

Allgemeine Zürich Bedingungen für die Unfall-Versicherung (AUVB 2008)

Versicherungsnehmer ist die Person, die den Versicherungsvertrag mit der „Versicherungsgesellschaft“ abschließt. Versicherte Person ist die Person, deren Gesundheitsschädigung infolge eines Unfalles versichert ist. Begünstigter bzw., Bezugsberechtigter ist eine Person, die von Ihnen für den Empfang der Versicherungsleistung benannt wird.

Soweit in diesen Allgemeinen Bedingungen (AUVB) personenbezogene Bezeichnungen nur in männlicher Form angeführt sind, beziehen sich diese auf Frauen und Männer in gleicher Weise.

Versicherungsprämie ist das vom Versicherungsnehmer zu zahlende Entgelt.

Neben anderen Gesetzen enthält insbesondere das Versicherungsvertragsgesetz 1958 (VersVG) zahlreiche Regelungen, die für den Versicherungsvertrag maßgeblich sind. Auf einige Bestimmungen des VersVG haben wir im Bedingungstext mit Hinweis auf den betreffenden Paragraphen verwiesen; der genaue Wortlaut dieser sowie anderer der wichtigsten Vorschriften des VersVG findet sich im Anhang.

Inhaltsverzeichnis

Abschnitt A: Versicherungsschutz

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

Abschnitt B: Versicherungsleistungen

Was kann versichert werden?	Art. 7: Dauernde Invalidität
	Art. 8: Unfallgeld
	Art. 9: Todesfall
	Art. 10: Taggeld
	Art. 11: Spitalgeld mit Schmerzzuschlag
	Art. 12: Unfallkosten
	Art. 13: Kinderlähmung; Frühsommer-Meningoencephalitis, Borreliose
	Art. 14: Zusatzleistungen
	Art. 15: Fälligkeit unserer Leistung
	Art. 16: Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten (Ärztekommission)
Was zahlen wir zusätzlich?	
Wann sind unsere Leistungen fällig?	
In welchen Fällen und nach welchen Regeln entscheidet die Ärztekommision?	

Abschnitt C: Begrenzungen des Versicherungsschutzes

Wer kann nicht versichert werden?	Art. 17: Unversicherbare Personen
In welchen Fällen zahlt der Versicherer nicht?	Art. 18: Ausschlüsse
	Art. 19: Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes

Abschnitt D: Pflichten des Versicherungsnehmers

Was ist bei Änderung des Berufes/der Beschäftigung zu beachten?	Art. 20: Anzeige der Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung des Versicherten
Was ist vor Eintritt eines Versicherungsfalles zu beachten?	Art. 21: Obliegenheiten
Was ist nach Eintritt eines Versicherungsfalles zu tun?	

Abschnitt E: Sonstige Vertragsbestimmungen

Was gilt als Versicherungsperiode?	Art. 22: Versicherungsperiode, Vertragsdauer
Unter welchen Voraussetzungen und wann kann der Versicherungsvertrag gekündigt werden?	Art. 23: 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. 24: Rechtsstellung der am Vertrag beteiligten Personen
Wo können Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag gerichtlich geltend gemacht werden?	Art. 25: Anzuwendendes Recht
Wie sind Erklärungen abzugeben?	Art. 26: Form der Erklärungen
Anhang:	Rententafel

Abschnitt A: Versicherungsschutz

Artikel 1 Gegenstand der Versicherung

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

Die Leistungen, die versichert werden können, ergeben sich aus Abschnitt B.

Die tatsächlich vereinbarten Versicherungsleistungen und die Versicherungssummen ergeben sich aus dem Versicherungsvertrag.

Artikel 2 Versicherungsfall

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

Artikel 3 Örtlicher Geltungsbereich

Die Versicherung gilt auf der ganzen Erde.

Artikel 4 Zeitlicher Geltungsbereich

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

Artikel 5 Prämie, Beginn des Versicherungsschutzes, vorläufige Deckung

1. Prämie

- 1.1. Die erste oder die einmalige Prämie ist von Ihnen gegen Aushändigung der Police innerhalb von 14 Tagen
- nach Abschluss des Versicherungsvertrages (Zugang der Police oder einer gesonderten Antragsannahmeerklärung

und

- Aufforderung zur Prämienzahlung zu bezahlen (Einlösung der Police).

Die Folgeprämien sind zu den jeweils vereinbarten Fälligkeitsterminen zu entrichten

- 1.2. Prämienzahlungsverzug kann zur Leistungsfreiheit des Versicherers und weiteren Rechtsfolgen führen. Die Voraussetzungen und Begrenzungen der Leistungsfreiheit sowie sonstiger Rechtsfolgen sind gesetzlich geregelt (siehe §§ 38, 39 und 39a VersVG im Anhang)
2. Beginn des Versicherungsschutzes
- Der Versicherungsschutz tritt mit der Einlösung der Police (Pkt. 1.1.), in Kraft, jedoch nicht vor dem vereinbarten Versicherungsbeginn. Wird die Police erst danach ausgehändigt oder die erste oder die einmalige Prämie erst danach eingefordert, diese dann aber binnen 14 Tagen oder ohne schuldhaften Verzug gezahlt, ist der Versicherungsschutz ab dem vereinbarten Versicherungsbeginn gegeben.
3. Vorläufige Deckung

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

Die vorläufige Deckung endet bei der Annahme des Antrages mit der Einlösung der Police (Pkt. 1.1.). Sie tritt außer Kraft, wenn der Antrag unverändert angenommen wird und der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der ersten oder der einmaligen Prämie schuldhaft in Verzug gerät (Pkt. 1.2.). Der Versicherer ist berechtigt, die vorläufige Deckung unter Einhaltung einer Frist von 2 Wochen zu kündigen. Dem Versicherer gebührt in diesem Fall die auf die Zeit des Versicherungsschutzes entfallende anteilige Prämie.

Artikel 6 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.

Gesundheitsschädigungen, die die versicherte Person durch ein Unfallereignis bei rechtmäßiger Abwehr einer gegenwärtigen oder unmittelbar drohenden Gefährdung eigenen oder fremden Lebens, Gesundheit, Freiheit oder Eigentums erleidet, gelten jedenfalls unfreiwillig erlitten.

2. Als Unfall gelten auch folgende, unfreiwillig erlittene Ereignisse:
- Ertrinken
 - Verbrennungen, Verbrühungen, Einwirken von Blitzschlag oder elektrischem Strom
 - Einatmen von Gasen oder Dämpfen
 - Einnehmen von giftigen oder ätzenden Stoffen, es sei denn, dass diese Einwirkungen allmählich erfolgen
 - Folgen des Verschluckens von Gegenständen und Vergiftungen aller Art bei Kindern bis zum vollendeten 14. Lebensjahr
 - Infektionen durch Tierstiche und Tierbisse
 - Verrenkungen von Gliedern sowie Zerrungen und Zerreibungen von an Gliedmaßen und an der Wirbelsäule befindlichen Muskeln, Sehnen, Bändern und Kapseln sowie Meniskusverletzungen.

Hinsichtlich abnutzungsbedingter Einflüsse mit Krankheitswert findet Art. 19 Pkt. 2, Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes, Anwendung.

3. Krankheiten gelten nicht als Unfälle, übertragbare Krankheiten auch nicht als Unfallfolgen. Für Kinderlähmung und die durch Zeckenbiss übertragene Frühsommer-Meningoencephalitis sowie für Wundstarrkrampf und Tollwut gilt Art. 13.
5. Der Versicherungsschutz gilt auch für Unfälle, die die versicherte Person als Fluggast in motorisch betriebenen Luftfahrzeugen (im Sinne des Luftfahrtgesetzes in der jeweils gültigen Fassung), welche für die Verwendungsart Personenbeförderung zugelassen sind, erleidet. Unfälle, die den Ausschlussstatbestand des Art. 18.1 erfüllen, gelten keinesfalls als Unfall,

den die versicherte Person als Fluggast erleidet.

Abschnitt B: Versicherungsleistungen

Artikel 7 Dauernde Invalidität

1. Voraussetzungen für die Leistung:

Die versicherte Person ist durch den Unfall auf Lebenszeit in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt.

Die Invalidität ist innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten. Sie ist unter Vorlage eines ärztlichen Befundberichtes, aus dem Art und Umfang der Gesundheitsschädigung und die Möglichkeit einer auf Lebenszeit dauernden Invalidität hervorgeht, bei uns geltend gemacht worden.

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

2. Art der Leistung:

Die Art der Invaliditätsleistung (Leistung als Kapitalbetrag oder in Rentenform) richtet sich nach der mit uns getroffenen Vereinbarung.

Für Unfälle, die versicherte Personen ab Vollendung des 75. Lebensjahres erleiden, wird eine Invaliditätsleistung aber ausschließlich in Form einer Rente erbracht.

Diese Rente ist nach der im Anhang beigefügten Rententafel unter Zugrundelegung des vom Versicherten am Unfalltag vollendeten Lebensjahres zu bemessen. Barwert dieser Rente ist jener Betrag, der bei Zahlung eines Kapitalbetrages zu erbringen wäre.

3. Höhe der Leistung:

3.1. Bei völligem Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane gelten ausschließlich, soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, 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 vor Eintritt des Versicherungsfalles bereits verloren war	65%
des Gehörs beider Ohren	60%
des Gehörs eines Ohres	30%
sofern jedoch das Gehör des anderen Ohres vor Eintritt des Versicherungsfalles bereits verloren war	45%
des Geruchssinnes	10%
des Geschmackssinnes	10%
des Magens	20%
der Milz	10%
der Niere	20%
der Stimme	30%
der weiblichen Brust (je Seite)	15%
des männlichen Geschlechtsorgans (Penis)	30%

Wenn die Funktion der zweiten Niere bereits vor dem Unfall auf Lebenszeit beeinträchtigt war oder durch denselben Unfall auf Lebenszeit ebenfalls beeinträchtigt wird, ist bei der Bemessung der Dauernden Invalidität hinsichtlich der Nieren ausschließlich Pkt. 3.3 anzuwenden.

- 3.2 Bei Teilverlust oder teilweiser Funktionsbeeinträchtigung der in Pkt. 3.1 angeführten Körperteile oder Sinnesorgane gilt der entsprechende Teil des jeweiligen Prozentsatzes.
- 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.
4. Waren betroffene Körperteile oder Sinnesorgane bereits vor dem Unfall auf Lebenszeit in ihrer Funktionsfähigkeit beeinträchtigt, wird der Invaliditätsgrad um die Vorinvalidität gemindert. Diese Vorinvalidität ist hinsichtlich der in Pkt. 3.1 angeführten Körperteile oder Sinnesorgane nach den im genannten Punkt angeführten Modalitäten zu bemessen,

hinsichtlich anderer Körperteile oder Sinnesorgane nach Pkt. 3.3.

5. Ist die Funktion mehrerer Körperteile oder Sinnesorgane durch den Unfall beeinträchtigt, werden die nach den vorstehenden Bestimmungen ermittelten Invaliditätsgrade zusammengenommen. Mehr als 100 % werden jedoch nicht berücksichtigt.
6. Im ersten Jahr nach dem Unfall wird eine Invaliditätsleistung von uns nur erbracht, wenn Art und Umfang der Unfallfolgen aus ärztlicher Sicht eindeutig feststehen.
7. Steht der Grad der dauernden Invalidität nicht eindeutig fest, sind sowohl die versicherte Person als auch wir berechtigt, den Invaliditätsgrad jährlich bis 4 Jahre ab dem Unfalltag ärztlich neu bemessen zu lassen.
8. Stirbt der Versicherte
- 8.1 unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall, besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung;
- 8.2 aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach dem Unfall, ist nach dem Grad der dauernden Invalidität zu leisten, mit dem aufgrund der zuletzt erstellten ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.
- 8.3 unfallbedingt oder aus unfallfremder Ursache später als ein Jahr nach dem Unfall, ist ebenfalls nach dem Grad der dauernden Invalidität zu leisten, mit dem aufgrund der zuletzt erstellten ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

Artikel 8 Unfallgeld

Unfallgeld wird bei dauernder oder vorübergehender unfallbedingter Invalidität unter der Voraussetzung einer dadurch verursachten ärztlich bestätigten vollständigen Arbeitsunfähigkeit im Beruf oder in der Beschäftigung der versicherten Person von zumindest 3 Kalendertagen längstens für die Dauer von 3 Wochen (21 Kalendertage) ab dem Unfalltag in nachstehendem Ausmaß erbracht, wobei der Unfalltag als 1. Kalendertag gerechnet wird:

- bei einer ärztlich bestätigten vollständigen Arbeitsunfähigkeitsdauer bis zu einer Woche wird das vereinbarte Unfallgeld gezahlt;

- bei einer ärztlich bestätigten vollständigen Arbeitsunfähigkeitsdauer bis zu 2 Wochen wird das Vierfache des vereinbarten Unfallgeldes gezahlt;
- bei einer ärztlich bestätigten vollständigen Arbeitsunfähigkeitsdauer bis zu 3 Wochen wird das Zehnfache des vereinbarten Unfallgeldes gezahlt;

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 können wir nicht zurückverlangen.
3. Im Falle unserer Verpflichtung zur Auszahlung der für den Todesfall vereinbarten Summe werden zusätzlich zur Leistung gemäß Pkt. 1 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.
4. Für Personen unter 15 Jahren ist die Versicherung einer für den Todesfall zu bezahlenden Summe nicht möglich. Dessen ungeachtet werden die nachweislich aufgewendeten Kosten der Überführung der Leiche und der Bestattung (einschließlich Grabstelle und Grabstein) ersetzt.

Artikel 10 Taggeld

Taggeld wird bei dauernder oder vorübergehender unfallbedingter Invalidität für die Dauer der dadurch verursachten vollständigen Arbeitsunfähigkeit im Beruf oder in der Beschäftigung der versicherten Person für längstens 365 Tage innerhalb von 2 Jahren ab dem Unfalltag gezahlt.

Artikel 11 Spitalgeld mit Schmerzzuschlag

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.

Schmerzzuschlag: Ab dem 15. Kalendertag ununterbrochener stationärer Behandlung erhöht sich die Leistung für Spitalgeld auf 200%.

2. Als Spitäler gelten Krankenanstalten und Sanatorien, die sanitätsbehördlich genehmigt sind, unter ständiger ärztlicher Leitung und Betreuung stehen und sich nicht auf die Anwendung bestimmter Behandlungsmethoden beschränken, sowie Rehabilitationszentren der Sozialversicherungsträger, Werksspitäler und Krankenreviere der Exekutive.
3. Nicht als Spitäler gelten z.B. Heil- und Pflegeanstalten für Lungenkranke sowie für unheilbar chronisch Erkrankte, Erholungs- und Genesungsheime, Altersheime und deren Krankenabteilungen sowie Kuranstalten, ferner Heil- und Pflegeanstalten für Nerven- und Geisteskranke.
4. Bei einem stationären Krankenhausaufenthalt des versicherten Kindes infolge Unfall oder Krankheit werden die täglichen Kosten für eine Begleitperson in der allgemeinen Gebührenklasse eines Krankenhauses übernommen.

Artikel 12 Unfallkosten

Bis zur Höhe der hierfür vereinbarten Versicherungssumme werden von uns Unfallkosten ersetzt, sofern sie innerhalb von 2 Jahren (Kosten für kosmetische Operationen gemäß Pkt. 4: innerhalb von 4 Jahren) vom Unfalltag an gerechnet entstehen und soweit nicht von einem Sozialversicherungsträger oder von einem sonstigen Leistungsträger Ersatz (z.B. einem privaten Krankenversicherer) zu leisten ist.

Unfallkosten sind:

1. Heilkosten,

die zur Behebung der Unfallfolgen aufgewendet wurden und nach ärztlicher Verordnung notwendig waren. Hierzu zählen auch die notwendigen Kosten des Verletztentransportes zur Erstbehandlung, die Kosten des Verletztentransportes für weitere Behandlungen durch einen Arzt oder ins Krankenhaus, sofern die versicherte Person gehunfähig ist, der erstmaligen Anschaffung künstlicher Gliedmaßen und eines Zahnersatzes sowie anderer, nach ärztlichem Ermessen erforderlicher erstmaliger Anschaffungen.

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

Auch Kosten der Sonderklasse in Spitälern, Krankenanstalten, privaten Sanatorien, sowie private Operations- und Ordinationskosten werden nicht von uns ersetzt.

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 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. zum dem Wohnort nächstgelegenen Krankenhaus. Bei einem tödlichen Unfall werden auch die Kosten der Über-

führung des Toten zu dessen letztem Wohnort in Österreich bezahlt.

4. Kosten für kosmetische Operationen

Wenn Unfallkosten versichert sind, steht die für Unfallkosten vereinbarte Versicherungssumme zusätzlich für Kosten für kosmetische Operationen zur Verfügung. Kosten für kosmetische Operationen sind Kosten, die aus ärztlicher Sicht notwendig werden, wenn durch einen Unfall die Körperoberfläche der versicherten Person derart verunstaltet wurde, dass nach Abschluss der Heilbehandlung ihr äußeres Erscheinungsbild auf Lebenszeit beeinträchtigt ist. Unterzieht sich die versicherte Person zur Beseitigung dieser Folgen nach Abschluss der Heilbehandlung einer kosmetischen Operation, werden die dafür aufgewendeten Kosten für Arzthonorar, Medikamente, und ärztlich verordnete Heilmittel sowie die Kosten für die Unterbringung und Verpflegung in einem Spital bezahlt. Nicht ersetzt werden die Kosten der Reparatur oder der Wiederbeschaffung eines Zahnersatzes.

Für versicherte Kinder läuft die in Art. 12 – Vorbemerkung – angeführte Frist von 4 Jahren jedenfalls bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres.

Artikel 13 Kinderlähmung; Frühsommer- Meningoencephalitis; Borreliose

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

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

Eine Leistung wird von uns nur für Tod oder dauernde Invalidität erbracht. Die Leistung bleibt im Rahmen der vereinbar-

ten Versicherungssumme mit EUR 100.000,00 begrenzt.

Artikel 14 Zusatzleistungen

Wir übernehmen die erforderlichen Kosten, die durch Erfüllung der in Art. 21, Pkt. 2, Obliegenheiten, bestimmten Obliegenheiten entstehen. Ausgenommen bleiben davon Kosten nach Art. 21, Pkt. 2.1, Pkt. 2.2, Pkt. 2.4. und Pkt. 2.5.

Artikel 15 Fälligkeit unserer Leistung

1. Wir sind verpflichtet, innerhalb eines Monats, bei Ansprüchen auf Leistung für dauernde Invalidität innerhalb dreier Monate, zu erklären, ob und in welcher Höhe wir eine Leistungspflicht anerkennen. Die Fristen beginnen mit dem Eingang der Unterlagen, die der Anspruchsberechtigte zur Feststellung des Unfallherganges und der Unfallfolgen und über den Abschluss des Heilverfahrens uns vorzulegen hat.
2. 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. 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.

Artikel 16 Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten (Ärzteliste)

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 Be-

einflussung der Unfallfolgen durch Krankheiten oder Gebrechen, entscheidet eine Ärztekommision.

Gemäß § 184 VersVG (siehe Anhang) ist die Entscheidung der Ärztekommision nicht verbindlich, wenn sie offenbar von der wirklichen Sachlage erheblich abweicht. In diesem Umfang kann die Entscheidung der Ärztekommision auch gerichtlich überprüft werden und erfolgt die Feststellung diesfalls durch Urteil. Letzteres gilt auch, wenn die Sachverständigen die für die Beurteilung erforderlichen Feststellungen nicht treffen können oder wollen oder sie verzögern.

2. In den nach Pkt. 1. der Ärztekommision zur Entscheidung vorbehaltenen Meinungsverschiedenheiten können Sie sowie ein allfälliger Begünstigter oder Bezugsberechtigter innerhalb von sechs Monaten nach Zugang unserer Mitteilung gemäß Art. 15, Pkt. 1. Widerspruch erheben und unter Bekanntgabe der Forderung die Entscheidung der Ärztekommision beantragen.
3. Das Recht, die Entscheidung der Ärztekommision zu beantragen, steht auch uns zu.
4. Für die Ärztekommision bestimmen Sie (bzw. im Falle, dass der Begünstigte bzw. Bezugsberechtigte die Entscheidung der Ärztekommision beantragt hat, dieser selbst) und wir je einen in der österreichischen Ärzteliste eingetragenen Arzt mit ius practicandi (Recht zur Berufsausübung). Wenn eine der beiden Parteien innerhalb zweier Wochen nach schriftlicher Aufforderung keinen Arzt benennt, wird dieser auf Antrag der anderen Partei von der österreichischen Ärztekammer bestellt. In unserer schriftlichen Aufforderung werden wir auf diese Rechtsfolge hinweisen.

Die beiden Ärzte bestellen einvernehmlich vor Beginn ihrer Tätigkeit einen weiteren in der österreichischen Ärzteliste eingetragenen Arzt mit ius practicandi als Obmann, der für den Fall, dass die Ergebnisse der Feststellungen beider Ärzte voneinander abweichen, über die strittig gebliebenen Punkte innerhalb der durch die Gutachten der beiden Ärz-

te 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.

5. Die Obliegenheiten gemäß Art. 21 Pkt. 2.3 bis 2.8 gelten sinngemäß für das Verfahren vor der Ärztekommision. Die versicherte Person trifft demnach auch die Obliegenheit, sich von den Ärzten der Ärztekommision untersuchen zu lassen.
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 von uns verwahrt.
7. Die Kosten der Ärztekommision werden von ihr festgesetzt und sind im Verhältnis des Obsiegens der beiden Parteien zu tragen. Der Anteil der Kosten, den der Anspruchsberechtigten zu tragen hat, ist mit 1 % der für Tod und Invalidität zusammen versicherten Summe, höchstens jedoch mit 25 % des strittigen Betrages, begrenzt.

Abschnitt C: Begrenzungen des Versicherungsschutzes

Artikel 17 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.

Zu den schweren Nervenleiden zählen insbesondere Schäden, die eine starke körperliche Einschränkung bzw. Beeinträchtigung der täglichen Verrichtungen des Lebens und der Arbeitsfähigkeit nach sich ziehen. Darunter fallen u. a. Stadien der Multiplen Sklerose, des Morbus Parkinson bzw. Zustand nach Schlaganfall mit Einschränkung der Bewegungsfähigkeit, Epilepsie mit Anfällen trotz Therapie, Gewebeneubildung (Tumore) des Zentralen Nervensystems, Polyneuropathie mit Einschränkung der Bewegungsfähigkeit, schwere Verletzungen des Gehirns oder des Rückenmarks mit Einschränkung der Bewegungsfähigkeit.

Zu den Geisteskrankheiten zählen insbesondere manisch-depressive Psychosen, schizophrene und paranoide Störungen, Morbus Alzheimer und andere Demenzformen.

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

Soweit bereits eine Prämie eingehen wurde, werden wir diese zurückzahlen.

Artikel 18 Ausschlüsse

Der Versicherungsschutz umfasst nicht Unfälle

1. die die versicherte Person als Luftfahrzeugführer (auch Luftsportgeräteführer) soweit sie nach österreichischem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt, sowie als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeuges erleidet; bei einer ausschließlich mit Hilfe eines Luftfahrzeuges ausübenden beruflichen Tätigkeit; bei der Benutzung von Raumfahrzeugen;
2. bei Fahrten auf Rennstrecken, die nicht für den öffentlichen Verkehr zugelassen sind oder bei Beteiligung an motorsportlichen Wettbewerben (auch Wertungsfahrten und Rallyes) und den dazugehörigen Trainingsfahrten; dazu zählen nicht die Teilnahme an Fahrsicherheitstrainings und – das nicht vereinsmäßig betriebene - Go-Cart-Fahren
3. bei der Teilnahme an Landes-, Bundes- oder internationalen Wettbewerben auf dem Gebiet des nordischen und alpinen Schisports, des Snowboardens sowie Freestyleing, Bob-, Skibob-, Skeletonfahrens oder Rodeln sowie am offiziellen Training für diese Veranstaltungen;
 - bei einer entgeltlich ausgeübten sportlichen Betätigung und dem darauf bezüglichen Training. Entgeltlichkeit der sportlichen Betätigung liegt vor, wenn die versicherte Person dafür geld- und/oder vermögenswerte Sachleistungen erhält, welche die von ihr tatsächlich getragenen, in Zusammenhang mit der sportlichen Betätigung angefallenen finanziellen Aufwendungen betrags- oder wertmäßig übersteigen. Weiters besteht kein Versicherungsschutz für Unfälle, die die versicherte Person als von der Sporthilfe geförderter Sportler bei der Ausübung der geförderten Sportart und dem darauf bezüglichen Training, erleidet.
 - bei der Ausübung folgender gefährlicher Aktivitäten ab Schwierigkeitsgrad 5 gemäß UIAA (Union Internationale des Associations d'Alpinisme)-Skala, Free-Climbing, Kite-Surfen, Teilnahme an Mountainbike-Wettkämpfen, Teilnahme an Expeditionen, Eisfallklettern, Höhlen-, Wrack- und Eistauchen, Vollkontakt-Kampfsportarten (z.B. Boxen, Karate, etc.)
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 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 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;
 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.

Artikel 19 Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes

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

Darüber hinausgehend gilt:

1. Bei der Bemessung des Invaliditätsgrades wird ein Abzug in Höhe einer Vorinvalidität nur vorgenommen, wenn durch den Unfall Körperteile oder Sinnesorgane oder deren Funktionsfähigkeit betroffen sind, die schon vorher auf Lebenszeit beeinträchtigt waren (siehe dazu im Einzelnen Art. 7, Pkt. 4).
2. Haben Krankheiten, Gebrechen oder krankheitswertige Abnutzungsercheinungen, wie beispielsweise Arthrosen, bei der durch ein Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, mindert sich
 - im Falle einer Invalidität der Prozentsatz des Invaliditätsgrades
 - bei allen anderen Versicherungsleistungen die jeweilige Leistung
 entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens.
3. Für Gesundheitsschädigungen, die aufgrund akuter Mangel durchblutung des Herzmuskels entstanden sind (z.B. Herzinfarkt), wird nur dann eine Leistung erbracht, wenn ein überwiegender Kausalzusammenhang mit einer unmittelbaren Verletzung der betreffenden Koronararterie besteht und diese Verletzung durch eine direkte mechanische Einwirkung von außen auf den Brustkorb verursacht worden ist. Unfälle infolge von Herzinfarkt und Schlaganfall gelten auch als mitversichert.
4. Für organisch bedingte Störungen des Nervensystems wird eine Leistung nur erbracht, wenn und soweit diese Störung auf eine durch den Unfall verursachte organische Schädigung zurückzuführen ist.
Seelische Fehlhaltungen (Neurosen, Psychoneurosen) gelten nicht als Unfallfolgen.
5. Bei 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.
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. Ist bei Benützung eines Kraftfahrzeuges das Anlegen eines Sicherheitsgurtes gesetzlich oder behördlich vorgeschrieben und wurde seitens des Versicherten dieser für ihn geltenden Verpflichtung im Unfallzeitpunkt nicht entsprochen, reduzieren sich sämtliche zu erbringende Versicherungsleistungen um 25%.
8. Ist bei Verwendung eines Fahrzeuges das Tragen eines Sturzhelmes gesetzlich oder behördlich vorgeschrieben und wurde seitens des Versicherten dieser für ihn geltenden Verpflichtung im Unfallzeitpunkt nicht entsprochen, reduzieren sich bei Kopf- und Halswirbelverletzungen, sämtliche für diese Verletzungen und deren Folgen zu erbringende Versicherungsleistungen um 25%.

Abschnitt D: Pflichten des Versicherungsnehmers

Die Bestimmungen über die Prämienzahlungspflicht finden sich in Art. 5.

Artikel 20 Anzeige der Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung sowie gefährlicher Freizeitaktivitäten;

Veränderungen der im Antrag anzugebenden Berufstätigkeit, Beschäftigung oder im Antrag anzugebender gefährlicher Freizeitaktivitäten der versicherten Person sind uns 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 die gefährlichen Freizeitaktivitäten der versicherten Person nach unserem zur Zeit der Veränderung gültigen Tarif eine niedrigere Prämie, so ist vom Zugang der Anzeige an nur diese Prämie zu bezahlen.
- 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 gefährlichen Freizeitaktivitäten der volle Versicherungsschutz.

Tritt ein auf die neue Berufstätigkeit, Beschäftigung oder gefährliche Freizeitaktivitäten zurückzuführender Versicherungsfall nach Ablauf dieser 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 zugrunde gelegt werden, welche sich nach den für die neue Berufstätigkeit bzw. Beschäftigung bzw. besonders gefährlichen Freizeitaktivitäten erforderlichen Prämienätzen aufgrund der tatsächlichen in der Police berechneten Prämie ergeben.

- Bieten wir für die neue Berufstätigkeit, Beschäftigung oder die gefährlichen Freizeitaktivitäten nach den für unseren Geschäftsbetrieb maßgebenden Grundsätzen überhaupt keinen Versi-

cherungsschutz, finden die Bestimmungen der §§ 23 ff VersVG, (Gefahrerhöhung), Anwendung.

Artikel 21 Obliegenheiten

1. Obliegenheiten vor Eintritt des Versicherungsfalles

Als Obliegenheit, deren Verletzung unsere Leistungsfreiheit nach Maßgabe des § 6 Abs. 2 VersVG, bewirkt, wird vereinbart, dass die versicherte Person als Lenker eines Kraftfahrzeuges die jeweilige kraftfahrrechtliche Berechtigung, die zum Lenken dieses 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 Obliegenheiten, deren Verletzung unsere Leistungsfreiheit nach Maßgabe des § 6 Abs. 3 VersVG, bewirkt, werden vereinbart:

- 2.1. Ein Unfall ist uns unverzüglich, spätestens innerhalb einer Woche, schriftlich anzuzeigen.
- 2.2. Ein Todesfall ist uns innerhalb von 3 Tagen schriftlich 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. Uns sind alle verlangten sachdienlichen Auskünfte zu erteilen.
- 2.6. Der behandelnde Arzt oder die behandelnde Krankenanstalt sowie diejenigen Ärzte oder Krankenanstalten, von denen der Versicherte aus anderen Anlässen behandelt oder untersucht worden ist, sind zu ermächtigen und aufzufordern, die von uns

verlangten Auskünfte gem. § 11a VersVG 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 zu erteilen.
- 2.8. Wir können verlangen, dass sich die versicherte Person durch die von uns bezeichneten Ärzte untersuchen lässt.
- 2.9. Ist auch Spitalgeld versichert, so ist uns, wenn die versicherte Person in ein Spital (Art. 11, Pkt. 2, Spitalgeld) eingewiesen ist, nach der Entlassung aus dem Spital eine Aufenthaltsbestätigung der Spitalverwaltung zuzusenden.
- 2.10 Im Falle der Mitversicherung von Unfallkosten sind uns die Originalbelege zu überlassen

Abschnitt E: Sonstige Vertragsbestimmungen

Artikel 22 Versicherungsperiode, Vertragsdauer

1. Versicherungsperiode

Als Versicherungsperiode gilt, wenn der Versicherungsvertrag nicht für eine kürzere Zeit abgeschlossen ist, der Zeitraum eines Jahres; dies gilt auch dann, wenn die Jahresprämie vertragsgemäß in Teilbeträgen zu entrichten ist.

2. Vertragsdauer

Beträgt die vereinbarte Vertragsdauer mindestens ein Jahr, verlängert sich der Vertrag um jeweils ein Jahr, wenn er nicht rechtzeitig gekündigt wird. Zu Versicherungsverträgen, deren Abschluss zum Betrieb eines Unternehmens des Versicherungsnehmers gehört (Unternehmerverträge), ist der Vertrag spätestens drei Monate, zu anderen Verträgen (Verbraucherverträge) spätestens ein Monat vor Ablauf zu kündigen. Für die Erklärung der Ablaufkündigung steht die gesamte Vertragslaufzeit, unter

Beachtung der zuvor bestimmten Frist von einem Monat bzw. von drei Monaten, zur Verfügung. Zu Verbraucherverträgen ist vereinbart, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer auf die Rechtsfolge der Vertragsverlängerung bei unterlassener Kündigung frühestens vier Monate, spätestens aber drei Monate vor Ablauf der vereinbarten Laufzeit besonders hinweisen wird.

Beträgt die Vertragsdauer weniger als ein Jahr, endet der Vertrag ohne Kündigung.

Artikel 23 Kündigung, Erlöschen des Vertrages

1. Kündigung nach Eintritt des Versicherungsfalles

- 1.1. 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.

- 1.2. Nach Eintritt des Versicherungsfalles können Sie in den in 1.1. genannten Fällen kündigen, darüber hinaus auch noch wenn wir einen gerechtfertigten Anspruch auf die Versicherungsleistung ablehnen oder ihre Anerkennung verzögern. Weiters können Sie nach Entscheidung der Ärztekommision bzw. nach Rechtskraft des Urteiles im Falle eines Rechtsstreites vor Gericht kündigen.

In allen Fällen ist die Kündigung innerhalb eines Monats

- nach Anerkennung dem Grunde nach;
- nach erbrachter Versicherungsleistung;
- nach Ablehnung des arglistig erhobenen Anspruches auf Versicherungsleistung;
- nach Ablehnung des gerechtfertigten Anspruches auf die Versicherungsleistung;
- nach Fälligkeit der Versicherungsleistung bei Verzögerung der Anerkennung (Art. 13, Fälligkeit unserer Leistung und Verjährung);
- nach Zustellung der Entscheidung der Ärztekommision (Art. 16, Ärztekommision);
- nach Rechtskraft des Urteiles im Falle eines Rechtsstreites vor Gericht;

von Ihnen vorzunehmen.

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

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

2. Erlischt der Vertrag, weil die versicherte Person gestorben ist, so steht uns die bis zur Vertragsauflösung anteilige Prämie zu.

Artikel 24 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 und die Verfügung darüber 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 geltenden Bestimmungen gelten sinngemäß auch für die versicherte Person und jene Personen, die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag geltend machen.

Insbesondere sind diese Personen neben Ihnen für die Erfüllung der Obliegenheiten verantwortlich.

Artikel 25 Anzuwendendes Recht

Für diesen Vertrag gilt österreichisches Recht

Artikel 26 Form der Erklärungen

Alle Ihre Erklärungen und Mitteilungen sind gültig, wenn sie schriftlich erfolgen und uns zugegangen sind.

Rententafel in EUR

auf Grund der österreichischen Sterbetafel OEM 2000/02 und eines Zinsfußes von jährlich 3 % (Art. 5, Pkt.4).

Jahresbetrag der monatlich im voraus zahlbaren **l e b e n s l ä n g l i c h e n** ¹⁾ Rente für eine kapitalmäßige Berechnungsgrundlage von EUR 100,00.

Alter ²⁾	Jahresrente	Alter ²⁾	Jahresrente	Alter ²⁾	Jahresrente	Alter ²⁾	Jahresrente	Alter ²⁾	Jahresrente	Alter ²⁾	Jahresrente
0	3,37	20	3,73	40	4,58	60	6,92	80	16,29	100	62,50
1	3,36	21	3,76	41	4,64	61	7,13	81	17,30	101	66,41
2	3,38	22	3,78	42	4,72	62	7,35	82	18,39	102	70,47
3	3,39	23	3,81	43	4,79	63	7,59	83	19,56	103	74,67
4	3,40	24	3,84	44	4,87	64	7,85	84	20,82	104	79,02
5	3,42	25	3,87	45	4,95	65	8,12	85	22,18	105	83,53
6	3,44	26	3,90	46	5,04	66	8,42	86	23,66	106	88,25
7	3,45	27	3,94	47	5,13	67	8,73	87	25,29	107	93,27
8	3,47	28	3,97	48	5,23	68	9,07	88	27,09	108	98,91
9	3,49	29	4,01	49	5,33	69	9,44	89	29,07	109	106,36
10	3,51	30	4,05	50	5,44	70	9,83	90	31,25	110	121,00
11	3,53	31	4,09	51	5,55	71	10,26	91	33,64	111	184,62
12	3,55	32	4,14	52	5,67	72	10,72	92	36,22		
13	3,57	33	4,18	53	5,80	73	11,23	93	38,98		
14	3,59	34	4,23	54	5,93	74	11,77	94	41,91		
15	3,61	35	4,28	55	6,07	75	12,37	95	44,98		
16	3,63	36	4,33	56	6,22	76	13,02	96	48,21		
17	3,66	37	4,39	57	6,38	77	13,73	97	51,57		
18	3,68	38	4,45	58	6,54	78	14,51	98	55,08		
19	3,71	39	4,51	59	6,73	79	15,36	99	58,72		

¹⁾ Bei zeitlich begrenzten Renten ist die Höhe der auf eine Versicherungssumme von EUR 100,00 entfallende n Jahresrente aus denselben Rechnungsgrundlagen zu erstellen.

²⁾ Für die Berechnung der Rente ist das Alter des Rentners an seinem dem Beginne des Rentenbezuges nächstgelegenen Geburtstage maßgebend.