

# Allgemeine Bedingungen der Grazer Wechselseitigen Versicherung AG für die Unfallversicherung (AUVB 2013)

## Abschnitt A: Versicherungsschutz

### Artikel 1

#### Gegenstand der Versicherung

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

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

### Artikel 2

#### Versicherungsfall

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

### Artikel 3

#### Örtlicher Geltungsbereich

Die Versicherung gilt auf der ganzen Erde.

### Artikel 4

#### Zeitlicher Geltungsbereich

Versichert sind Unfälle, die während der Wirksamkeit des Versicherungsschutzes (Laufzeit des Versicherungsvertrages unter Beachtung der §§ 38 ff Versicherungsvertragsgesetz (VersVG), BGBI. Nr. 2/1959, in der jeweils geltenden Fassung) eingetreten sind.

### Artikel 5

#### Beginn des Versicherungsschutzes, vorläufige Deckung

- Der Versicherungsschutz beginnt nicht vor dem in der Polizze festgesetzten Zeitpunkt. Wird der Versicherungsnehmer zur Bezahlung der ersten oder einmaligen Prämie erst nach diesem Zeitpunkt aufgefordert und die Prämie dann binnen 14 Tagen ab Erhalt dieser Aufforderung bezahlt, beginnt der Versicherungsschutz zu dem in der Polizze festgesetzten Zeitpunkt.
- Ist eine vorläufige Deckung vereinbart, endet diese mit der Aushändigung der Polizze, es sei denn, die Binfefrist ist bereits abgelaufen. Wird die Annahme des Antrages vom Versicherer abgelehnt, ist gleichzeitig die vorläufige Deckung mit einer Frist von einer Woche zu kündigen.

Außerdem ist der Versicherer berechtigt, die vorläufige Deckung mit einer Frist von zwei Wochen zu kündigen.

### Artikel 6

#### Begriff des Unfalles

- Unfall ist ein vom Willen der versicherten Person unabhängiges Ereignis, das plötzlich von außen mechanisch oder chemisch auf ihren Körper einwirkt und eine körperliche Schädigung oder den Tod nach sich zieht.
- Als Unfall gelten auch folgende vom Willen der versicherten Person unabhängige Ereignisse:
  - Ertrinken bzw. Ersticken unter Wasser sowie tauchtypische Gesundheitsschädigungen (Barotraumen, Gasembolie, Dekompressionskrankheit);
  - Verbrennungen, Verbrühungen, Einwirkungen von Blitzschlag oder elektrischem Strom;
  - Einatmen von Gasen oder Dämpfen, Einnehmen von giftigen oder ätzenden Stoffen, es sei denn, dass diese Einwirkungen allmählich erfolgen;
  - Verrenkungen von Gliedern sowie Zerrungen und Zerreißungen von an Gliedmaßen und an der Wirbelsäule befindlichen Muskeln, Sehnen, Bändern und Kapseln sowie Meniskusverletzungen. Hinsichtlich abnützungsbedingter Einflüsse mit Krankheitswert findet Art.17, Punkte 2 und 3 Anwendung.
- 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.12 sowie für Wundstarrkrampf und Tollwut, verursacht durch einen Unfall gemäß Pkt.1.
- Der Versicherungsschutz bezieht sich auch auf Unfälle der versicherten Person als Fluggast in Motorflugzeugen, welche für die Verwendungsart Personenbeförderung zugelassen sind.

Als Fluggast gilt, wer weder mit dem Betrieb des Luftfahrzeugs in ursächlichem Zusammenhang steht oder Besatzungsmitglied ist, noch mittels des Luftfahrzeugs eine berufliche Betätigung ausübt.

## 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, innerhalb von 4 Jahren vom Unfalltag an beim Versicherer geltend gemacht worden.

Erfolgt die Geltendmachung nicht innerhalb dieser Frist, so verfällt der Leistungsanspruch.

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

##### 2 Art und Höhe der Leistung:

###### 2.1 Die Invaliditätsleistung wird gezahlt

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

###### 2.2 Bei volligem Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane gelten ausschließlich 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 .....	45 %
- 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 Geruchsinnes .....	10 %
des Geschmacksinnes .....	5 %
der Milz .....	10 %
der Niere .....	20 %
- war die zweite Niere bereits vor dem Unfall beeinträchtigt oder sind beide Nieren als Unfallfolge beeinträchtigt, ist für die Bemessung der dauernden Invalidität Art.7, Pkt.3 anzuwenden.	30 %

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

###### 4 Sind mehrere Körperteile oder Sinnesorgane durch den Unfall beeinträchtigt, werden die nach den vorstehenden Bestimmungen ermittelten Invaliditätsgrade zusammengezählt. Mehr als 100 % werden jedoch nicht berücksichtigt.

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

###### 6 Steht der Grad der dauernden Invalidität nicht eindeutig fest, sind sowohl die versicherte Person als auch der Versicherer berechtigt, den Invaliditätsgrad jährlich bis 4 Jahre ab dem Unfalltag ärztlich neu bemessen zu lassen.

7 Die Höhe der Versicherungsleistung für einen nach den Punkten 2 bis 4 bestimmten Grad der dauernden Invalidität richtet sich nach der jeweils vereinbarten Leistungsvariante.

#### 7.1 Dauernde Invalidität mit linearer Leistung

Die Höhe der Leistung entspricht dem Grad der dauernden Invalidität.

#### 7.2 Dauernde Invalidität mit Leistung ab 50 % (Progression-Plus)

Bleibt als Folge eines einzelnen Unfallereignisses eine dauernde Invalidität im Ausmaß von 50 % oder darüber zurück, so gelangt die in der Polizze angeführte Versicherungssumme in voller Höhe zur Auszahlung.

Liegt der Grad der festgestellten Invalidität unter 50 %, erfolgt keine Leistung.

#### 7.3 Dauernde Invalidität mit progressiver Leistung bis 200 % (Progression 200)

Ab einem festgestellten Invaliditätsgrad von 50 % wird die Leistung gemäß Art.7, Pkt.7.1 verdoppelt.

#### 7.4 Dauernde Invalidität mit progressiver Leistung bis 300 % (Progression 300L)

Ab einem festgestellten Invaliditätsgrad von

- 1 % bis 50 % entspricht die Höhe der Leistung der sich aus dem Grad der dauernden Invalidität ergebenden Summe
- 51 % bis 75 % wird die Höhe der Leistung für den 50 % übersteigenden Teil der sich aus dem Grad der dauernden Invalidität ergebenden Summe verdoppelt
- 76 % bis 90 % wird die Höhe der Leistung für den 50 % übersteigenden Teil der sich aus dem Grad der dauernden Invalidität ergebenden Summe verfünfacht
- 91 % bis 100 % werden 300 % der Versicherungssumme geleistet.

#### 7.5 Übersicht über die Leistungen für dauernde Invalidität nach den Modellen der Punkte 7.1 bis 7.4

Grad dauernder Invalidität	lineare Leistung gemäß Art.7, Pkt.7.1	Leistung ab 50 % gemäß Art.7, Pkt.7.2	progressive Leistung bis 200 % gemäß Art.7, Pkt.7.3	progressive Leistung bis 300 % gemäß Art.7, Pkt.7.4
1 %	1 %	0 %	1 %	1 %
2 %	2 %	0 %	2 %	2 %
3 %	3 %	0 %	3 %	3 %
4 %	4 %	0 %	4 %	4 %
5 %	5 %	0 %	5 %	5 %
6 %	6 %	0 %	6 %	6 %
7 %	7 %	0 %	7 %	7 %
8 %	8 %	0 %	8 %	8 %
9 %	9 %	0 %	9 %	9 %
10 %	10 %	0 %	10 %	10 %
11 %	11 %	0 %	11 %	11 %
12 %	12 %	0 %	12 %	12 %
13 %	13 %	0 %	13 %	13 %
14 %	14 %	0 %	14 %	14 %
15 %	15 %	0 %	15 %	15 %
16 %	16 %	0 %	16 %	16 %
17 %	17 %	0 %	17 %	17 %
18 %	18 %	0 %	18 %	18 %
19 %	19 %	0 %	19 %	19 %
20 %	20 %	0 %	20 %	20 %
21 %	21 %	0 %	21 %	21 %
22 %	22 %	0 %	22 %	22 %
23 %	23 %	0 %	23 %	23 %
24 %	24 %	0 %	24 %	24 %
25 %	25 %	0 %	25 %	25 %
26 %	26 %	0 %	26 %	26 %
27 %	27 %	0 %	27 %	27 %
28 %	28 %	0 %	28 %	28 %
29 %	29 %	0 %	29 %	29 %
30 %	30 %	0 %	30 %	30 %
31 %	31 %	0 %	31 %	31 %
32 %	32 %	0 %	32 %	32 %
33 %	33 %	0 %	33 %	33 %
34 %	34 %	0 %	34 %	34 %
35 %	35 %	0 %	35 %	35 %
36 %	36 %	0 %	36 %	36 %
37 %	37 %	0 %	37 %	37 %
38 %	38 %	0 %	38 %	38 %
39 %	39 %	0 %	39 %	39 %
40 %	40 %	0 %	40 %	40 %
41 %	41 %	0 %	41 %	41 %
42 %	42 %	0 %	42 %	42 %
43 %	43 %	0 %	43 %	43 %
44 %	44 %	0 %	44 %	44 %

45 %	45 %	0 %	45 %	45 %
46 %	46 %	0 %	46 %	46 %
47 %	47 %	0 %	47 %	47 %
48 %	48 %	0 %	48 %	48 %
49 %	49 %	0 %	49 %	49 %
50 %	50 %	100 %	100 %	50 %
51 %	51 %	100 %	102 %	52 %
52 %	52 %	100 %	104 %	54 %
53 %	53 %	100 %	106 %	56 %
54 %	54 %	100 %	108 %	58 %
55 %	55 %	100 %	110 %	60 %
56 %	56 %	100 %	112 %	62 %
57 %	57 %	100 %	114 %	64 %
58 %	58 %	100 %	116 %	66 %
59 %	59 %	100 %	118 %	68 %
60 %	60 %	100 %	120 %	70 %
61 %	61 %	100 %	122 %	72 %
62 %	62 %	100 %	124 %	74 %
63 %	63 %	100 %	126 %	76 %
64 %	64 %	100 %	128 %	78 %
65 %	65 %	100 %	130 %	80 %
66 %	66 %	100 %	132 %	82 %
67 %	67 %	100 %	134 %	84 %
68 %	68 %	100 %	136 %	86 %
69 %	69 %	100 %	138 %	88 %
70 %	70 %	100 %	140 %	90 %
71 %	71 %	100 %	142 %	92 %
72 %	72 %	100 %	144 %	94 %
73 %	73 %	100 %	146 %	96 %
74 %	74 %	100 %	148 %	98 %
75 %	75 %	100 %	150 %	100 %
76 %	76 %	100 %	152 %	180 %
77 %	77 %	100 %	154 %	185 %
78 %	78 %	100 %	156 %	190 %
79 %	79 %	100 %	158 %	195 %
80 %	80 %	100 %	160 %	200 %
81 %	81 %	100 %	162 %	205 %
82 %	82 %	100 %	164 %	210 %
83 %	83 %	100 %	166 %	215 %
84 %	84 %	100 %	168 %	220 %
85 %	85 %	100 %	170 %	225 %
86 %	86 %	100 %	172 %	230 %
87 %	87 %	100 %	174 %	235 %
88 %	88 %	100 %	176 %	240 %
89 %	89 %	100 %	178 %	245 %
90 %	90 %	100 %	180 %	250 %
91 %	91 %	100 %	182 %	300 %
92 %	92 %	100 %	184 %	300 %
93 %	93 %	100 %	186 %	300 %
94 %	94 %	100 %	188 %	300 %
95 %	95 %	100 %	190 %	300 %
96 %	96 %	100 %	192 %	300 %
97 %	97 %	100 %	194 %	300 %
98 %	98 %	100 %	196 %	300 %
99 %	99 %	100 %	198 %	300 %
100 %	100 %	100 %	200 %	300 %

#### Artikel 8

##### Todesfall

- 1 Tritt innerhalb eines Jahres vom Unfalltag an gerechnet der Tod als Folge des Unfalls ein, wird die für den Todesfall versicherte Summe bezahlt.
- 2 Auf die Todesfallleistung werden nur Zahlungen, die für eine dauernde Invalidität aus demselben Ereignis geleistet worden sind, angerechnet. Einen Mehrbetrag an Leistung für dauernde Invalidität kann der Versicherer nicht zurückverlangen.
- 3 Für Personen unter 15 Jahren werden im Rahmen der Versicherungssumme nur die aufgewendeten angemessenen Begräbniskosten ersetzt.

#### Artikel 9

##### Taggeld

Taggeld wird bei dauernder oder vorübergehender Invalidität für die Dauer der vollständigen Arbeitsunfähigkeit im Beruf oder in der Beschäftigung der versicherten Person für längstens 365 Tage innerhalb von 4 Jahren ab dem Unfalltag bezahlt.

#### Artikel 10

##### Spitalgeld, Schmerzengeld

- 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 4 Jahren ab dem Unfalltag gezahlt.

Dauert diese Heilbehandlung ununterbrochen mindestens 15 Tage, so erhöht sich die Leistung für das versicherte Spitalgeld ab dem 15. Kalendertag um 50 %.

Wird die Heilbehandlung im Ausland durchgeführt, weil entweder der Unfall im Ausland passiert ist oder weil eine Heilbehandlung in Österreich nicht möglich ist, so erhöht sich die Leistung für das versicherte Spitalgeld ab dem 1. Kalendertag um 50 %.

2 Schmerzengeld wird als einmalige Leistung dann bezahlt, wenn sich die versicherte Person wegen eines Versicherungsfalles in medizinisch notwendiger, ununterbrochener stationärer Heilbehandlung von mindestens 15 Tagen befindet. Hat die stationäre Heilbehandlung ununterbrochen mindestens 22 Tage gedauert, erhöht sich das Schmerzengeld um 50 %.

Ist Schmerzengeld im Versicherungsvertrag vereinbart und erleidet die versicherte Person durch den Unfall einen Knochenbruch (Fraktur; ausgenommen Zahnhfraktur), wird unabhängig von der Anzahl der gebrochenen Knochen eine einmalige Leistung in Höhe von EUR 500,-- erbracht. Die Versicherungsleistung kommt auch dann zur Auszahlung, wenn durch einen Unfall eine Wachstumsfuge derart verletzt wird, dass eine medizinische Behandlung erforderlich ist.

3 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.

4 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 Geisteskranken.

## Artikel 11

### Unfallkosten

Bis zur Höhe der hierfür vereinbarten Versicherungssumme werden Unfallkosten ersetzt, sofern sie innerhalb von 4 Jahren vom Unfalltag an gerechnet entstehen und soweit nicht von einem Sozialversicherungsträger Ersatz zu leisten ist oder von einem sonstigen Leistungsträger Ersatz geleistet wird.

Unfallkosten sind:

1 Heilkosten,

die zur Behebung der Unfallfolgen aufgewendet wurden und nach ärztlicher Verordnung notwendig waren. Hierzu zählen auch Rezeptgebühren, Selbstbehalte der Sozialversicherungen, die notwendigen Kosten des Verletztentransportes zur Erstbehandlung, der erstmaligen Anschaffung künstlicher Gliedmaßen und eines Zahnersatzes sowie anderer, nach ärztlichem Ermessen erforderlicher erstmaliger Anschaffungen; weiters Kosten einer nach ärztlicher Verordnung notwendigen psychologischen Betreuung.

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

2 Bergungskosten,

die notwendig werden, wenn die versicherte Person

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

2.2 durch einen Unfall oder infolge Berg-, See- 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 nächstgelegenen Krankenhaus. Bei einem tödlichen Unfall werden auch die Kosten der Überführung des Toten zu dessen letztem Wohnort in Österreich bezahlt.

## Artikel 12

### Kinderlähmung; Frühsommer-Meningoencephalitis; Lyme-Borreliose

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf die Folgen der Kinderlähmung, der durch Zeckenbiss übertragenen Frühsommer-Meningoencephalitis und der Lyme-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, Frühsommer-Meningoencephalitis oder Lyme-Borreliose diagnostizierten Krankheit konsultiert wurde.

Eine Leistung wird nur für Tod oder dauernde Invalidität erbracht. Die Leistung bleibt im Rahmen der vereinbarten Versicherungssumme mit EUR 15.000,-- begrenzt.

## Artikel 13

### Zusatzleistungen

Der Versicherer übernimmt die erforderlichen Kosten, die durch Erfüllung der in Art.20, Punkte 2.3 und 2.6 bestimmten Obliegenheiten entstehen.

## Artikel 14

### Fälligkeit der Leistung des Versicherers und Verjährung

1 Der Versicherer ist verpflichtet, innerhalb eines Monats - bei Ansprüchen auf Leistung für dauernde Invalidität innerhalb dreier Monate - zu erklären, ob und in welcher Höhe er eine Leistungspflicht anerkennt. Die Fristen beginnen mit dem Eingang der Unterlagen, die der Anspruchsberechtigte zur Feststellung des Unfallhergangs und der Unfallfolgen und über den Abschluss des Heilverfahrens vorzulegen hat. Unterbleibt die Vorlage der vom Versicherer zur Beurteilung der Leistungspflicht geforderten Unterlagen und Informationen wird der Entschädigungsanspruch nicht fällig, da die Leistungspflicht nicht beurteilt werden kann.

2 Steht die Leistungspflicht nur dem Grunde nach fest, kann der Anspruchsberechtigte Vorschüsse bis zu der Höhe des Betrages verlangen, den der Versicherer nach Lage der Sache mindestens zu zahlen haben wird. Im ersten Jahr nach dem Unfall ist die Leistung für dauernde Invalidität mit der im Versicherungsvertrag vereinbarten Versicherungssumme für den Todesfall begrenzt. Ist im Versicherungsvertrag keine derartige Versicherungssumme vereinbart, kann der Anspruchsberechtigte eine Leistung erst nach Ablauf eines Jahres ab dem Unfalltag verlangen.

3 Steht die Leistungspflicht des Versicherers 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 Begehr nach einer Geldleistung eine Erklärung von uns verlangt, aus welchen Gründen die Erhebungen noch nicht beendet werden konnten, und der Versicherer diesem Verlangen nicht binnen eines Monats entspricht.

4 Für die Verjährung gilt § 12 VersVG.

## Artikel 15

### Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten (Ärztekommision)

1 Im Fall von Meinungsverschiedenheiten über Art und Umfang der Unfallfolgen oder darüber, in welchem Umfang die eingetretene Beeinträchtigung auf den Versicherungsfall zurückzuführen ist, ferner über die Beeinflussung der Unfallfolgen durch Krankheiten oder Gebrechen sowie im Fall des Art.7, Pkt.6 entscheidet die Ärztekommision.

Die Entscheidung der Ärztekommision kann im Sinne des § 184 VersVG gerichtlich überprüft werden. Die Entscheidung der Ärztekommision ist dann nicht verbindlich, wenn sie offenbar von der wirklichen Sachlage erheblich abweicht. Das Gleiche gilt, wenn die Sachverständigen die Feststellung nicht treffen können oder wollen oder sie verzögern.

2 In den nach Pkt.1 der Ärztekommision zur Entscheidung vorbehaltenen Meinungsverschiedenheiten hat der Anspruchsberechtigte innerhalb von 6 Monaten nach Zugang der Mitteilung des Versicherers über die Entscheidung Widerspruch zu erheben und mit Vorlage eines medizinischen Gutachtens unter Bekanntgabe seiner Forderung gemäß Art.14, Pkt.1 (Fälligkeit der Leistung des Versicherers) die Entscheidung der Ärztekommision zu beantragen; wenn der Widerspruch nicht innerhalb der Frist erfolgt, sind diesbezüglich weitergehende Ansprüche ausgeschlossen. Auf diese Rechtsfolge hat der Versicherer in seiner Mitteilung über die Entscheidung hinzuweisen.

3 Das Recht, die Entscheidung der Ärztekommision zu beantragen, steht auch dem Versicherer zu.

4 Für die Ärztekommision bestimmen der Versicherer und der Anspruchsberechtigte je einen in der österreichischen Ärzteliste eingetragenen Arzt mit ius practicandi (Recht zur Berufsausübung). Wenn einer der beiden Parteien innerhalb zweier Wochen nach Aufforderung in geschriebener Form keinen Arzt benennt, wird dieser von der österreichischen Ärztekammer bestellt.

Die beiden Ärzte bestellen einvernehmlich vor Beginn ihrer Tätigkeit einen weiteren Arzt als Obmann, der für den Fall, dass sie sich nicht oder nur zum Teil einigen sollten, im Rahmen der durch die Gutachten der beiden Ärzte gegebenen Grenzen entscheidet. Einigen sich die beiden Ärzte über die Person des Obmannes nicht, wird ein für den Versicherungsfall zuständiger medizinischer Sachverständiger durch die österreichische Ärztekammer als Obmann bestellt.

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

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

7 Die Kosten der Ärztekommision werden von ihr festgesetzt und sind im Verhältnis des Obsiegs der beiden Parteien zu tragen. Im Falle des Art.7, Pkt.6 trägt die Kosten, wer die Neufeststellung verlangt hat.

Für den Fall der Anrufung der Ärztekommision wird der Versicherer dem Versicherungsnehmer nach Bekanntwerden der Forderung durch die versicherte Person und vor Aufnahme der Tätigkeit der Ärztekommision den maximalen ihn treffenden Kostenbeitrag in geschriebener Form mitteilen.

Der Anteil der Kosten, den der Anspruchsberechtigte zu tragen hat, ist mit 5 % der für Tod und Invalidität zusammen versicherten Summe, höchstens jedoch mit 50 % des strittigen Betrages, begrenzt.

## Abschnitt C: Begrenzungen des Versicherungsschutzes

### Artikel 16 Ausschlüsse

Ausgeschlossen von der Versicherung sind Unfälle

- 1 bei der Benutzung von Luftfahrtgeräten 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 dazugehörenden Trainingsfahrten entstehen;
- 3 bei der Teilnahme an Landes-, Bundes- oder internationalen Wettbewerben auf dem Gebiet des nordischen und alpinen Schisports, des Snowboardens sowie Freestyle, Bob-, Skibob-, Skeletonfahrens oder Rodelns, sowie am offiziellen Training für diese Veranstaltungen;
- 4 bei einer entgeltlich ausgeübten sportlichen Betätigung und dem dazugehörenden Training;

Entgeltlichkeit liegt vor, wenn die versicherte Person mehr als eine bloße Aufwandschädigung erhält.

Weiters besteht kein Versicherungsschutz für Unfälle, die die versicherte Person als von der österreichischen Sporthilfe geförderter Sportler bei der Ausübung der geförderten Sportart erleidet.

- 5 bei der Ausübung folgender gefährlicher Aktivitäten bzw. Sportarten:
  - Bergsteigen und ungesichertes Klettern ab der Schwierigkeitsstufe V bzw. gesichertes Klettern ab der Schwierigkeitsstufe VII nach der UIAA-Skala (Union Internationale des Associations d'Alpinisme – Skala);
  - Höhlentauchen;
  - Tauchen ab einer Tiefe von 40 Metern;
  - Wasserspringen über 10 Meter Höhe;
- 6 die bei der Teilnahme an Wettbewerben auf dem Gebiet des Mountainbikens sowie den dazugehörigen Trainingsfahrten entstehen;
- 7 die bei der Teilnahme an Wettbewerben oder Rekordversuchen auf dem Gebiet des Apnoetauchens sowie den dazugehörigen Trainings entstehen;
- 8 bei der Teilnahme an Landes-, Bundes- oder internationalen Wettbewerben auf dem Gebiet des Kampfsports (z.B.: Karate, Kickboxen) sowie am offiziellen Training für diese Veranstaltungen;
- 9 der versicherten Person durch epileptische oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen; diese Anfälle gelten in keinem Fall als Unfallfolge;
- 10 die beim Versuch oder der Begehung gerichtlich strafbarer Handlungen durch die versicherte Person eintreten, für die Vorsatz Tatbestandsmerkmal ist;
- 11 die unmittelbar oder mittelbar mit Kriegsereignissen jeder Art (auch Bürgerkrieg) zusammenhängen;
- 12 durch innere Unruhen, wenn die versicherte Person daran auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;
- 13 die mittelbar oder unmittelbar
  - durch jegliche Einwirkung von Nuklearwaffen, chemischen oder biologischen Waffen,
  - durch Kernenergie,
  - durch den Einfluss ionisierender Strahlen im Sinn der jeweils geltenden Fassung des Strahlenschutzgesetzes, außer jene, die durch Heilbehandlungen aufgrund eines Versicherungsfalles veranlasst waren,
- 14 die die versicherte Person infolge eines sie treffenden Herzinfarktes oder Schlaganfallen erleidet; ein Herzinfarkt gilt in keinem Fall als Unfallfolge;
- 15 die die versicherte Person infolge einer Bewusstseinsstörung oder einer wesentlichen Beeinträchtigung ihrer psychischen Leistungsfähigkeit durch Alkohol, Suchtgifte, Drogen oder Medikamente erleidet;
- 16 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 17 Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes

- 1 Eine Versicherungsleistung wird nur für die durch den eingetretenen Unfall hervorgerufenen Folgen (körperliche Schädigung oder Tod) erbracht.
- 2 Bei der Bemessung des Invaliditätsgrades wird ein Abzug in Höhe einer Vorinvalidität nur vorgenommen, wenn durch den Unfall eine körperliche oder geistige Funktion betroffen ist, die schon vorher beeinträchtigt war.  
Die Vorinvalidität wird nach Art.7, Punkte 2 und 3 bemessen.
- 3 Haben Krankheiten (auch Abnützungen mit Krankheitswert) oder Gebrechen, die schon vor dem Unfall bestanden haben, die Unfallfolgen beeinflusst, ist die Leistung entsprechend dem Anteil der Krankheit (auch Abnützungen mit Krankheitswert) oder des Gebrechens zu vermindern, sofern dieser Anteil mindestens 25 % beträgt.
- 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 direkte 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 anlagenbedingt waren.

## Abschnitt D: Pflichten des Versicherungsnehmers

### Artikel 18

Prämie, Beginn und Ende des Versicherungsschutzes; Prämienaufteilung; Kosten, Spesen, Verzugszinsen, Geschäftsgebühr

- 1 Der Versicherungsnehmer hat die erste oder einmalige Prämie einschließlich der Nebengebühren gegen Aushändigung der Polizze, Folgeprämien einschließlich Nebengebühren an den in der Polizze festgesetzten Zahlungsterminen zu entrichten.  
Der Versicherungsschutz beginnt nicht vor dem in der Polizze festgesetzten Zeitpunkt. Wird der Versicherungsnehmer zur Bezahlung der ersten oder einmaligen Prämie erst nach diesem Zeitpunkt aufgefordert und die Prämie dann binnen 14 Tagen ab Erhalt dieser Aufforderung bezahlt, beginnt der Versicherungsschutz zu dem in der Polizze festgesetzten Zeitpunkt.  
Für die Folgen nicht rechtzeitiger Prämienzahlung gelten die §§ 38 ff VersVG.
- 2 Die einzelnen Sparten einer Bündelversicherung stellen rechtlich selbständige Verträge dar.  
Im Fall des Prämienzahlungsverzuges wird der aushaltende Betrag im Verhältnis der für die einzelnen Sparten vereinbarten Prämien auf die einzelnen Verträge aufgeteilt.
- 3 Im Fall des Prämienzahlungsverzuges wird der Versicherer die aushaltenden Beträge in angemessener und branchenüblicher Weise zunächst außergerichtlich beim Versicherungsnehmer einmahnhen. Der Versicherungsnehmer hat die dadurch verursachten Mehraufwendungen, die als Mahnspesen verrechnet werden, dem Versicherer zu ersetzen.
- 4 Ist die Prämie am Fälligkeitstag nicht oder nicht vollständig bezahlt, werden die aushaltenden Beträge, unabhängig von den sonstigen Folgen der Nichtzahlung, vom Fälligkeitstag an bis zur vollständigen Erfüllung der Zahlungsverpflichtung mit einem Zinssatz von 0,8 Prozent je Monat verzinst.  
Im Fall von Zahlungsrückständen werden beim Versicherer einlangende Zahlungen vorrangig auf aushaltende Zinsen und Kosten - unabhängig davon, ob es sich um Zinsen und Kosten aus älteren oder jüngeren Prämienfällen handelt - dann jeweils auf die ältesten, bereits fälligen Prämienforderungen angerechnet.
- 5 Wird der Vertrag aus Verschulden des Versicherungsnehmers oder sonst aus Gründen, die in der Sphäre des Versicherungsnehmers liegen, vorzeitig beendet, so ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, dem Versicherer eine angemessene Geschäftsgebühr zu bezahlen. Diese beträgt 30 % der jeweiligen Jahresprämie, mindestens EUR 35,--, höchstens EUR 350,--.

### Artikel 19 Anzeige der Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung, sowie besonders gefährlicher Freizeitaktivitäten der versicherten Person

Veränderungen der im Antrag anzugebenden Berufstätigkeit, Beschäftigung oder besonders gefährlichen Freizeitaktivitäten der versicherten Person sind unverzüglich anzugeben. 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, Beschäftigung oder gefährliche Freizeitaktivität der versicherten Person nach dem zur Zeit der Veränderung gültigen Tarif des

Versicherers eine niedrigere Prämie, so ist vom Zugang der Anzeige an nur diese Prämie zu bezahlen.

- Ergibt sich eine höhere Prämie, so wird auf die Dauer von drei Monaten ab dem Zeitpunkt, zu welchem dem Versicherer die Anzeige hätte zugehen müssen, auch für die neue Berufstätigkeit, Beschäftigung oder besonders gefährlichen Freizeitaktivitäten der volle Versicherungsschutz gewährt.

Tritt ein auf die neue Berufstätigkeit, Beschäftigung oder besonders gefährlichen Freizeitaktivitäten zurückzuführender Versicherungsfall nach Ablauf der drei Monate ein, ohne dass inzwischen eine Einigung über die Mehrprämie erreicht worden wäre, so werden die Leistungen des Versicherers in der Weise bemessen, dass dem Vertrag als Versicherungssummen jene Beträge zugrunde gelegt werden, welche sich nach den für die neue Berufstätigkeit bzw. Beschäftigung bzw. neuen besonders gefährlichen Freizeitaktivitäten erforderlichen Prämienätsen aufgrund der tatsächlichen in der Polizze berechneten Prämie ergeben.

- Bietet der Versicherer für die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung bzw. die neuen besonders gefährlichen Freizeitaktivitäten grundsätzlich keinen Versicherungsschutz an, finden die Bestimmungen der §§ 23 ff VersVG (Gefahrerhöhung) Anwendung.

## **Artikel 20 Obliegenheiten**

### **1 Obliegenheiten vor Eintritt des Versicherungsfalles**

Als Obliegenheit, deren Verletzung die Leistungsfreiheit des Versicherers gemäß den Voraussetzungen und Begrenzungen des § 6 VersVG (siehe Anlage) bewirkt, wird bestimmt, dass die versicherte Person als Lenker eines Kraftfahrzeugs die jeweilige kraftfahrtrechtliche Berechtigung, die zum Lenken dieses oder eines typengleichen Kraftfahrzeugs erforderlich wäre, 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 die Leistungsfreiheit des Versicherers gemäß den Voraussetzungen und Begrenzungen des § 6 VersVG (siehe Anlage) bewirkt, werden bestimmt:

- 2.1 Ein Unfall ist dem Versicherer unverzüglich, spätestens innerhalb einer Woche, in geschriebener Form, sofern nicht die Schriftlichkeit vereinbart ist, anzuzeigen.
- 2.2 Ein Todesfall ist dem Versicherer innerhalb von 3 Tagen anzuzeigen, und zwar auch dann, wenn der Unfall bereits gemeldet ist.
- 2.3 Dem Versicherer ist das Recht einzuräumen, die Leiche durch Ärzte besichtigen, 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 sowie die Abwendung und Minde rung der Unfallfolgen zu sorgen.
- 2.5 Die Unfallanzeige ist dem Versicherer unverzüglich zuzusenden; außerdem sind dem Versicherer alle verlangten sachdienlichen Auskünfte zu erteilen.
- 2.6 Der Versicherer kann verlangen, dass sich die versicherte Person durch die vom Versicherer bezeichneten Ärzte untersuchen lässt.
- 2.7 Ist auch Spitalgeld oder Schmerzengeld versichert, so ist dem Versicherer, wenn die versicherte Person in ein Spital (Art.10, Pkt.3) eingewiesen ist, nach der Entlassung aus dem Spital eine Aufenthaltsbestätigung der Spitalsverwaltung zuzu senden.
- 2.8 Im Fall der Mitversicherung von Unfallkosten, kosmetischen Operationen und Kosten für Begleitpersonen sind dem Versicherer die Originalbelege zu überlassen.
- 2.9 Die versicherte Person ist als Lenker eines Kraftfahrzeugs verpflichtet, im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften ihre Atemluft auf Alkohol untersuchen, sich einem Arzt vorführen, sich untersuchen oder Blut abnehmen zu lassen; weiters, sich gesetzlich vorgeschriebenen Untersuchungen bezüglich Suchtgiften, Drogen oder Medikamenten zu unterziehen.

## **Abschnitt E: Sonstige Vertragsbestimmungen**

### **Artikel 21**

#### **Versicherungsperiode, Vertragsdauer**

##### **1 Versicherungsperiode**

Als Versicherungsperiode gilt, wenn der Versicherungsvertrag nicht für eine kürzere Zeit abgeschlossen ist, der Zeitraum eines Jahres, gerechnet vom Tag des Haupt fälligkeitstermines an.

Der Hauptfälligkeitstermin ist jeweils der Erste jenes Monats, in dem die in der Polizze ausgewiesene Versicherungsdauer endet.

##### **2 Vertragsdauer**

Beträgt die vereinbarte Vertragsdauer mindestens ein Jahr, verlängert sich der Vertrag jeweils um ein Jahr, wenn er nicht drei Monate vor Ablauf der Vertragszeit von einem der Vertragsteile schriftlich gekündigt wird. Bei Versicherungsverträgen, de-

ren Abschluss nicht zum Betrieb eines Unternehmens des Versicherungsnehmers gehört (Verbraucherverträge), wird der Versicherer den Versicherungsnehmer vor Beginn der Kündigungsfrist auf die Rechtsfolge der Vertragsverlängerung bei unterlassener Kündigung so rechtzeitig hinweisen, dass dieser zur Abgabe einer ausdrücklichen Erklärung eine angemessene Frist hat.

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

## **Artikel 22 Kündigung, Erlöschen des Vertrages**

### **1 Kündigung nach Eintritt des Versicherungsfalles**

- 1.1 Hat nach Eintritt eines Versicherungsfalles der Versicherer die Verpflichtung zur Leistung der Entschädigung anerkannt, so sind beide Vertragspartner dann berechtigt, den Versicherungsvertrag zu kündigen, wenn die gesamten Schadenszahlungen seit Beginn des Vertrages, längstens jedoch innerhalb des letzten Jahres, die für diesen Zeitraum verrechnete Prämie übersteigen.

Beide Vertragspartner verzichten jedoch auf dieses Kündigungsrecht im Versicherungsfall, wenn sich eine diese Grenze übersteigende Schadensbelastung aus einem einzelnen Schadensereignis aus den Positionen Taggeld (Art.9), Spitalgeld (Art.10, Pkt.1), Schmerzengeld (Art.10, Pkt.2) oder Unfallkosten (Art.11) ergibt.

- 1.2 Davon unabhängig ist zur Kündigung berechtigt

- der Versicherer in allen Fällen des vollendeten oder auch bloß versuchten Versicherungsmisbrauchs durch den Versicherungsnehmer bzw. sonst aus dem Vertrag Anspruchsberechtigten  
- der Versicherungsnehmer, wenn der Versicherer die Leistung der fälligen Entschädigung zu Unrecht verweigert.

- 1.3 Die Kündigung ist jederzeit, jedoch nur bis zum Ablauf eines Monats seit dem Abschluss der Verhandlungen über die Entschädigung zulässig.

- 1.4 Der Versicherer hat eine Kündigungsfrist von einem Monat einzuhalten. Hat der Versicherungsnehmer einen Entschädigungsanspruch arglistig erhoben, ist der Versicherer jedoch berechtigt, den Versicherungsvertrag nach Ablehnung des Entschädigungsanspruches mit sofortiger Wirkung zu kündigen.

- 1.5 Der Versicherungsnehmer kann nicht für einen späteren Zeitpunkt als den Schluss der laufenden Versicherungsperiode kündigen.

- 2 Hat der Versicherer mit Rücksicht auf die vereinbarte Vertragszeit eine Ermäßigung der Prämie gewährt, so kann er bei einer vorzeitigen Auflösung des Vertrages deren Nachzahlung gemäß der in der Polizze getroffenen Vereinbarungen fordern. Eine solche Nachzahlung kann nicht gefordert werden, wenn der Versicherer die Leistung der fälligen Entschädigung zu Unrecht verweigert oder nach Eintritt eines Versicherungsfalles den Versicherungsvertrag kündigt.

## **Artikel 23 Rechtsstellung der am Vertrag beteiligten Personen**

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

Eine Versicherung gegen Unfälle, die einem anderen zustoßen, gilt im Zweifel als für Rechnung des anderen genommen. Die Vorschriften der §§ 75 bis 79 VersVG sind mit der Maßgabe anzuwenden, dass die Ausübung der Rechte aus dem Versicherungsvertrag ausschließlich dem Versicherungsnehmer zusteht.

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

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

## **Artikel 24**

### **Gerichtsstand; anzuwendendes Recht**

Für die aus diesem Versicherungsverhältnis entstehenden Rechtsstreitigkeiten ist ausschließlich das Gericht des inländischen Wohnsitzes (Sitzes) des Versicherungsnehmers bzw. der versicherten Personen, die zur selbständigen Geltendmachung von Ansprüchen aus dem Versicherungsvertrag berechtigt sind, in Österreich zuständig, soweit dies nach internationalen Übereinkommen zulässig ist.

Für Verträge, für die die Bestimmungen des Konsumentenschutzes keine Anwendung finden, ist Graz als Gerichtsstand vereinbart.

Es ist österreichisches Recht anzuwenden.

## **Artikel 25**

### **Form der Erklärungen**

Für sämtliche Anzeigen und Erklärungen des Versicherungsnehmers an den Versicherer 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 Erklä-

rungsempfänger das Original der Erklärung mit eigenhändiger Unterschrift des Erklärenden zugehen muss.

**Anhang  
Rententafel**

auf Grund der österreichischen Sterbetafel OEM 2000/2002 und eines Zinsfußes von jährlich 3 % (Art.7, Pkt.2.1).

Jahresbetrag der monatlich im Voraus zahlbaren lebenslangen Rente für eine kapitalmäßige Berechnungsgrundlage von EUR 1.000,-- (Bei zeitlich begrenzten Renten ist die Höhe der auf eine Versicherungssumme von EUR 1.000,-- entfallenden Jahresrente aus denselben Rechnungsgrundlagen zu erstellen. Für die Berechnung der Rente ist das Alter des Rentners an seinem dem Beginn des Rentenbezuges nächstgelegenen Geburtstag maßgebend.).

Alter	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86
<b>Jahresrente</b>	123,72	130,24	137,36	145,15	153,67	162,96	173,08	184,03	195,79	208,42	222,12	237,09

Alter	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98
<b>Jahresrente</b>	253,55	271,76	291,97	314,40	339,20	366,54	396,71	430,39	469,14	516,41	580,35	683,05

**Anlage:**

**§ 6 VersVG:**

- (1) Ist im Vertrag bestimmt, dass bei Verletzung einer Obliegenheit, die vor dem Eintritt des Versicherungsfalles dem Versicherer gegenüber zu erfüllen ist, der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei sein soll, so tritt die vereinbarte Rechtsfolge nicht ein, wenn die Verletzung als eine unverschuldet anzusehen ist. Der Versicherer kann den Vertrag innerhalb eines Monates, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen, es sei denn, dass die Verletzung als eine unverschuldet anzusehen ist. Kündigt der Versicherer innerhalb eines Monates nicht, so kann er sich auf die vereinbarte Leistungsfreiheit nicht berufen.
- (1a) Bei der Verletzung einer Obliegenheit, die die dem Versicherungsvertrag zugrundeliegende Äquivalenz zwischen Risiko und Prämie aufrechterhalten soll, tritt die vereinbarte Leistungsfreiheit außerdem nur in dem Verhältnis ein, in dem die vereinbarte hinter der für das höhere Risiko tarifmäßig vorgesehenen Prämie zurückbleibt. Bei der Verletzung von Obliegenheiten zu sonstigen bloßen Meldungen und Anzeigen, die keinen Einfluss auf die Beurteilung des Risikos durch den Versicherer haben, tritt Leistungsfreiheit nur ein, wenn die Obliegenheit vorsätzlich verletzt worden ist.
- (2) Ist eine Obliegenheit verletzt, die vom Versicherungsnehmer zum Zweck der Verminderung der Gefahr oder der Verhütung einer Erhöhung der Gefahr dem Versicherer gegenüber - unabhängig von der Anwendbarkeit des Abs. 1a - zu erfüllen ist, so kann sich der Versicherer auf die vereinbarte Leistungsfreiheit nicht berufen, wenn die Verletzung keinen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalls oder soweit sie keinen Einfluss auf den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung gehabt hat.
- (3) Ist die Leistungsfreiheit für den Fall vereinbart, dass eine Obliegenheit verletzt wird, die nach dem Eintritt des Versicherungsfalles dem Versicherer gegenüber zu erfüllen ist, so tritt die vereinbarte Rechtsfolge nicht ein, wenn die Verletzung weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruht. Wird die Obliegenheit nicht mit dem Vorsatz verletzt, die Leistungspflicht des Versicherers zu beeinflussen oder die Feststellung solcher Umstände zu beeinträchtigen, die erkennbar für die Leistungspflicht des Versicherers bedeutsam sind, so bleibt der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung weder auf die Feststellung des Versicherungsfalls noch auf die Feststellung oder den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung Einfluss gehabt hat.
- (4) Eine Vereinbarung, nach welcher der Versicherer bei Verletzung einer Obliegenheit zum Rücktritt berechtigt sein soll, ist unwirksam.
- (5) Der Versicherer kann aus der fahrlässigen Verletzung einer vereinbarten Obliegenheit Rechte nur ableiten, wenn dem Versicherungsnehmer vorher die Versicherungsbedingungen oder eine andere Urkunde zugegangen sind, in der die Obliegenheit mitgeteilt wird.