

65V - ALLGEMEINE BEDINGUNGEN FÜR DIE UNFALLVERSICHERUNG (AUVB 2015)

INHALTSVERZEICHNIS

Abschnitt A: VERSICHERUNGSSCHUTZ

- Artikel 1 Was ist versichert?
- Artikel 2 Was ist der Versicherungsfall?
- Artikel 3 Wo gilt die Versicherung?
- Artikel 4 Wann gilt die Versicherung?
- Artikel 5 Wann beginnt die Versicherung?
- Artikel 6 Was ist ein Unfall?

Abschnitt B: VERSICHERUNGSLEISTUNGEN

Die Artikel 7 bis 14 / 19 bis 24 gelten nur bei Vereinbarung der entsprechenden Leistungsform / des Produktes, d.h. wenn die Leistungen / das Produkt in der Police angeführt sind / ist, versichert.

- Artikel 7 Was gilt bei vereinbarter Leistung dauernde Invalidität?
- Artikel 8 Was gilt bei vereinbarter Leistung Unfall-Hit?
- Artikel 9 Was gilt bei vereinbarter Leistung Unfall-Rente?
- Artikel 10 Was gilt bei vereinbarter Leistung Todesfall?
- Artikel 11 Was gilt bei vereinbarter Leistung (Pflege-)Taggeld?
- Artikel 12 Was gilt bei vereinbarter Leistung Spitalgeld?
- Artikel 13 Was gilt bei vereinbarter Leistung Schmerzensgeld?
- Artikel 14 Was gilt bei vereinbarter Leistung Unfallkosten?
- Artikel 15 Was gilt bei Kinderlähmung und Erkrankung infolge Zeckenbiss?
- Artikel 16 Was zahlen wir zusätzlich?
- Artikel 17 Was gilt bei Donau SOS?
- Artikel 18 Welche Sonderleistungen gelten versichert?
- Artikel 19 Was gilt für Kinder und Jugendliche? (Kinder- und Jugendunfall)
- Artikel 20 Was gilt für Erwachsene? (Erwachsenenunfall)
- Artikel 21 Was gilt für Partner? (Partnerunfall)
- Artikel 22 Was gilt für Alleinerzieher und Kinder? (Alleinerzieherunfall)
- Artikel 23 Was gilt für Familien? (Familienunfall)
- Artikel 24 Was gilt bei Vollendung des 75. Lebensjahres? Was gilt für Senioren? (Seniorenunfall)
- Artikel 25 Wann ist die Leistung fällig? Wann tritt Verjährung ein?
- Artikel 26 Was geschieht bei Meinungsverschiedenheiten? (Beiziehung der Ärztekommision)

Abschnitt C: BEGRENZUNGEN DES VERSICHERUNGSSCHUTZES

- Artikel 27 Wer kann nicht versichert werden? (Gilt ersatzlos gestrichen)
- Artikel 28 Welche Unfälle sind ausgeschlossen?
- Artikel 29 Welche sachlichen Begrenzungen des Versicherungsschutzes gibt es?

Abschnitt D: PFLICHTEN DES VERSICHERUNGSNEHMERS

- Artikel 30 Wann ist die Prämie zu bezahlen?
- Artikel 31 Was ist bei Änderung des Berufes, der Beschäftigung sowie besonders gefährlichen Freizeitaktivitäten zu beachten?
- Artikel 32 Was ist vor und nach Eintritt eines Versicherungsfalles zu beachten bzw. zu tun? (Obliegenheiten)

Abschnitt E: SONSTIGE VERTRAGSBESTIMMUNGEN

- Artikel 33 Was ist die Versicherungsperiode und wie regelt sich die Vertragsdauer?
- Artikel 34 Wann und unter welchen Voraussetzungen kann gekündigt werden? Wann erlischt der Vertrag ohne Kündigung?
- Artikel 35 Wem steht die Ausübung der Rechte aus dem Vertrag zu? Wer hat die Pflichten aus dem Vertrag zu erfüllen?
- Artikel 36 Wo können Ansprüche aus dem Vertrag gerichtlich geltend gemacht werden? (Gilt ersatzlos gestrichen)
- Artikel 37 Wie sind Erklärungen abzugeben?
- Artikel 38 Welches Recht gilt?

ANHANG

Rententafel

Vorbemerkung:

Versicherungsnehmer ist die Person, die den Versicherungsvertrag mit dem Versicherungsunternehmen abschließt.

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

ABSCHNITT A: VERSICHERUNGSSCHUTZ

Artikel 1

Was ist versichert?

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

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

Artikel 2

Was ist der Versicherungsfall?

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

Artikel 3

Wo gilt die Versicherung?

Die Versicherung gilt auf der ganzen Erde.

Artikel 4

Wann gilt die Versicherung?

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

Artikel 5

Wann beginnt die Versicherung?

Der Versicherungsschutz beginnt bei fristgerechter Bezahlung der ersten oder einmaligen Prämie samt Versicherungssteuer (im Folgenden kurz: Prämie) mit dem vereinbarten Versicherungsbeginn. Die Zahlungsfrist ist in Artikel 30 geregelt.

War der Versicherungsnehmer an der rechtzeitigen Zahlung der ersten oder einmaligen Prämie ohne sein Verschulden verhindert, so beginnt der Versicherungsschutz ebenfalls mit dem vereinbarten Versicherungsbeginn. Bei schuldhaftem Verzug besteht Versicherungsschutz ab dem Zeitpunkt der Zahlung.

Für den Zahlungsverzug mit einem Teil der ersten oder einmaligen Prämie gilt § 39a VersVG.

Artikel 6

Was ist ein Unfall?

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

2. Als Unfall gelten auch folgende Ereignisse:

- Ertrinken;
- Gesundheitsschädigung infolge unabsichtlicher Einnahme von für den Verzehr nicht vorgesehener Stoffe oder verdorbener Lebensmittel (Lebensmittelvergiftung);
- Gesundheitsschädigung infolge Verschluckens von festen Stoffen und Kleinteilen bei Kindern bis zum vollendeten 7. Lebensjahr;
- Gesundheitsschädigung infolge Einatmen von Gasen oder Dämpfen, Dünsten, Staubwolken, Säuren oder ähnlich schädlichen Stoffen, auch ohne Vorliegen eines plötzlichen Ereignisses, wenn die versicherte Person den Einwirkungen längstens 3 Tage ausgesetzt war;
- Unfälle, die sich infolge eines Herzinfarktes oder Schlaganfalles ereignen (siehe auch Art. 29, Pkt. 4);
- Unfälle, die sich infolge Bewusstseinsstörungen ereignen (siehe jedoch Art. 28, Pkt. 9);
- Gesundheitsschädigungen, die die versicherte Person bei Bemühungen zur Rettung von Menschenleben und/oder Sachen erleidet;
- 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 Art. 29, Pkt. 3 (Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes) Anwendung.

3. Krankheiten gelten nicht als Unfälle, übertragbare Krankheiten auch nicht als Unfallfolgen. Dies gilt nicht für Kinderlähmung, die durch Zeckenbiss übertragene Frühsommer-Meningoencephalitis und Lyme-Borreliose im Rahmen der Bestimmungen des Art. 15 sowie Wundstarrkrampf und Tollwut, verursacht durch einen Unfall gemäß Pkt. 1.

4.1. Abweichend von Pkt. 3 gelten ausschließlich durch Insektenstiche oder durch von sonstigen Tieren verursachte Hautverletzungen übertragene Infektionskrankheiten als Unfallfolgen.

Eine Leistung wird von uns nur für Tod, dauernde Invalidität und/oder Unfallhit erbracht. Die Leistung bleibt im Rahmen der vereinbarten Versicherungssummen mit EUR 50.000,-- begrenzt.

4.2. Hinsichtlich dauerhafter Gesundheitsschädigungen (insbesondere allergische Reaktionen), die durch Insektenstiche oder durch von sonstigen Tieren verursachte Hautverletzungen ausgelöst wurden, findet Art. 29, Pkt. 3 (Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes) keine Anwendung.

Eine Leistung wird von uns nur für Tod, dauernde Invalidität und/oder Unfallhit erbracht. Die Leistung bleibt im Rahmen der vereinbarten Versicherungssummen mit EUR 50.000,-- begrenzt.

4.3. In Erweiterung der Pkte. 1 und 2 gelten auch Schutzimpfungen gegen Infektionskrankheiten als Unfallereignis, wenn die versicherte Person durch die Schutzimpfungen eine dauerhafte Gesundheitsschädigung erleidet. Voraussetzung ist, dass die erstmalige Feststellung der Gesundheitsschädigung spätestens 1 Monat nach Durchführung der Schutzimpfungen eintritt. Eine Leistung wird von uns nur für Tod, dauernde Invalidität und/oder Unfallhit erbracht. Die Leistung bleibt im Rahmen der vereinbarten Versicherungssummen mit EUR 50.000,-- begrenzt.

5. Der Versicherungsschutz gilt auch für Unfälle, die die versicherte Person als Fluggast in motorischen Luftfahrzeugen, welche für die Verwendungsart Personenbeförderung zugelassen sind, erleidet.

Kein Versicherungsschutz besteht, wenn die versicherte Person

- mit dem Betrieb des Luftfahrzeuges in ursächlichem Zusammenhang steht oder ein sonstiges Besatzungsmitglied ist,
- mittels des Luftfahrzeuges eine beruflichen Tätigkeit ausübt oder
- Raumfahrzeuge benützt.

ABSCHNITT B: VERSICHERUNGSLEISTUNGEN

Artikel 7

Was gilt bei vereinbarter Leistung dauernde Invalidität?

1. Voraussetzung 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.

2.1. Die Invaliditätsleistung zahlen wir

- als Kapitalbetrag bei Unfällen der versicherten Person vor Vollendung des 75. Lebensjahres,
- als Rente nach der im Anhang beigefügten Rententafel bei Unfällen nach diesem Zeitpunkt.

Steht unsere Leistungspflicht dem Grunde und der Höhe nach fest, beginnt die Rentenleistung rückwirkend mit dem Monatsersten, der dem Unfalltag folgt. Sie endet mit Schluss des Kalendermonats, in dem der Versicherte stirbt.

2.2. Für Arme, Hände und Finger erfolgt eine unterschiedliche Bemessung der Invaliditätsgrade je nach rechter oder linker Gliedmaße (jeweils eine Aktivseite und eine Passivseite). Die Aktivseite ist vom Versicherungsnehmer im Antrag anzugeben und wird von uns in der Polizze bzw. in der schriftlichen Deckungszusage dokumentiert. Bei mehreren versicherten Personen muss die Aktivseite für jede Person gesondert bestimmt werden. Ist für Versicherte die Aktivseite weder im Antrag noch in der Polizze eindeutig festgelegt, wird für die Bemessung des Invaliditätsgrades der Mittelwert aus Aktiv- und Passivseite herangezogen.

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

	<u>Aktivseite</u>	<u>Passivseite</u>
- eines Armes	85 %	75 %
- einer Hand	65 %	55 %
- eines Daumens	20 %	15 %

- eines Zeigefingers	15 %	5 %
- eines anderen Finger	10 %	5 %
- eines Beines		70 %
- eines Fußes		50 %
- einer großen Zehe		5 %
- einer anderen Zehe		2 %
- der Sehkraft beider Augen	100 %	
- der Sehkraft eines Auges	40 %	
- sofern die Sehkraft des anderen Auges vor Eintritt des Versicherungsfalles bereits verloren war	65 %	
- des Gehörs beider Ohren	80 %	
- des Gehörs eines Ohres	25 %	
- sofern jedoch das Gehör des anderen Ohres vor Eintritt des Versicherungsfalles verloren war	45 %	
- des Geruchssinnes	10 %	
- des Geschmackssinnes	10 %	
- der Milz	10 %	
- einer Niere	20 %	
- beider Nieren oder wenn die Funktion der zweiten Niere vor dem Eintritt des Versicherungsfalles bereits verloren war	60 %	

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

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. War die Funktion der betroffenen Körperteile oder Sinnesorgane bereits vor dem Unfall dauernd beeinträchtigt, wird vom Invaliditätsgrad der Grad der Vorinvalidität abgezogen.

4. Ist die Funktion mehrerer Körperteile oder Sinnesorgane durch den Unfall beeinträchtigt, werden die nach den vorstehenden Bestimmungen ermittelten Invaliditätsgrade zusammengerechnet. Mehr als 100 % werden jedoch nicht berücksichtigt.

5. Die Versicherungsleistung wird bei Vorliegen einer dauernden Invalidität und nach Berücksichtigung der sachlichen Begrenzungen gemäß Artikel 29 gemäß folgender Progressionsstaffel erbracht. Bei 100 %iger dauernden Invalidität bezahlen wir 400 % der vereinbarten Versicherungssumme.

von %	auf %	von %	auf %	von %	auf %	von %	auf %	von %	auf %
1	1	21	21	41	57	61	101	81	221
2	2	22	22	42	59	62	107	82	227
3	3	23	23	43	61	63	113	83	233
4	4	24	24	44	63	64	119	84	239
5	5	25	25	45	65	65	125	85	245
6	6	26	27	46	67	66	131	86	251
7	7	27	29	47	69	67	137	87	257
8	8	28	31	48	71	68	143	88	263
9	9	29	33	49	73	69	149	89	269
10	10	30	35	50	75	70	155	90	275
11	11	31	37	51	77	71	161	91	285
12	12	32	39	52	79	72	167	92	295
13	13	33	41	53	81	73	173	93	305
14	14	34	43	54	83	74	179	94	315
15	15	35	45	55	85	75	185	95	325
16	16	36	47	56	87	76	191	96	335
17	17	37	49	57	89	77	197	97	345
18	18	38	51	58	91	78	203	98	355
19	19	39	53	59	93	79	209	99	365
20	20	40	55	60	95	80	215	100	400

Erläuterungen: Beträgt der festgestellte Dauerinvaliditätsgrad mehr als 25 %, dann wird für den 25 % übersteigenden Anteil des Invaliditätsgrades die doppelte Leistung erbracht. Beträgt der festgestellte Dauerinvaliditätsgrad mehr als 60 %, dann wird für den 60 % übersteigenden Anteil des Invaliditätsgrades die sechsfache Leistung erbracht. Beträgt der festgestellte Dauerinvaliditätsgrad 100 % oder mehr, dann werden 400 % der vereinbarten Versicherungssumme für Dauerinvalidität erbracht.

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 vier Jahre ab dem Unfalltag ärztlich neu bemessen zu lassen, und zwar ab zwei Jahren nach dem Unfalltag auch durch die Ärztekommision.

Ergibt in einem solchen Falle die endgültige Bemessung eine höhere Invaliditätsleistung als wir bereits erbracht haben, so ist der Mehrbetrag ab Fälligkeit des Vorschusses (Art. 25, Pkt. 2) mit 4 % jährlich zu verzinsen.

8. Stirbt die versicherte Person

- unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall, besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung;
- aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach dem Unfall, ist nach dem Grad der dauernden Invalidität zu leisten, mit dem aufgrund der zuletzt erstellten ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre;
- unfallbedingt oder aus unfallfremder Ursache später als ein Jahr nach dem Unfall, ist ebenfalls nach dem Grad der dauernden Invalidität zu leisten, mit dem aufgrund der zuletzt erstellten ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

9. Für Personen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr werden im Todesfall die aufgewendeten, angemessenen Begräbniskosten bis zur Höhe von 10% der für dauernde Invalidität vereinbarten Versicherungssumme ersetzt. Unsere Leistung erfolgt an den Überbringer der Originalrechnungen.

Artikel 8

Was gilt bei vereinbarter Leistung Unfall-Hit?

1. Führt der Unfall zu einer dauernden Invalidität im Sinne des Artikels 7 von mindestens 50%, werden 100% der vereinbarten Versicherungssumme bezahlt. Artikel 7, Pkt. 5 findet keine Anwendung.

2. Die Invaliditätsleistung zahlen wir

- als Kapitalbetrag bei Unfällen der versicherten Person vor Vollendung des 75. Lebensjahres,
- als Rente nach der im Anhang beigefügten Rententafel bei Unfällen nach diesem Zeitpunkt.

Artikel 9

Was gilt bei vereinbarter Leistung Unfall-Rente?

1.1. Führt der Unfall zu einer dauernden Invalidität im Sinne des Artikels 7 von mindestens 50%, wird unabhängig vom Lebensalter der versicherten Person die vereinbarte Unfallrente bezahlt. Artikel 7, Pkt. 5 findet keine Anwendung.

1.2. Abweichend von Art. 29.3 werden Vorgebrechen, die schon vor dem Unfall bestanden haben und die Unfallfolgen beeinflussen, unabhängig von der Anteilshöhe berücksichtigt (d.h., auch wenn der Anteil unter 25% beträgt).

2.1. Die Unfall-Rente wird nach Fälligkeit der Leistung gemäß Artikel 25 rückwirkend ab dem auf den Unfalltag folgenden Monatsersten geleistet.

2.2. Die Unfall-Rente wird monatlich im Voraus bis zum Ende des Monats gezahlt, in dem die versicherte Person stirbt. Stirbt die versicherte Person nach Fälligkeit der ersten Rente innerhalb von 10 Jahren, wird die Rentenzahlung jedenfalls für den auf die Dauer von 10 Jahren fehlenden Zeitraum an die bezugsberechtigte Person fortgesetzt (Rentengarantie). Diese Rentengarantie gilt nur, wenn die versicherte Person zum Unfallzeitpunkt bereits das 18. Lebensjahr vollendet hat.

3. Bezugsberechtigung

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

4. Unfall-Rentenversicherungen mit bereits laufenden Rentenzahlungen sind gewinnbeteiligt.

Artikel 10

Was gilt bei vereinbarter Leistung Todesfall?

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

2. Auf die Todesfalleistung werden nur Zahlungen, die für dauernde Invalidität aus demselben Ereignis geleistet worden sind, angerechnet. Einen Mehrbetrag an Leistung für dauernde Invalidität können wir nicht zurückverlangen.

3. Bezugsberechtigung

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

Artikel 11

Was gilt bei vereinbarter Leistung (Pflege-)Taggeld?

1. Taggeld wird bei dauernder oder vorübergehender Invalidität für die Dauer der vollständigen Arbeitsunfähigkeit im Beruf der versicherten Person für längstens 365 Tage innerhalb von 3 Jahren ab dem Unfalltag gezahlt.
- 2.1. Übt die versicherte Person im Zeitpunkt des Unfalles keinen sozialversicherungspflichtigen Beruf aus, leisten wir anstelle des Taggeldes ein Pfl egetaggeld, wenn die versicherte Person aufgrund des Unfalles bei der Bewältigung des Alltags im Umfang von zumindest 50% beeinträchtigt ist und sich in ärztlicher Behandlung befindet.
- 2.2. Die Höhe des Pfl egetaggeldes entspricht der vereinbarten Versicherungssumme für Taggeld. Pfl egetaggeld wird längstens für 180 Tage ab dem Unfalltag erbracht, wobei für die ersten 7 Tage die Entschädigung um 50% reduziert wird.
- 2.3. Für die Feststellung der Beeinträchtigung sind die typischen Alltagsbeschäftigungen der versicherten Person maßgebend. Die Beeinträchtigung ist nach medizinischen Gesichtspunkten festzustellen.
3. Wird eine Karenzfrist vereinbart und auf der Polizze vermerkt, so leisten wir das (Pflege-)Taggeld erst nach Ablauf und unter Abzug dieser Karenzfrist.

Artikel 12

Was gilt bei vereinbarter Leistung Spitalgeld?

1. Spitalgeld wird für jeden Kalendertag, an dem sich die versicherte Person wegen eines Versicherungsfalles in medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung befindet, längstens 365 Tage innerhalb von 3 Jahren ab dem Unfalltag gezahlt.
2. Als Spitäler gelten Krankenanstalten und Sanatorien, die sanitätsbehördlich genehmigt sind, unter ständiger ärztlicher Leitung und Betreuung stehen und sich nicht auf die Anwendung bestimmter Behandlungsmethoden beschränken, sowie Rehabilitationszentren der Sozialversicherungsträger, Werksspitäler und Krankenreviere der Exekutive.
3. Nicht als Spitäler gelten z.B. Heil- und Pflegeanstalten für Lungenkranke sowie für unheilbar chronisch Erkrankte, Erholungs- und Genesungsheime, Altersheime und deren Krankenabteilungen sowie Kuranstalten, ferner Heil- und Pflegeanstalten für Nerven- und Geistesranke.
4. Bei einem stationären Spitalsaufenthalt im Ausland wird die vereinbarte Leistung verdoppelt. Als Ausland gilt jedes Land außerhalb Österreichs, in dem die versicherte Person keinen Wohnsitz hat.

Artikel 13

Was gilt bei vereinbarter Leistung Schmerzensgeld?

1. Wir erbringen nach einem medizinisch bedingten, ununterbrochenen stationären Spitalsaufenthalt von mindestens 10 Tagen innerhalb von 3 Jahren ab dem Unfalltag, ein einmaliges Schmerzensgeld in der Höhe von EUR 1.000,-. Beträgt der ununterbrochene Spitalsaufenthalt mindestens 20 Tage erhöht sich unsere Leistung auf EUR 3.000,-.
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 Kranken-Reviere der Exekutive.
3. Nicht als Spitäler gelten z.B. Heil- und Pflegeanstalten für Lungenkranke sowie für unheilbar chronisch Erkrankte, Erholungs- und Genesungsheime, Altersheime und deren Krankenabteilungen sowie Kuranstalten, ferner Heil- und Pflegeanstalten für Nerven- und Geistesranke.

Artikel 14

Was gilt bei vereinbarter Leistung Unfallkosten?

Bis zur Höhe der hierfür vereinbarten Versicherungssumme werden von uns Unfallkosten ersetzt, sofern sie innerhalb von 3 Jahren vom Unfalltag an gerechnet entstehen und soweit nicht von einem Sozialversicherungsträger oder von einem sonstigen Leistungsträger Ersatz zu leisten ist.

Unfallkosten sind:

- 1.1. Heilkosten, die zur Behebung der Unfallfolgen aufgewendet wurden und nach ärztlicher Verordnung notwendig waren. Dazu zählen auch die notwendigen Kosten des Verletztentransportes, der erstmaligen Anschaffung künstlicher Gliedmaßen und eines Zahnersatzes sowie anderer, nach ärztlichem Ermessen erforderlicher erstmaliger Anschaffungen.

Klarstellung: Kosten von privaten Arztbehandlungen sind nicht automatisch mitversichert. Sie sind nur dann versichert, wenn private Behandlungen anstelle der von Sozialversicherungsträgern bzw. deren Vertragspartnern (Kassenärzte) angebotenen Behandlungen aus ärztlicher Sicht notwendig sind.

Die Kosten der Reparatur oder der Wiederbeschaffung für vor dem Unfall vorhandene künstliche Gliedmaßen, Zahnersätze oder sonstiger künstlicher Behelfe gelten unter folgenden Voraussetzungen mitversichert:

- Die Beschädigung muss im unmittelbaren Zusammenhang mit einem gleichzeitig eintretenden versicherten Unfallereignis stehen, bei dem eine Körperverletzung eintritt, die eine ärztliche Behandlung bzw. Versorgung erfordert.
- Der Versicherte muss dem Versicherer eine schriftliche Bestätigung des Arztes (Spitals) überbringen, von welchem die Unfallfolgen behandelt bzw. medizinisch versorgt wurden.
- Der Kostenersatz wird bis zum ursprünglichen Wertausmaß im Rahmen der vereinbarten Summe für Unfallkosten geleistet, d.h. gleiche Qualität und Ausstattungskategorie wie vor dem Unfall.

Kosten für Bade-, Erholungsreisen und -aufenthalte sowie für Sonderklasse in Krankenanstalten (Krankenhäusern und Spitälern) werden nicht ersetzt.

Im Ausland entstandene Arzt- und Medikamentenkosten werden - unter Einrechnung der übrigen Unfallkosten - bis maximal 200 % der vereinbarten Versicherungssumme ersetzt.

1.2. Die Kosten kosmetischer Operationen zur Behebung unfallbedingter Entstellungen werden bis maximal 100% der vereinbarten Versicherungssumme ersetzt.

1.3. Die Kosten für Anwendungen der traditionellen chinesischen Medizin (TCM) zur Behebung der Unfallfolgen werden bis maximal 20% der vereinbarten Versicherungssumme auch ohne ärztliche Verordnung ersetzt.

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

- einen Unfall erlitten hat oder in Berg- oder Seenot geraten ist und verletzt oder unverletzt geborgen werden muss;
- durch einen Unfall oder infolge Berg- oder Seenot 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 zu 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 nächstgelegenen Krankenhaus. Bei einem tödlichen Unfall werden auch die Kosten der Überführung des Toten zu dessen letzten Wohnort in Österreich bezahlt.

4.1. Nottransportkosten, das sind die Kosten des ärztlich angeordneten Rücktransportes der versicherten Person nach Österreich für den Fall, dass der Grad eines Unfalles oder einer Krankheit im Ausland einen solchen erforderlich macht. Der Rücktransport erfolgt durch eine vom Versicherer genannte Organisation (z.B. Tyrolean Air Ambulance oder Wiener Verein).

4.2. Die von uns genannte Organisation entscheidet über die Notwendigkeit eines Nottransportes und führt diesen auf unsere Kosten durch.

4.3. Wir ersetzen die Kosten des Nottransportes zur Gänze unabhängig von der vereinbarten Versicherungssumme und ohne Anrechnung auf diese.

4.4. Der Versicherungsschutz ist nicht gegeben, wenn die versicherte Person die Kosten des Nottransportes anderweitig ersetzt erhält oder wenn eine andere als die uns bezeichnete Organisation für den Nottransport beauftragt wird.

5. Kinderbegleitkosten, das sind die Kosten für Unterkunft und Verpflegung einer erwachsenen Person, wenn das versicherte Kind zumindest 24 Stunden stationär in einem Krankenhaus aufgenommen wird. Dieser Kostenersatz gilt nur für Kinder bis zum vollendeten 18. Lebensjahr. Kinderbegleitkosten werden bis maximal 10% der vereinbarten Versicherungssumme für Unfallkosten und ohne Anrechnung auf diese ersetzt.

6. Krankenbesuchskosten, das sind bei einem Krankenhausaufenthalt der versicherten Person im Ausland von mindestens fünf Tagen die Kosten für die Reise (angemessenes Transportmittel und Aufenthalt) einer der versicherten Person nahe stehenden Person zum Ort des Krankenhausaufenthaltes und von dort zurück zum Wohnort. Krankenbesuchskosten werden bis maximal 25% der vereinbarten Versicherungssumme für Unfallkosten und ohne Anrechnung auf diese ersetzt.

7. Hubschrauberrettungskosten, das sind die notwendigen Kosten eines Rettungstransportes der versicherten Person mittels Hubschraubers nach einem Unfall. Hubschrauberrettungskosten bis maximal EUR 7.500,- und ohne Anrechnung auf die vereinbarte Versicherungssumme für Unfallkosten ersetzt. Kein Versicherungsschutz besteht allerdings für Unfälle bei einer entgeltlichen oder beruflich ausgeübten sportlichen Betätigung sowie bei in Österreich erlittenen Verkehrs- und Berufsunfälle im Sinne des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (ASVG). Entgeltlichkeit liegt vor, wenn die versicherte Person mehr als einen bloßen Spesenersatz erhält.

Artikel 15

Was gilt bei Kinderlähmung und Erkrankung infolge Zeckenbiss?

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

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

Eine Leistung wird von uns nur für Tod, dauernde Invalidität und/oder Unfallhit erbracht.

Artikel 16

Was zahlen wir zusätzlich?

Wir übernehmen die erforderlichen Kosten, die durch die Erfüllung der in Art. 32, Pkt. 2 bestimmten Obliegenheiten entstehen. Ausgenommen bleiben davon die Kosten nach Art. 32, Pkt. 2.4.

Artikel 17

Was gilt bei Donau SOS?

Mitversichert sind die Organisation bzw. Kostenübernahme nachstehend angeführter Dienstleistungen.

Diese Dienstleistungen werden unter nachfolgender Voraussetzung ausschließlich in Österreich - ausgenommen Pkt. 3, bei welchem als Ausland weltweit jedes Land mit Ausnahme des Landes, in welchem die versicherte Person ihren Wohnsitz hat, gilt - erbracht:

Die versicherte Person befindet sich aufgrund eines versicherten Unfalles mindestens 24 Stunden in einem Spital. Wenn ein mindestens 24-stündiger Spitalsaufenthalt mit großer Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist, können die versicherten Leistungen bereits ab dem Eintritt der Unfallfolgen in Anspruch genommen werden.

1. Dienstleistungen im Haushaltsbereich werden ersetzt, soweit diese notwendig sind und nicht von einer anderen im Haushalt des Versicherungsnehmers lebenden Person übernommen werden können.

Darunter fallen z.B.

- Haushaltshilfe
- häusliche Pflege der verunfallten Person
- Essensversorgung
- Wohnungsreinigung
- Wohnungssicherung
- Versorgung von Kindern im gleichen Haushalt
- Versorgung von Haustieren im gleichen Haushalt
- unaufschiebbare Behördenwege

Ersetzt werden die durch den Assistenten organisierten Leistungen durch Professionisten bis zu EUR 75,- am Tag und das für einen Zeitraum von sechs Wochen ab dem Unfalltag.

Im Falle der Betreuung von Kindern bis zum 15. Lebensjahr durch Nachbarn, Bekannte oder Verwandte, die nicht im gleichen Haushalt leben, wird (unter Berücksichtigung des Tagesmaximums von EUR 75,- pro Tag) ein Betrag bis zu EUR 40,- ersetzt.

Pro Kalenderjahr und Vertrag ist die Inanspruchnahme von Dienstleistungen im Haushaltsbereich auf insgesamt 6 Wochen beschränkt.

2. Weiters werden nach einem versicherten Unfall mit Dauerfolgen organisiert (nicht jedoch die weiteren Kosten dafür übernommen – siehe auch Pkt. 5):

- Beratung für Lebensplanung
- Psychologische Beratung
- Beratung für Wohnungsumbau
- Beratung für Berufsumschulung

3. Weiters werden bei einem Unfall im Ausland die innerhalb einer Woche nach dem Unfall anfallenden notwendigen Kosten eines Dolmetschers bis zu einem Betrag von EUR 750,- ersetzt.

4. Weiters werden die Kosten einer einmaligen Rechtsberatung über die rechtlichen Auswirkungen eines versicherten Unfalles übernommen.

5. Beratung und Betreuung

Bei einem versicherten Unfall mit Dauerfolgen von zumindest 35 % dauernde Invalidität oder einem versicherten Todesfall werden zusätzlich zur Organisation auch die Kosten bis zu einem Betrag von EUR 750,- bezahlt:

- Beratung für Lebensplanung,
- psychologische Beratung & Betreuung,
- Beratung für Wohnungsumbau,
- Beratung für Berufsumschulung

Artikel 18

Welche Sonderleistungen gelten vereinbart?

1. Prämienfreistellung für Präsenz- und Zivildienstler (gilt nur für Erwachsenenunfall)

Präsenzdienern wird ab erstmaligem Antritt des Grundwehrdienstes (gemäß Wehrgesetz 2001 in der geltenden Fassung), Zivildienstern ab erstmaligem Antritt des ordentlichen Zivildienstes (gemäß Zivildienstgesetz 1986 in der geltenden Fassung) aus den versicherten Leistungen für dauernde Invalidität und Tod prämienfreier Versicherungsschutz gewährt.

Diese Freistellung gilt bei Präsenzdienern und Zivildienstern maximal für 6 Monate.

Bei Unterbrechung oder vorzeitiger Beendigung des Grundwehrdienstes/des ordentlichen Zivildienstes endet die Prämienfreistellung mit dem Tag der Unterbrechung oder vorzeitigen Beendigung und lebt nicht wieder auf.

Diese einmalige Prämienfreistellung wird nur dann gewährt, wenn der Versicherungsvertrag zum Zeitpunkt des erstmaligen Antrittes des Grundwehrdienstes/des ordentlichen Zivildienstes bereits seit einem Jahr aufrecht ist.

Der Versicherungsnehmer muss die Prämienfreistellung unter Angabe der genauen Dauer (Beginn und voraussichtliches Ende) des Präsenz- oder Zivildienstes verlangen.

Sind außer den Leistungen für dauernde Invalidität und Tod noch weitere Leistungen versichert (z.B.: Unfallkosten, Taggeld, Spitalgeld, etc.), besteht hinsichtlich dieser Risiken für die Dauer der Prämienfreistellung kein Versicherungsschutz.

2. Prämienfreistellung bei Babykarenz (gilt nur für Erwachsenenunfall)

Dem Versicherungsnehmer wird ab Antritt des Karenzurlaubes aus den versicherten Leistungen für dauernde Invalidität und Tod prämienfreier Versicherungsschutz gewährt. Diese Freistellung gilt für maximal 6 Monate.

Bei Unterbrechung oder vorzeitiger Beendigung des Karenzurlaubes endet die Prämienfreistellung mit dem Tag der Unterbrechung oder vorzeitigen Beendigung und lebt nicht wieder auf.

Diese einmalige Prämienfreistellung wird nur dann gewährt, wenn der Versicherungsvertrag zum Zeitpunkt des erstmaligen Antrittes des Karenzurlaubes bereits seit einem Jahr besteht.

Der Versicherungsnehmer muss die Prämienfreistellung unter Angabe der genauen Dauer (Beginn und voraussichtliches Ende) des Karenzurlaubes verlangen.

Sind außer den Leistungen für dauernde Invalidität und Tod noch weitere Leistungen versichert (z.B.: Unfallkosten, Taggeld, Spitalgeld, etc.), besteht hinsichtlich dieser Risiken für die Dauer der Prämienfreistellung kein Versicherungsschutz.

3. Prämienfreistellung bei Arbeitslosigkeit (gilt nur für Erwachsenenunfall)

Dem Versicherungsnehmer wird bei Arbeitslosigkeit aus den versicherten Leistungen für dauernde Invalidität und Tod prämienfreier Versicherungsschutz gewährt. Diese Freistellung gilt für maximal 6 Monate.

Bei Antritt eines neuen Arbeitsverhältnisses (auch Selbstständigentätigkeit) endet die Prämienfreistellung mit dem ersten Arbeitstag und lebt nicht wieder auf.

Diese einmalige Prämienfreistellung wird nur dann gewährt, wenn der Versicherungsvertrag bei Beginn der Arbeitslosigkeit bereits seit einem Jahr besteht und die Arbeitslosigkeit zumindest 3 Monate dauert.

Der Versicherungsnehmer muss die Prämienfreistellung verlangen.

Sind außer den Leistungen für dauernde Invalidität und Tod noch weitere Leistungen versichert (z.B.: Unfallkosten, Taggeld, Spitalgeld, etc.), besteht hinsichtlich dieser Risiken für die Dauer der Prämienfreistellung kein Versicherungsschutz.

Artikel 19

Was gilt für Kinder und Jugendliche? (Kinder- und Jugendunfall)

1. Die Versicherung wird zur vereinbarten Prämie längstens bis zum vollendeten 18. Lebensjahr der versicherten Person fortgeführt. Mit Vollendung des 18. Lebensjahres wird der Vertrag ab der auf den 18. Geburtstag folgenden nächsten Hauptfälligkeit auf den Tarif für Erwachsene umgestellt.

2. Tritt nach Vollendung des 18. Lebensjahres ein Versicherungsfall ein, ohne dass eine Umstellung auf den Tarif für Erwachsene erfolgt ist, so werden unsere Leistungen in der Weise bemessen, dass dem Vertrag als Versicherungssummen jene Beträge zugrunde gelegt werden, welche sich nach dem für die dem tatsächlichen Alter erforderlichen Prämienätzen aufgrund der tatsächlichen in der Police berechneten Prämie ergeben.

3. Ist der Familienerhalter Versicherungsnehmer und Prämienzahler für die versicherte Person, so können bei dessen Ableben während der Vertragsdauer die gesetzlichen Vertreter der versicherten Person die prämienfreie Fortführung des Vertrages bis zum ursprünglich vereinbarten Ablauf nach folgender Maßgabe beantragen:

Wir gewähren prämienfreien Versicherungsschutz hinsichtlich der vereinbarten Leistung für dauernde Invalidität. Unsere Entschädigungsleistung ist jedoch mit EUR 75.000,- pro Versicherungsfall und insgesamt für alle Versicherungsfälle aus dieser Leistungsform bis zum vereinbarten Vertragsablauf begrenzt. Die darüber hinausgehenden vereinbarten Versicherungssummen bzw. anderen Leistungen können zu den vereinbarten Prämienätzen beibehalten oder einvernehmlich ausgeschlossen werden. Die Bestimmungen gemäß der Punkte 1 und 2 bleiben dadurch unberührt.

Artikel 20

Was gilt für Erwachsene? (Erwachsenenunfall)

1. Der Versicherungsschutz erstreckt sich auch auf alle während aufrechem Versicherungsvertrag neugeborenen Kinder des Versicherungsnehmers ab dem Zeitpunkt der erfolgten Abnabelung (Durchtrennen der Nabelschnur). Die Neugeborenen sind für die ersten 6 Lebensmonate zu 100 % der in der Police genannten Summen für dauernde Invalidität, maximal jedoch mit EUR 75.000,- versichert. Kein Versicherungsschutz besteht für alle anderen prämienpflichtigen Versicherungsleistungen (z.B.: Unfallkosten, Taggeld, Spitalgeld, etc.).

2.1. Soweit vereinbart ist, reduziert sich die Prämie für Erwachsene, die sich noch in Ausbildung befinden und über keinen eigenen Haushalt und kein eigenes Einkommen verfügen und das 25. Lebensjahres noch nicht vollendet haben, um den tariflichen Nachlass. Ein Wohnsitz am Studienort gilt nicht als eigener Haushalt. Eine Lehrlingsentschädigung gilt nicht als eigenes Einkommen.

2.2. Der Wegfall einer Voraussetzung ist uns unverzüglich, spätestens innerhalb eines Monats anzuzeigen.

2.3 Artikel 19, Pkt. 2 findet sinngemäß Anwendung.

Artikel 21

Was gilt für Partner? (Partnerunfall)

1. Der Versicherungsschutz gilt für den Versicherungsnehmer und seinen im gemeinsamen Haushalt lebenden Ehepartner bzw. Lebensgefährten. Bei Wegfall des gemeinsamen Haushaltes erlischt der Versicherungsschutz für den mitversicherten Partner automatisch, ohne dass es einer Kündigung bedarf.

2.1. Soweit nichts anderes vereinbart ist, gelten die in der Police vereinbarten Leistungen und Versicherungssummen - ausgenommen Taggeld- für beide Personen zu je 100 %.

2.2. Taggeldleistungen für den mitversicherten Partner erfolgen nur dann, wenn in der Police eine diesbezügliche Vereinbarung getroffen ist.

3. Der Versicherungsschutz erstreckt sich auch auf alle während aufrechem Versicherungsvertrag neugeborenen Kinder der versicherten Partner ab dem Zeitpunkt der erfolgten Abnabelung (Durchtrennen der Nabelschnur). Die Neugeborenen sind für die ersten 6 Lebensmonate zu 100 % der in der Police genannten Summen für dauernde Invalidität, maximal jedoch mit EUR 75.000,- versichert. Kein Versicherungsschutz besteht für alle anderen prämienpflichtigen Versicherungsleistungen (z.B.: Unfallkosten, Taggeld, Spitalgeld, etc.).

4. Im Rahmen der Nottransportkosten gemäß Artikel 14, Pkt. 4.1 bis 4.4 ersetzen wir nach Maßgabe der genannten Bestimmungen auch die Kosten des Rücktransportes der mitversicherten Person als Begleitperson.

5. Soweit nichts anderes vereinbart ist, sind im Falle des Todes die beiden Partner gegenseitig bezugsberechtigt bzw. bei gleichzeitigem Todesfall, die Erben.

Artikel 22

Was gilt für Alleinerzieher und Kinder? (Alleinerzieherunfall)

1. Der Versicherungsschutz gilt für den Versicherungsnehmer und seine im gemeinsamen Haushalt lebenden minderjährigen Kinder (auch Adoptivkinder). Mit Vollendung des 18. Lebensjahres erlischt der Versicherungsschutz für die mitversicherten Kinder automatisch, ohne dass es einer Kündigung bedarf.

2.1. Der Versicherungsschutz erstreckt sich auch auf alle während aufrechem Versicherungsvertrag neugeborenen Kinder des Versicherungsnehmers ab dem Zeitpunkt der erfolgten Abnabelung (Durchtrennen der Nabelschnur).

2.2. Voraussetzung für den Versicherungsschutz ist, dass Sie uns die Geburt innerhalb der ersten 6 Lebensmonate mitteilen.

3. Soweit nichts anderes vereinbart ist, gelten die in der Police vereinbarten Leistungen und Versicherungssummen - ausgenommen Taggeld- für alle versicherten Personen zu je 100 %. Die Leistungen für Taggeld (Artikel 11) können für Kinder nicht vereinbart werden.

4. Im Rahmen der Nottransportkosten gemäß Artikel 14, Pkt. 4.1 bis 4.4 ersetzen wir nach Maßgabe der genannten Bestimmungen auch die Kosten des Rücktransportes einer mitversicherten Person als Begleitpersonen.

5. Soweit nichts anderes vereinbart ist, sind im Falle des Todes der versicherten Personen die Erben bezugsberechtigt. Im Falle des Todes eines Kindes vor Vollendung des 18. Lebensjahres findet die Bestimmung gemäß Artikel 7, Punkt 9 Anwendung.

Artikel 23

Was gilt für Familien? (Familienunfall)

1. Der Versicherungsschutz gilt für den Versicherungsnehmer, seinen im gemeinsamen Haushalt lebenden Ehepartner bzw. Lebensgefährten und die im gemeinsamen Haushalt lebenden minderjährigen Kinder (auch Adoptivkinder). Für den mitversicherten Partner erlischt der Versicherungsschutz bei Wegfall des gemeinsamen Haushaltes automatisch, ohne dass es einer Kündigung bedarf. Mit Vollendung des 18. Lebensjahres erlischt der Versicherungsschutz für die mitversicherten Kinder automatisch, ohne dass es einer Kündigung bedarf.

2.1. Der Versicherungsschutz erstreckt sich auch auf alle während aufrehtem Versicherungsvertrag neugeborenen Kinder des Versicherungsnehmers und seines mitversicherten Ehepartners bzw. Lebensgefährten ab dem Zeitpunkt der erfolgten Abnabelung (Durchtrennen der Nabelschnur).

2.2. Voraussetzung für den Versicherungsschutz ist, dass Sie uns die Geburt innerhalb der ersten 6 Lebensmonate mitteilen.

3.1. Soweit nichts anderes vereinbart ist, gelten die in der Polizza vereinbarten Leistungen und Versicherungssummen - ausgenommen Todesfall und Taggeld- für alle versicherten Personen zu je 100 %. Die Leistungen für Todesfall (Artikel 10) gelten nur für den Versicherungsnehmer und mitversicherten Partner zu je 100 %.

3.2. Taggeldleistungen für den mitversicherten Ehepartner bzw. Lebensgefährten erfolgen nur dann, wenn in der Polizza eine diesbezügliche Vereinbarung getroffen ist. Die Leistungen für Taggeld (Artikel 11) können für Kinder nicht vereinbart werden.

4. Im Rahmen der Nottransportkosten gemäß Artikel 14, Pkt. 4.1 bis 4.4 ersetzen wir nach Maßgabe der genannten Bestimmungen auch die Kosten des Rücktransportes einer mitversicherten Person als Begleitpersonen.

5. Soweit nichts anderes vereinbart ist, sind im Falle des Todes eines der beiden Partner die beiden Partner gegenseitig bezugsberechtigt bzw. bei gleichzeitigem Todesfall, die Erben. Im Falle des Todes eines versicherten Kindes sind die Erben bezugsberechtigt. Im Falle des Todes eines Kindes vor Vollendung des 18. Lebensjahres findet die Bestimmung gemäß Artikel 7, Punkt 9 Anwendung.

Artikel 24

Was gilt bei Vollendung des 75. Lebensjahres? Was gilt für Senioren? (Seniorenunfall)

1. Mit Ablauf des Versicherungsjahres, indem die versicherte Person das 75. Lebensjahr vollendet, reduzieren sich während der Laufzeit des Versicherungsvertrages die Versicherungssummen bei gleich bleibender Prämie um 50%.

2. Gemäß Art. 7, Pkt. 2.1 und Art. 8, Pkt. 2 erfolgt die Leistung aus dem Titel der dauernden Invalidität und Unfall-Hit in Form einer lebenslangen Rente, da der Versicherte am Unfalltag bereits das 75. Lebensjahr vollendet hat.

Artikel 25

Wann ist die Leistung fällig? Wann tritt Verjährung ein?

1. Die Geldleistungen des Versicherers werden mit Beendigung der Erhebungen fällig, die zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung nötig sind.

2. Die Fälligkeit tritt jedoch unabhängig davon ein, wenn der Versicherungsnehmer nach Ablauf zweier Monate seit dem Begehren nach einer Geldleistung eine Erklärung des Versicherers verlangt, aus welchen Gründen die Erhebungen noch nicht beendet werden konnten, und der Versicherer diesem Verlangen nicht binnen eines Monats entspricht.

3. Steht die Leistungspflicht des Versicherers fest, lässt sich aber aus Gründen, die der Versicherungsnehmer nicht verschuldet hat, die Höhe der Versicherungsleistung innerhalb eines Monats nach Eingang der Schadensanzeige nicht feststellen, hat der Versicherer auf Verlangen des Versicherungsnehmers angemessene Vorschüsse zu leisten.

4. Für Leistungen aus dem Titel einer „Dauernden Invalidität“ sind überdies Artikel 7, Pkte 6. und 7. zu beachten.

Artikel 26

Was geschieht bei Meinungsverschiedenheiten? (Ärzt Kommission)

1. Im Fall von Meinungsverschiedenheiten über Art und Umfang der Unfallfolgen oder darüber, in welchem Umfang die eingetretene Beeinträchtigung auf den Unfall zurückzuführen ist, ferner über die Beeinflussung der Unfallfolgen durch Krankheiten oder Gebrechen entscheidet verbindlich ein Schiedsgutachter, sofern dies der Versicherungsnehmer bzw. der Bezugsberechtigte (im Folgenden: der Anspruchsberechtigte) oder der Versicherer verlangen und diese Meinungsverschiedenheiten auf insofern abweichenden medizinischen Gutachten des vom Versicherer im Anlassfall beigezogenen sowie eines vom Anspruchsberechtigten beauftragten Gutachterarztes beruhen.

2. Gemäß § 184 VersVG ist die Entscheidung des Schiedsgutachters nur dann nicht verbindlich, wenn sie offenbar von der wirklichen Sachlage erheblich abweicht. In diesem Fall entscheidet ein ordentliches Gericht über die strittige Frage. Letzteres gilt auch, wenn der Schiedsgutachter die Feststellung nicht treffen kann oder will oder sie länger als drei Monate verzögert oder wenn der Schiedsgutachter nicht entscheidet, weil der Anspruchsberechtigte zwar die Entscheidung des Schiedsgutachters verlangt hat, aber nicht fristgerecht gemäß dem untenstehenden Punkt 7. mitgeteilt hat, mit dem ihm mitgeteilten Maximalbetrag einverstanden zu sein.

3. Das Recht, die Entscheidung eines Schiedsgutachters zu verlangen, steht sowohl dem Anspruchsberechtigten als auch dem Versicherer zu. Das Verlangen einer Entscheidung des Schiedsgutachters hat (wenn vereinbart: „binnen xxx Monaten ab Zugang der in geschriebenen Form übermittelten Entscheidung des Versicherers über die jeweils strittige Fragestellung im Sinne des P. 1.“) unter Bekanntgabe der Forderung bzw. Auffassung und unter Vorlage eines diese Forderung/Auffassung begründenden medizinischen Gutachtens zu erfolgen. Auf dieses Recht sowie die dafür geltenden Erfordernisse und Rahmenbedingungen wird der Versicherer den Anspruchsberechtigten in seiner Entscheidung über den Anspruch und/oder die strittige Fragestellung in geschriebener Form hinweisen.

4. Als Schiedsgutachter bestellen der vom Versicherer im Anlassfall beigezogene sowie der vom Anspruchsberechtigten mit der bisherigen Fallbeurteilung beauftragte Gutachterarzt einvernehmlich einen in der österreichischen Ärzteliste eingetragenen Arzt mit ius practicandi (Recht zur Berufsausübung), welcher in die Liste der in Österreich gerichtlich zertifizierten medizinischen Sachverständigen eingetragen ist. Einigen sich die beiden Ärzte über die Person des Schiedsgutachters nicht, wird ein für die Beurteilung der strittigen Fragen zuständiger medizinischer Sachverständiger durch die Österreichische Ärztekammer als Schiedsgutachter bestellt.

5. Die Obliegenheiten gemäß Artikel 32 Punkt 2.4. bis 2.6. gelten sinngemäß für das Schiedsgutacherverfahren. Die versicherte Person trifft demnach auch die Obliegenheit, sich vom Schiedsgutachter untersuchen zu lassen.

6. Der Schiedsgutachter hat ein Gutachten zu erstatten und über die strittigen Tatsachen im Sinne des Punktes 1. zu entscheiden. Diese Entscheidung des Schiedsgutachters hat eine schriftliche Begründung zu umfassen, die sich mit den vorhandenen Gutachten auseinandersetzt.

7. Verlangt der Versicherer die Entscheidung des Schiedsgutachters, so trägt er dessen Kosten allein. Verlangt der Anspruchsberechtigte die Entscheidung des Schiedsgutachters, hat der Versicherer dem Anspruchsberechtigten vor Aufnahme der Tätigkeit des Schiedsgutachters in geschriebener Form den Maximalbetrag der vom Anspruchsberechtigten zu tragenden Kosten mitzuteilen. Dieser Maximalbetrag ist vom Versicherer unter Bedachtnahme auf die zu erwartenden objektiv notwendigen Kosten des Schiedsgutachters zu bestimmen und darf nicht mehr als 0,5% der für Tod und Invalidität zusammen versicherten Summe, höchstens jedoch 5% des strittigen Betrages betragen. Der Schiedsgutachter wird nur dann tätig, wenn der Anspruchsberechtigte innerhalb von vier Wochen ab Erhalt der Mitteilung erklärt, mit dem ihm mitgeteilten Maximalbetrag einverstanden zu sein. Die endgültigen Kosten des Schiedsgutachters werden von ihm anhand der im Rahmen seiner Tätigkeit angefallenen objektiv notwendigen Kosten festgesetzt und sind im Verhältnis des Obsiegens der beiden Parteien zu tragen, vom Anspruchsberechtigten jedoch maximal bis zur Höhe des ihm mitgeteilten Maximalbetrags. Bei Unverbindlichkeit der Entscheidung des Schiedsgutachters (siehe Punkt 2.) trägt der Versicherer die Kosten des Schiedsgutachters.

ABSCHNITT C: BEGRENZUNGEN DES VERSICHERUNGSSCHUTZES

Artikel 27

Wer kann nicht versichert werden?

Gilt ersatzlos gestrichen

Artikel 28

Welche Unfälle sind ausgeschlossen?

Ausgeschlossen von der Versicherung sind Unfälle

1. bei der Benutzung von Luftfahrtgeräten und bei Fallschirmabsprüngen sowie bei der Benutzung von Luftfahrzeugen, soweit sie nicht unter die Bestimmung des Art. 6, Pkt. 4 fällt;
2. die bei Beteiligung an motorsportlichen Wettbewerben (auch Wertungsfahrten und Rallyes) und den dazugehörigen Trainingsfahrten entstehen, wenn dabei die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten mitentscheidend ist.
3. bei der Teilnahme an Landes-, Bundes- oder internationalen Wettbewerben auf dem Gebiet des nordischen und alpinen Schisportes, des Snowboardens sowie Freestyleing, Bob-, Skibob-, Skeletonfahrens oder Rodeln sowie am offiziellen Training für diese Veranstaltungen;
4. beim Klettern am Fels (Begehung von Kletterrouten), insoweit diese Unfälle nicht mittels besonderer Vereinbarung ausdrücklich mitversichert sind;

5. die beim Versuch oder der Begehung gerichtlich strafbarer Handlungen durch die versicherte Person eintreten, für die Vorsatz ein Tatbestandsmerkmal ist;
6. die unmittelbar oder mittelbar mit Kriegsereignissen jeder Art zusammenhängen;
7. durch Innere Unruhen, wenn die versicherte Person daran auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;
8. 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;
9. die die versicherte Person infolge einer wesentlichen Beeinträchtigung ihrer psychischen Leistungsfähigkeit durch Alkohol, Suchtgifte oder Medikamente erleidet;
10. 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 29

Welche sachlichen Begrenzungen des Versicherungsschutzes gibt es?

1. Eine Versicherungsleistung wird von uns nur für die unmittelbar durch den eingetretenen Unfall hervorgerufenen Folgen (körperliche Schädigung oder Tod) erbracht.
2. Bei der Bemessung des Invaliditätsgrades wird ein Abzug in Höhe einer Vorinvalidität nur vorgenommen, wenn durch den Unfall eine körperliche oder geistige Funktion betroffen ist, die schon vorher beeinträchtigt war. Die Vorinvalidität wird nach Art. 7, Punkte 2.1 bis 2.3 und 3. bemessen.
3. Haben Krankheiten, Gebrechen oder krankhaft abnützungsbedingte Veränderungen, die schon vor dem Unfall bestanden haben, den Eintritt des Unfalls und/oder die Unfallfolgen beeinflusst, ist die Leistung entsprechend dem Anteil der Krankheit, des Gebrechens oder der Veränderung zu kürzen, sofern dieser Anteil mindestens 25% beträgt.
4. Herzinfarkt oder Schlaganfall gelten nicht als Unfallfolge.
5. Für organisch bedingte Störungen des Nervensystems wird eine Leistung von uns nur erbracht, wenn und soweit diese Störung auf eine durch den Unfall verursachte organische Schädigung zurückzuführen ist. Seelische Fehlhaltungen (Neurosen, Psychoneurosen) und sonstige psychische Reaktionen, auch wenn diese auf einer organischen Schädigung oder Reaktion beruhen, gelten nicht als Unfallfolgen.
6. Bei Bandscheibenhernien wird eine Leistung nur erbracht, wenn sie durch direkte mechanische Einwirkung auf die Wirbelsäule entstanden sind und es sich nicht um eine Verschlimmerung von vor dem Unfall bestandenen Krankheitserscheinungen handelt.
7. 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.
8. Netzhautablösungen und deren Folgen begründen keine Leistungspflicht des Versicherers bei zuvor bestandener Sehbehinderung von mehr als 12 Dioptrien.

ABSCHNITT D: PFLICHTEN DES VERSICHERUNGSNEHMERS

Artikel 30

Wann ist die Prämie zu bezahlen?

1. Die erste oder die einmalige Prämie samt Versicherungssteuer (im folgenden kurz: "Prämie") ist vom Versicherungsnehmer innerhalb von 14 Tagen nach Abschluss des Versicherungsvertrages (Zugang der Polize oder einer gesonderten Antragsannahmeerklärung) und Aufforderung zur Prämienzahlung zu bezahlen.
2. Die Folgeprämien sind zu den vereinbarten Fälligkeitsterminen zu bezahlen.
3. Für die Folgen nicht rechtzeitiger Prämienzahlung gelten die §§ 38, 39, 39a VersVG (siehe Anhang).

Artikel 31

Was ist bei der Änderung des Berufes, der Beschäftigung sowie besonders gefährlichen Freizeitaktivitäten zu beachten?

Veränderungen des im Antrag angegebenen Berufes, Beschäftigung sowie die Aufnahme einer vertraglich oder beruflichen Sportausübung oder der im Antrag anzugebenden besonders gefährlichen Freizeitaktivitäten der versicherten Personen sind unverzüglich anzuzeigen. Einberufungen zum ordentlichen Präsenzdienst, zum Zivildienst oder zu kurzfristigen militärischen Reserveübungen gelten nicht als Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung.

Ergibt sich für die neue Berufstätigkeit, die Beschäftigung oder die besonders gefährlichen Freizeitaktivitäten des Versicherten nach dem dem Vertrag zugrundeliegenden Tarif:

- eine niedrigere Prämie, so ist vom Zugang der Anzeige an nur diese Prämie zu bezahlen.
- eine höhere Prämie, so besteht für die Dauer von drei Monaten ab dem Zeitpunkt, ab dem uns die Anzeige zugehen hätte müssen, auch für die neue Berufstätigkeit, Beschäftigung oder besonders gefährlichen Freizeitaktivitäten der volle Versicherungsschutz. Danach besteht der volle Versicherungsschutz nur bei Zahlung einer - dem höheren Risiko - angepassten Prämie. Hierzu werden wir Ihnen nach Meldung des erhöhten Risikos einen Änderungsvorschlag übermitteln.

Sie sind berechtigt, den Versicherungsvertrag innerhalb eines Monats nach Zugang des Änderungsvorschlags des Versicherers ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist zu kündigen. Kündigen Sie Ihren Versicherungsvertrag nicht innerhalb dieser Frist, so gilt die vom Versicherer vorgeschlagene erhöhte Prämie ab dem Zeitpunkt der Gefahrenerhöhung. Der Versicherer wird Sie in dem Schreiben, mit dem der Änderungsvorschlag übermittelt wird, auf die Rechtsfolgen der Prämienhöhung bei unterbliebener Kündigung sowie der Vertragsbeendigung bei Vornahme der Kündigung besonders hinweisen.

Tritt ein auf die neue Berufstätigkeit, Beschäftigung oder besonders gefährliche Freizeitaktivitäten zurückzuführender Versicherungsfall nach Ablauf der drei Monate ein, ohne dass inzwischen eine Einigung über die Mehrprämie erreicht worden wäre, so werden unsere Leistungen in der Weise bemessen, dass dem Vertrag als Versicherungssummen jene Beträge 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.

- dass grundsätzlich kein Versicherungsschutz besteht, finden die Bestimmungen der §§ 23 ff VersVG, Gefahrerhöhung, Anwendung.

Artikel 32

Was ist vor und nach Eintritt eines Versicherungsfalles zu beachten bzw. zu tun? (Obliegenheiten)

1. Obliegenheiten vor Eintritt des Versicherungsfalles

Als Obliegenheit, deren Verletzung unsere Leistungsfreiheit gemäß den Voraussetzungen und Begrenzungen des § 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 wäre, besitzt. Dies gilt auch dann, wenn dieses Fahrzeug nicht auf Straßen mit öffentlichem Verkehr gelenkt wird. Die Verletzung dieser Obliegenheit bewirkt die Leistungsfreiheit des Versicherers gemäß den Voraussetzungen und Begrenzungen des § 6 Abs. 2 VersVG.

2. Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalles

Als Obliegenheiten, deren Verletzung unsere Leistungsfreiheit gemäß den Voraussetzungen und Begrenzungen des § 6 Abs. 3 VersVG bewirkt, werden bestimmt:

2.1. Alle (auch mündliche) Angaben sind uns im Zuge der Schadensabwicklung (auch Abwicklung möglicher Regresse der Versicherungsleistungen) vollständig und wahrheitsgetreu zu machen sind.

2.2. Ein Unfall ist uns unverzüglich, spätestens innerhalb einer Woche anzuzeigen.

2.3. Ein Todesfall ist uns innerhalb von 3 Tagen vom Bezugsberechtigten ab Kenntnis des Todesfalles und Bestehen des Versicherungsverhältnisses anzuzeigen, und zwar auch dann, wenn der Unfall bereits gemeldet ist.

2.4. Nach dem Unfall ist unverzüglich ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen und die ärztliche Behandlung bis zum Abschluss des Heilverfahrens fortzusetzen; ebenso ist für eine angemessene Krankenpflege und nach Möglichkeit für die Abwendung und Minderung der Unfallfolgen zu sorgen.

2.5. Die Unfallanzeige ist uns unverzüglich zuzusenden. Außerdem sind uns alle verlangten sachdienlichen Auskünfte zu erteilen.

2.6. Der behandelnde Arzt oder die behandelnde Krankenheilanstalt sowie diejenigen Ärzte oder Krankenanstalten, von denen der Versicherte aus anderen Anlässen behandelt oder untersucht worden ist, sind zu ermächtigen und aufzufordern, die von uns verlangten Auskünfte zu erteilen und Berichte zu liefern. Ist der Unfall einem Sozialversicherer gemeldet, so ist auch dieser im vorstehenden Sinne zu ermächtigen.

2.7. Die mit dem Unfall befassten Behörden sind zu ermächtigen und zu veranlassen, die von uns verlangten Auskünfte zu erteilen.

2.8. Wir können verlangen, dass sich die versicherte Person durch die von uns genannten Ärzte untersuchen lässt.

2.9. Ist auch Spitalgeld versichert, so ist uns nach der Entlassung aus dem Spital eine Aufenthaltsbestätigung der Spitalverwaltung zuzusenden.

2.10. Sind auch Unfallkosten versichert, so sind uns die Originalbelege zu überlassen. Im Falle eines Nottransportes muss die von uns bezeichnete Organisation unverzüglich verständigt und ihren Veranlassungen Folge geleistet werden.

ABSCHNITT E: SONSTIGE VERTRAGSBESTIMMUNGEN

Artikel 33

Was ist die Versicherungsperiode und wie regelt sich die Vertragsdauer?

1. Versicherungsperiode

Als Versicherungsperiode gilt der Zeitraum eines Jahres, wenn der Versicherungsvertrag nicht für eine kürzere Zeit abgeschlossen ist. Dies gilt auch dann, wenn die Jahresprämie vertragsgemäß in Teilbeträgen entrichtet wird.

2. Automatische Vertragsverlängerung

2.1. Der Vertrag gilt zunächst für die in der Polizze festgesetzte Dauer. Beträgt die vereinbarte Vertragsdauer mindestens ein Jahr, verlängert sich der Vertrag um jeweils ein Jahr, wenn er nicht drei Monate vor Ablauf gekündigt wird.

Für die Erklärung der Ablaufkündigung steht die gesamte Vertragslaufzeit, unter Beachtung der zuvor bestimmten Frist von 3 Monaten, zur Verfügung.

2.2. Für Versicherungsverträge, deren Abschluss nicht zum Betrieb eines Unternehmens des Versicherungsnehmers gehört (Verbraucherverträge) ist vereinbart, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer auf die Rechtsfolge der Vertragsverlängerung bei unterlassener Kündigung frühestens sechs Monate, spätestens aber vier Monate vor Ablauf der vereinbarten Laufzeit besonders hinweisen wird.

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

Artikel 34

Wann und unter welchen Voraussetzungen kann gekündigt werden?

Wann erlischt der Vertrag ohne Kündigung?

1. Kündigung nach Eintritt des Versicherungsfalles

1.1. Nach Eintritt des Versicherungsfalles 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 Pkt. 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 des Schiedsgutachters 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.25, Fälligkeit unserer Leistung und Verjährung);
- nach Zustellung der Entscheidung des Schiedsgutachters (Art.26, 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 35

Wem steht die Ausübung der Rechte aus dem Vertrag zu?

Wer hat die Pflichten aus dem Vertrag zu erfüllen?

1. Die Unfallversicherung kann gegen Unfälle, die 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 sind so anzuwenden, dass die Ausübung der Rechte aus dem Versicherungsvertrag ausschließlich Ihnen zusteht.

Wird eine Versicherung gegen Unfälle, die einem anderen zustoßen, von Ihnen für eigene Rechnung genommen, so ist zur Gültigkeit des Vertrages die schriftliche Zustimmung des anderen erforderlich.

Ist der andere geschäftsunfähig oder in der Geschäftsfähigkeit beschränkt und steht die Vertretung in den seine Person betreffenden Angelegenheiten Ihnen zu, so können Sie den anderen bei der Erteilung der Zustimmung nicht vertreten.

2. Alle für Sie getroffenen Bestimmungen gelten sinngemäß auch für die versicherte Personen und jene Personen, die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag geltend machen.

3. Diese Personen sind neben Ihnen für die Erfüllung der Obliegenheiten, der Schadenminderungs- und Rettungspflicht verantwortlich.

Artikel 36

Wo können Ansprüche aus dem Vertrag gerichtlich geltend gemacht werden?

Gilt ersatzlos gestrichen

Artikel 37

Wie sind Erklärungen abzugeben?

Rücktrittserklärungen gem. §§ 3,3a KSchG können in jeder beliebigen Form abgegeben werden. Für sonstige Anzeigen und Erklärungen an uns ist die geschriebene Form erforderlich, sofern nicht die Schriftform ausdrücklich und mit gesonderter Erklärung vereinbart wurde. Der geschriebenen Form wird durch Zugang eines Textes in Schriftzeichen entsprochen, aus dem die Person des Erklärenden hervorgeht (z.B. Telefax oder E-Mail). Schriftform bedeutet, dass dem Erklärungsempfänger das Original der Erklärung mit eigenhändiger Unterschrift des Erklärenden zugehen muss.

Artikel 38

Welches Recht gilt?

Für diesen Vertrag gilt österreichisches Recht.

ANHANG: RENTENTAFEL

auf Grund der österreichischen Sterbetafel AVÖ R Unisex und eines Zinsfußes von jährlich 1,0 % (Art. 7, Pkt. 2.1).

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

Alter	75	76	77	78	79	80	
Jahresrente in EUR	66,96	70,56	74,40	78,72	83,52	88,92	für Männer und Frauen