjähren seine Ansprüche erst nach zehn Jahren.

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

(3) Der Versicherer ist von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Anspruch auf die Leistung nicht innerhalb eines Jahres gerichtlich geltend gemacht wird. Die Frist beginnt erst, nachdem der Versicherer dem Versicherungsnehmer gegenüber den erhobenen Anspruch in einer dem Abs. 2 entsprechenden Weise sowie unter Angabe der mit dem Ablauf der Frist verbundenen Rechtsfolge abgelehnt hat; sie ist für die Dauer von Vergleichsverhandlungen über den erhobenen Anspruch und für die Zeit, in der der Versicherungsnehmer ohne sein Verschulden an der rechtzeitigen gerichtlichen Geltendmachung des Anspruches gehindert ist, gehemmt.

§ 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.

§ 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.

§ 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 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.

(3) Die Aufforderung zur Prämienzahlung hat die im Abs. 1 und 2 vorgesehenen Rechtsfolgen nur, wenn der Versicherer den Versicherungsnehmer dabei auf diese hingewiesen hat.

(4) Die Nichtzahlung von Zinsen oder Kosten löst die Rechtsfolgen der Abs. 1 und 2 nicht aus.

§ 39 (1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, so kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten schriftlich eine Zahlungsfrist von mindestens 2 Wochen bestimmen; zur Unterzeichnung genügt die 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 Monats nach der Kündigung, oder falls die Kündigung mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach dem Ablauf der Zahlungsfrist die Zahlung nachholt, sofern nicht der Versicherungsfall bereits eingetreten ist.

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

§ 39a (1) Ist der Versicherungsnehmer bloß mit nicht mehr als 10 vH der Jahresprämie, höchstens aber mit € 58,14 im Verzug, so tritt eine im § 38 oder § 39 vorgesehene Leistungsfähigkeit des Versicherers nicht ein.

ANHANG III BESONDERE BEDINGUNGEN FÜR DIE KOLLEKTIV- UNFALLVERSICHERUNG

Die Allgemeinen Bedingungen für die Unfallversicherung (AUVB 2008) finden nur insoweit Anwendung, als in den nachstehenden Besonderen Bedingungen keine Sonderregelung getroffen wird.

Artikel 1 Versicherungsformen

Der Versicherungsvertrag gilt je nach der vereinbarten Versicherungsform abgeschlossen als Kollektiv-Unfallversicherung

- ohne Namensangabe oder
- mit Namensangabe der versicherten Personen.

Artikel 2 Gemeinsame Bestimmungen

Versicherungssummen

1. Vereinbart sind fixe Versicherungssummen oder das Vielfache (ein Teil) des Bruttojahresbezuges der einzelnen versicherten Personen.
2. Bruttojahresbezug
 - 2.1. Begriffsbestimmungen
Auf den Bruttojahresbezug anzurechnen sind alle Löhne, Gehälter, Provisionen und sonstige Entgelte, welche Bezeichnung sie auch immer tragen (z.B. Gefahren-, Montage-, Schmutzzulagen, Weggelder etc.).
Nicht anzurechnen sind nur die freiwilligen außerordentlichen, nicht wiederkehrenden Zuwendungen, wie bei Betriebs- oder Dienstjubiläen, Unglücks- oder Krankheitsfällen und bei Betriebsveranstaltungen.
 - 2.2. Bruttojahresbezug als Versicherungssumme
Als Bruttojahresbezug der versicherten Person gelten seine tatsächlichen Bezüge während der dem Unfall vorangegangenen zwölf Monate; wenn während dieser Zeit kein ununterbrochenes Arbeitsverhältnis bestanden hat, der so errechnete Bruttojahresbezug eines vergleichbaren Arbeitnehmers.
 - 2.3. Als Höchstbetrag eines der Berechnung der Versicherungsleistung die auch der Prämienberechnung zugrunde zu legenden einfachen Bruttojahresbezuges gemäß Art. 2 Pkt. 2.1. der einzelnen versicherten Personen wird ein Betrag von € 125.000,- bestimmt.
3. Fluggastrisiko
Benützen mehrere durch den vorliegenden Versicherungsvertrag versicherte Personen das selbe Flugzeug, so gilt für das Fluggastrisiko ein Betrag von € 2,250.000,- als Höchstgrenze der Versicherungsleistungen.
Überschreitet die Summe der Ansprüche dieser versicherten Personen den Betrag von € 2,250.000,-, so wird die Leistung für jede einzelne versicherte Person im Verhältnis der Summe der vertraglichen Einzelansprüche zu diesem Betrag gekürzt.
4. Erlöschen des Versicherungsschutzes
Ohne dass sich am Weiterbestand des Versicherungsvertrages etwas ändert, erlischt die Versicherung für den einzelnen Versicherten mit der Beendigung des Arbeitsverhältnisses oder dem Ausscheiden aus dem Kreis der versicherten Personen.

Artikel 3 Kollektiv-Unfallversicherung ohne Namensangabe

1. Versicherte Personen
Versichert, soweit gemäß Art. 21 Pkt. 1. AUVB 2008 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.
2. Prämienregulierung
 - 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 Daten anzugeben und auf Verlangen nachzuweisen; dieser Verpflichtung hat der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach Erhalt der Anfrage nachzukommen.
Der Versicherer hat nach dem Empfang der Angaben des Versicherungsnehmers die endgültige Abrechnung vorzunehmen; der Mehr- oder Minderbetrag an Prämie ist einen Monat nach Empfang der Abrechnung fällig.
 - 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 jenes Versicherungsjahres, das dem abzurechnenden ersten Versicherungsjahr unmittelbar vorangeht. Werden die Angaben nachträglich, aber noch innerhalb zweier Monate nach Empfang der Aufforderung zur Bezahlung der Zusatzprämie gemacht, so der Versicherer einen etwa zuviel gezahlten Betrag zurückzuerstatten.
 - 2.3. Einblicksrecht
Der Versicherer hat das Recht, die Angaben des Versicherungsnehmers nachzuprüfen. Der Versicherungsnehmer hat zu diesem Zweck Einblick in sämtliche maßgebenden Unterlagen zu gewähren.

Artikel 4 Kollektiv-Unfallversicherung mit Namensangabe

1. Versicherte Personen
Versichert, soweit gemäß Art. 21 Pkt. 1. AUVB 2008 versicherbar, sind alle Personen, die dem Versicherer mit Angabe von Namen, Geburtsdatum, Beruf und Anschrift sowie den gewünschten Versicherungssummen bekannt gegeben werden.
2. An- und Abmeldung
Für Personen, die in den Versicherungsvertrag eingeschlossen werden sollen, tritt die Versicherung nach Zusage des Versicherungsschutzes durch den Versicherer in Kraft.
Personen, die nicht mehr versichert sein sollen, sind beim Versicherer abzumelden.