

ALLGEMEINE BEDINGUNGEN FÜR DIE FAHRZEUGINSASSEN-UNFALLVERSICHERUNG (FIU 2016)

Analog den Formulierungen im Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) beziehen sich personenbezogene Bezeichnungen auf Frauen und Männer in gleicher Weise.

INHALTSVERZEICHNIS	Seite
Artikel 1 Was ist versichert?	1
Artikel 2 Was gilt als Versicherungsfall?	1
Artikel 3 Wo gilt die Versicherung? (Örtlicher Geltungsbereich)	2
Artikel 4 Was gilt als Versicherungsperiode, wann ist die Prämie zu bezahlen, wann beginnt der Versicherungsschutz im Allgemeinen und was versteht man unter einer vorläufigen Deckung?	2
Artikel 5 Welche Leistung erbringt der Versicherer?	2
Artikel 6 Was ist nicht versichert? (Risikoausschlüsse)	3
Artikel 7 Was ist vor bzw. nach Eintritt des Versicherungs- falles zu beachten? (Obliegenheiten)	4
Artikel 8 Bis zu welchem Umfang zahlt der Versicherer? (Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes)	4
Artikel 9 Wann und unter welchen Voraussetzungen wird die Versicherungsleistung ausbezahlt? (Fälligkeit der Versicherungsleistung, Verjährung und Klagefrist)	4
Artikel 10 Innerhalb welcher Frist muss der Versicherer die Leistungspflicht anerkennen oder ablehnen? (Erklärung über die Versicherungsleistung)	5
Artikel 11 Aus welchen Gründen kann ein Meinungs- verschiedenheitsverfahren eingeleitet werden? Welchen Regeln unterliegt dieses Verfahren?	5
Artikel 12 Wie lange läuft der Versicherungsvertrag? Wer kann nach Eintritt des Schadenfalles kündigen? Was gilt bei Wegfall des versicherten Risikos? Was gilt bei Veräußerung des Fahrzeuges? Wann kann der Versicherungsnehmer kündigen? ...	5
Artikel 13 Wann können Versicherungsansprüche abgetreten oder verpfändet werden?	6
Artikel 14 Wo können Ansprüche aus dem Versicherungs- vertrag gerichtlich geltend gemacht werden? (Gerichtsstand)	6
Artikel 15 In welcher Form sind Erklärungen abzugeben?	6
Artikel 16 Welches Recht ist anzuwenden?	6
Artikel 17 Welche Rechte und Pflichten haben die versicherten Personen?	6
Anlage	6
Rententafel	6

Artikel 1

Was ist versichert?

1. Gegenstand der Versicherung
Die Versicherung bezieht sich auf Unfälle in ursächlichem Zusammenhang mit dem Lenken, Benutzen, Behandeln, dem Be- und Entladen sowie dem Einweisen des Kraftfahrzeuges oder Anhängers. Unfälle beim Ein- und Aussteigen sind mitversichert.
2. Unfallbegriff
 - 2.1. Als Unfall im Sinne des Vertrages gilt jedes vom Willen des Versicherten unabhängige Ereignis, das plötzlich von außen mechanisch oder chemisch auf seinen Körper einwirkt und eine körperliche Schädigung oder den Tod nach sich zieht.
 - 2.2. Als Unfälle gelten auch folgende vom Willen des Versicherten unabhängige Ereignisse:

- 2.2.1. Ertrinken;
- 2.2.2. Verrenkungen von Gliedern sowie Zerrungen und Zerreißen von an Gliedmaßen und Wirbelsäule befindlichen Muskeln, Sehnen, Bändern und Kapseln infolge plötzlicher Abweichung vom geplanten Bewegungsablauf;
- 2.2.3. Tod oder körperliche Schädigungen durch Verbrennungen, Blitzschlag oder elektrischen Strom;
- 2.2.4. Wundinfektionen infolge einer Unfallverletzung;
- 2.2.5. Einatmen von Gasen oder Dämpfen;
- 2.2.6. Herzinfarkt oder Schlaganfall; jedoch nicht als Unfallfolge.

Artikel 2

Was gilt als Versicherungsfall?

Versicherungsfall ist das von der Versicherung umfasste Schadensereignis.

Artikel 3

Wo gilt die Versicherung? (Örtlicher Geltungsbereich)

1. Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Europa im geografischen Sinn, jedenfalls aber auf das Gebiet jener Staaten, die das Übereinkommen zwischen den nationalen Versicherungsbüros der Mitgliedsstaaten des Europäischen Wirtschaftsraums und anderen assoziierten Staaten vom 30. Mai 2002, Abl. Nr. L 192 vom 31. Juli 2003, Seite 23 unterzeichnet haben (siehe Anlage).
2. Bei Transport des Fahrzeuges zu Wasser wird der Versicherungsschutz nicht unterbrochen, wenn die Verladeorte innerhalb des örtlichen Geltungsbereiches liegen. Sofern der Bestimmungsort außerhalb des örtlichen Geltungsbereiches liegt, endet der Versicherungsschutz mit Beendigung des Beladevorganges.

Artikel 4

Was gilt als Versicherungsperiode, wann ist die Prämie zu bezahlen, wann beginnt der Versicherungsschutz im Allgemeinen und was versteht man unter einer vorläufigen Deckung?

1. Als Versicherungsperiode gilt, wenn der Versicherungsvertrag nicht für kürzere Zeit abgeschlossen ist, der Zeitraum eines Jahres.
2. Die erste oder die einmalige Prämie einschließlich Gebühren und Versicherungssteuer ist vom Versicherungsnehmer innerhalb von 14 Tagen nach dem Abschluss des Versicherungsvertrages (Zugang der Polizza oder einer gesonderten Antragsannahmeerklärung) und nach der Aufforderung zur Prämienzahlung zu bezahlen (Einlösung der Polizza). Die Folgeprämien einschließlich Gebühren und Versicherungssteuer sind zu den vereinbarten Fälligkeitsterminen zu entrichten.
3. Bei Zahlungsverzug gelten die §§ 38 ff VersVG.
4. Der Versicherungsschutz beginnt mit der Einlösung der Polizza (Punkt 2), jedoch nicht vor dem vereinbarten Zeitpunkt. Wird die erste oder die einmalige Prämie erst danach eingefordert, dann aber binnen 14 Tagen oder ohne weiteren schuldhaften Verzug gezahlt, ist der Versicherungsschutz ab dem vereinbarten Versicherungsbeginn gegeben.
5. Soll der Versicherungsschutz schon vor Einlösung der Polizza beginnen (vorläufige Deckung), ist die ausdrückliche Zusage der vorläufigen Deckung durch den Versicherer erforderlich.

Die vorläufige Deckung endet bei Annahme des Antrages mit der Einlösung der Polizza. Sie tritt außer Kraft, wenn der Antrag unverändert angenommen wird und der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der ersten oder der einmaligen Prämie schuldhaft in Verzug gerät (Punkt 3).

Der Versicherer ist berechtigt, die vorläufige Deckung mit der Frist von zwei Wochen zu kündigen. Dem Versicherer gebührt in diesem Fall die auf die Zeit des Versicherungsschutzes entfallende anteilige Prämie.

Artikel 5

Welche Leistung erbringt der Versicherer?

Der Versicherer leistet nach Maßgabe der vereinbarten Versicherung sowie der folgenden Bestimmungen bis zur vereinbarten Versicherungssumme gemäß dem vereinbarten Deckungsumfang.

Aus der Polizza ist ersichtlich, welche Versicherung und welche Versicherungssummen vereinbart wurden.

1. Versicherungssumme in der
 - 1.1. Lenkerversicherung:
Die vereinbarte Versicherungssumme gilt für den jeweiligen Lenker pro Versicherungsfall.
 - 1.2. Insassen-Unfallversicherung nach dem Platzsystem:
Die vereinbarte Versicherungssumme gilt für jeden einzelnen kraftfahrrechtlich genehmigten Platz des im Vertrag bezeichneten Fahrzeuges pro Versicherungsfall. Sind im Unfallszeitpunkt mehr Personen versichert als Plätze kraft-

fahrrechtlich genehmigt sind, oder mehr Plätze vorhanden als im Versicherungsantrag angegeben, wird die Versicherungsleistung für die einzelne Person entsprechend gekürzt.

Hinsichtlich der Punkte 1.1. und 1.2. gilt die Versicherung subsidiär, wenn der Versicherungsnehmer als natürliche Person ein nicht unter die Versicherung fallendes Fahrzeug der gleichen Fahrzeugart lenkt und aus einer anderen Unfallversicherung kein Versicherungsschutz gewährt wird.

- 1.3. namentlichen Versicherung:
Die vereinbarte Versicherungssumme gilt für die namentlich bezeichnete(n) versicherte(n) Person(en) unabhängig von einem bestimmten Fahrzeug gemäß § 2 KFG.
2. Versicherte Personen sind solche, die sich mit Willen des Versicherungsnehmers oder des über das Fahrzeug Verfügungsberechtigten in oder auf dem Fahrzeug befinden oder im ursächlichen Zusammenhang mit dem Lenken oder ihrer Beförderung im Rahmen des Artikels 1 Punkt 1 tätig werden.
3. Versicherungsleistung
 - 3.1. für den Todesfall
 - 3.1.1. Tritt innerhalb eines Jahres vom Unfall an gerechnet der Tod als Folge des Unfalles ein, wird die für den Todesfall versicherte Summe gezahlt.
 - 3.1.2. Auf die Todesfallsleistung werden nur Zahlungen, die für dauernde Invalidität aus demselben Ereignis geleistet worden sind, angerechnet. Einen Mehrbetrag an Leistung für dauernde Invalidität kann der Versicherer nicht zurückverlangen.
 - 3.1.3. Bei Personen unter 15 Jahren werden innerhalb der Versicherungssumme nur die aufgewendeten angemessenen Begräbniskosten ersetzt.
 - 3.2. für dauernde Invalidität
 - 3.2.1. Ergibt sich innerhalb eines Jahres vom Unfalltag an gerechnet, dass als Folge des Unfalles eine dauernde Invalidität zurückbleibt, wird aus der hierfür versicherten Summe der dem Grade der Invalidität entsprechende Betrag gezahlt.
 - 3.2.2. Steht der Grad der dauernden Invalidität nicht eindeutig fest, sind sowohl der Versicherte als auch der Versicherer 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 ein Meinungsverfahren (Artikel 11).
Die Kosten trägt derjenige, der die Neufeststellung verlangt hat. Stirbt der Versicherte, ohne dass der Tod eine Leistung des Versicherers gemäß Punkt 3.1. bewirkt, vor der endgültigen Feststellung der Leistung, richtet sich deren Höhe nach dem Grad der dauernden Invalidität, mit dem aufgrund der zuletzt erstellten ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.
 - 3.2.3. Bei völligem Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehenden genannten Körperteile und Sinnesorgane gelten ausschließlich, soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, die folgenden Invaliditätsgrade:

bei völligem Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit	
eines Armes ab Schultergelenk	70 %
eines Armes bis oberhalb des Ellenbogengelenkes ...	65 %
eines Armes unterhalb des Ellenbogengelenkes	
oder einer Hand	60 %
eines Daumens	20 %
eines Zeigefingers	10 %
eines anderen Fingers	5 %
eines Beines bis über die Mitte des Oberschenkels ..	70 %
eines Beines bis zur Mitte des Oberschenkels	60 %
eines Beines bis zur Mitte des Unterschenkels	
oder eines Fußes	50 %
einer großen Zehe	5 %
einer anderen Zehe	2 %
bei völligem Verlust der Sehkraft beider Augen	100 %
bei völligem Verlust der Sehkraft eines Auges	35 %
sofern jedoch die Sehkraft des anderen Auges vor Eintritt des Versicherungsfalles bereits verloren war	65 %

- bei völligem Verlust des Gehörs beider Ohren 60 %
bei völligem Verlust des Gehörs eines Ohres 15 %
sofern jedoch das Gehör des anderen Ohres
vor Eintritt des Versicherungsfalles bereits
verloren war 45 %
bei völligem Verlust des Geruchssinnes 10 %
bei völligem Verlust des Geschmackssinnes 5 %
- 3.2.3.1. Bei teilweisem Verlust oder teilweiser Funktionsunfähigkeit der vorgenannten Glieder oder Sinnesorgane werden die vorstehenden Sätze entsprechend herabgesetzt.
- 3.2.3.2. Bei Verlust oder Funktionsunfähigkeit von mehreren der vorgenannten Glieder oder Sinnesorgane bzw. bei Hinzukommen eines nach Punkt 3.2.4. festgestellten Invaliditätsgrades werden die sich ergebenden Prozentsätze zusammengerechnet, wobei jedoch nie mehr als 100% insgesamt geleistet werden.
- 3.2.4. Lässt sich der Invaliditätsgrad nach Punkt 3.2.3. nicht bestimmen, ist maßgebend, inwieweit die körperliche oder geistige Funktionsunfähigkeit nach medizinischen Gesichtspunkten beeinträchtigt wurde.
- 3.2.5. Hatte der Versicherte am Unfalltag bereits das 75. Lebensjahr vollendet oder besteht die dauernde Invalidität in einer Nervenerkrankung oder Geisteskrankheit, tritt anstelle der Kapitalzahlung eine nach der beigedruckten Rententafel unter Zugrundelegung des vom Versicherten am Unfalltag vollendeten Lebensjahres zu bemessende Rente.
Kapitalwert dieser Rente ist jener Betrag, der bei Kapitalzahlung zu erbringen wäre. Steht die Leistungspflicht des Versicherers dem Grund und der Höhe nach fest (Artikel 9, Punkt 1), beginnt die Rentenleistung rückwirkend mit dem Monatsersten, der dem Unfalltag folgt. Sie endet mit Schluss des Kalendermonats, in dem der Versicherte stirbt.
- 3.3. für Taggeld
- 3.3.1. Führt ein Versicherungsfall zu einer Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit, so wird für die Dauer der ärztlichen Behandlung das versicherte Taggeld gezahlt.
Das Taggeld wird nach dem Grad der Beeinträchtigung abgestuft. Die Bemessung des Beeinträchtigungsgrades richtet sich nach der Berufstätigkeit oder Beschäftigung des Versicherten.
- 3.3.2. Das Taggeld wird innerhalb von zwei Jahren ab dem Unfalltag für höchstens 365 Tage gezahlt.
- 3.4. für Heilkosten
- 3.4.1. Aufgewendete Heilkosten, die innerhalb zweier Jahre nach dem Unfall zur Behebung seiner Folgen nach ärztlicher Verordnung notwendig waren, werden bis zu der hierfür vorgesehenen Versicherungssumme für jeden Versicherungsfall ersetzt; hiezu zählen auch die notwendigen Kosten der Bergung, die der versicherten Person erwachsen, die Kosten des Krankentransportes, des Aufenthaltes und der Verpflegung in einer Heilanstalt, der erstmaligen Anschaffung künstlicher Gliedmaßen und eines Zahnersatzes sowie anderer, nach ärztlichem Ermessen erforderlicher erstmaliger Anschaffungen.
- 3.4.2. Kosten für Bade- und Erholungsreisen und -aufenthalte, ferner der Reparatur oder Wiederbeschaffung eines Zahnersatzes, künstlicher Gliedmaßen oder sonstiger künstlicher Behelfe werden nicht ersetzt.
- 3.4.3. Insoweit Heilkosten von einem Sozial- und/oder Privatversicherer (z. B. aus einer Krankenversicherung) geleistet werden, erfolgt aus dieser Unfallversicherung kein Ersatz. Der Leistungsanspruch ist im Rahmen der Versicherungssumme jedenfalls mit dem Betrag begrenzt, der tatsächlich für Heilkosten aufgewendet worden ist.
- 3.5. Zusatzleistungen:
- 3.5.1. Rücktransportkosten
Wenn die Versicherung für Tod und/oder dauernde Invalidität genommen ist, übernimmt der Versicherer die

Kosten des Rücktransportes verunfallter Personen aus dem europäischen Ausland zum Wohnsitz in Österreich, wenn der versicherten Person infolge des Unfalles eine Heimreise mit dem Fahrzeug nicht möglich ist.

Handelt es sich bei dem von einem Unfall betroffenen Versicherten um den Fahrzeuglenker, werden auch die Kosten der Rückreise der übrigen Fahrzeuginsassen zum Wohnsitz in Österreich übernommen.

Im Falle eines tödlichen Unfalles werden vom Versicherer auch die Kosten der Überführung des Toten zu dessen letztem Wohnsitz in Österreich getragen.

Die vorstehenden Leistungen sind für alle Insassen zusammen mit 5% der für Todesfall und dauernde Invalidität versicherten Summen, höchstens mit EUR 4.000,- begrenzt.

3.5.2. Sicherheitsgurte

War der vom Unfall betroffene anspruchsberechtigte Versicherte zur Zeit des Unfalles durch einen Gurt gesichert, der im Sinne der kraftfahrrechtlichen Vorschriften typengenehmigt ist,

– steht ihm bei einem mindestens zweiwöchigen Krankenhausaufenthalt ein Pauschalbetrag in Höhe von 2% der für Tod und Dauerinvalidität versicherten Summe maximal EUR 2.000,- zu. Die Tage der Einlieferung ins Krankenhaus und der Entlassung daraus zählen hierbei zusammen als ein Tag.

– erhöht sich die auf ihn entfallende Versicherungsleistung für den Todesfall und für den Fall der dauernden Invalidität um 25%.

3.5.3. Sonstige Leistungen

Der Versicherer übernimmt die erforderlichen Kosten, die durch Erfüllung der in Artikel 7 Punkt 3.3. bis Punkt 3.7. bestimmten Obliegenheiten entstehen.

Artikel 6

Was ist nicht versichert? (Risikoausschlüsse)

Ausgeschlossen von der Versicherung sind Schadensereignisse,

1. die bei der Vorbereitung oder Begehung gerichtlich strafbarer Handlungen durch den Versicherungsnehmer eintreten, für die Vorsatz Tatbestandsmerkmal ist;
2. die bei der Verwendung des Kraftfahrzeuges bei einer kraftfahrspportlichen Veranstaltung oder ihren Trainingsfahrten entstehen; auf Straßen mit öffentlichem Verkehr jedoch nur dann, wenn es dabei auf die Erzielung einer Höchstgeschwindigkeit ankommt;
3. die mit Aufruhr, inneren Unruhen, Kriegereignissen, Verfügungen von hoher Hand und Erdbeben unmittelbar oder mittelbar zusammenhängen;
4. die durch den Einfluss ionisierender Strahlen im Sinne des Strahlenschutzgesetzes vom 8. Juli 1969, BGBl. Nr. 227/69, in der jeweils geltenden Fassung entstehen.

Ausgeschlossen von der Versicherung sind ferner

5. Unfälle bei Fahrten, die ohne Willen des über das Fahrzeug Verfügungsberechtigten vorbereitet, ausgeführt oder ausgedehnt werden;
6. Unfälle, die der Versicherte infolge einer Bewusstseinsstörung erleidet, oder infolge einer wesentlichen Beeinträchtigung seiner psychischen Leistungsfähigkeit durch Alkohol/ Suchtgifte im Sinne der Straßenverkehrsordnung, oder Medikamente;
7. als Unfallfolgen (auch Verschlimmerungen): Bei Bandscheibenhernien wird eine Leistung nur erbracht, wenn sie durch direkt mechanische Einwirkung auf die Wirbelsäule entstanden sind und es sich nicht um eine Verschlimmerung von vor dem Unfall bestandenen Krankheitserscheinung handelt. 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.

Was ist vor bzw. nach Eintritt des Versicherungsfalles zu beachten? (Obliegenheiten)

1. Als Obliegenheit, deren Verletzung im Zeitpunkt des Versicherungsfalles die Freiheit des Versicherers von der Verpflichtung zur Leistung bewirkt, wird die Verpflichtung bestimmt, Vereinbarungen über die Verwendung des Fahrzeuges einzuhalten.
 Leistungsfreiheit tritt nur in demjenigen Verhältnis ein, in dem die vereinbarte hinter der für das höhere Risiko tarifmäßig vorgesehenen Prämie zurückbleibt. Ist im Tarif für das höhere Risiko keine bestimmte Prämie vorgesehen, tritt Leistungsfreiheit zur Gänze ein. Der Versicherer kann den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen. Kündigt der Versicherer innerhalb eines Monats nicht, so kann er sich auf die vereinbarte Leistungsfreiheit nicht berufen. Leistungsfreiheit und Kündigungsrecht bestehen nicht, wenn die Verletzung als eine unverschuldete anzusehen ist.
2. Als Obliegenheiten, die zum Zweck der Verminderung der Gefahr oder der Verhütung einer Erhöhung der Gefahr dem Versicherer gegenüber zu erfüllen sind und deren Verletzung im Zeitpunkt des Versicherungsfalles die Freiheit des Versicherers von der Verpflichtung zur Leistung bewirkt, werden bestimmt,
 - 2.1. dass der Lenker in jedem Fall die kraftfahrrechtliche Berechtigung besitzt, die für das Lenken des Fahrzeuges auf Straßen mit öffentlichem Verkehr vorgeschrieben ist; dies gilt auch dann, wenn das Fahrzeug nicht auf Straßen mit öffentlichem Verkehr gelenkt wird;
 - 2.2. dass sich der Lenker nicht in einem durch Alkohol oder Suchtgift beeinträchtigten Zustand befindet;
 - 2.3. mit dem Fahrzeug Personen nur unter Einhaltung der betreffenden kraftfahrrechtlichen Vorschriften zu befördern.
 Die Verpflichtung zur Leistung bleibt in den Fällen der Punkte 2.1. und 2.2. gegenüber den versicherten Personen bestehen, sofern für diese die Obliegenheitsverletzung ohne Verschulden nicht erkennbar war.
 Der Versicherer kann sich auf Leistungsfreiheit nicht berufen, wenn die Verletzung keinen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalles oder soweit sie keinen Einfluss auf den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung gehabt hat. Im Übrigen gilt Punkt 1 Abs. 2 sinngemäß.
3. Als Obliegenheiten, deren Verletzung nach Eintritt des Versicherungsfalles die Freiheit des Versicherers von der Verpflichtung zur Leistung bewirkt, werden bestimmt,
 - 3.1. dem Versicherer längstens innerhalb einer Woche ab Kenntnis
 - den Versicherungsfall unter möglichst genauer Angabe des Sachverhaltes sowie
 - die Einleitung eines damit im Zusammenhang stehenden verwaltungsbehördlichen oder gerichtlichen Verfahrens mitzuteilen;
 - 3.2. nach Möglichkeit zur Feststellung des Sachverhaltes beizutragen;
 - 3.3. die behandelnden sowie diejenigen Ärzte, von denen der Unfallgeschädigte aus anderen Anlässen behandelt oder untersucht worden ist, zu ermächtigen und zu veranlassen, die vom Versicherer geforderten Berichte zu liefern;
 - 3.4. dass sich der Unfallgeschädigte im Falle eines Meinungsverschiedenheitsverfahrens auf Verlangen von diesem bezeichneten Ärzten untersuchen lässt.
 Im Fall aufgeschobener Feststellung des Grades der Invalidität (Artikel 5 Punkt 3.2.2.) braucht diesem Verlangen nur in Abständen von sechs Monaten entsprochen werden;
 - 3.5. dass ein Todesfall dem Versicherer binnen drei Tagen anzuzeigen ist, und zwar auch dann, wenn der Unfall bereits angemeldet ist;

- 3.6. dem Versicherer das Recht einzuräumen, die Leiche durch Ärzte zu besichtigen, nötigenfalls exhumieren und auch öffnen zu lassen;
- 3.7. dem Versicherer die Originalbelege betreffend der Heil- und Bergungskosten zu überlassen.
 Leistungsfreiheit tritt nicht ein, wenn die Verletzung weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruht. Wird die Obliegenheit nicht mit dem Vorsatz verletzt, die Leistungspflicht des Versicherers zu beeinflussen oder die Feststellung solcher Umstände zu beeinträchtigen, die erkennbar für die Leistungspflicht des Versicherers bedeutsam sind, so bleibt der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung weder auf die Feststellung des Versicherungsfalles noch auf die Feststellung oder den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung Einfluss gehabt hat.
4. 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.

Artikel 8

Bis zu welchem Umfang zahlt der Versicherer? (Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes)

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

1. Haben bei den Unfallsfolgen Krankheiten oder Gebrechen mitgewirkt, die schon vor dem Unfall bestanden haben, ist die Leistung entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens zu kürzen, sofern dieser Anteil mindestens 25 % beträgt.
2. Bei Blutungen aus inneren Organen und bei Gehirnblutungen wird eine Leistung nur erbracht, wenn für diese Schäden die Ursache ein Versicherungsfall, nicht aber eine innere Erkrankung oder ein Gebrechen gewesen ist.
3. Wenn vor Eintritt des Unfalles der Versicherte schon durch Krankheit oder Gebrechen in seiner Arbeitsfähigkeit dauernd behindert war oder Körperteile oder Sinnesorgane ganz oder teilweise verloren oder gebrauchsunfähig gewesen sind, wird von der nach dem Unfall vorhandenen Gesamtinvalidität ein Abzug gemacht, der der schon vorher vorhanden gewesenen Invalidität entspricht. Für diese Bemessung werden die Grundsätze unter Artikel 5 Punkt 3.2.3. und 3.2.4. mit der Maßgabe angewendet, dass gegebenenfalls auch ein höherer Grad der Gesamtinvalidität als 100 % anzunehmen ist, sofern der Unfall Körperteile oder Sinnesorgane betrifft, die nicht schon vor diesem Unfall beschädigt waren.
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 oder eine durch den Unfall neu entstandene Epilepsie zurückzuführen ist. Seelische Fehlhaltungen (Neurosen, Psychoneurosen) gelten nicht als Unfallfolgen.

Artikel 9

Wann und unter welchen Voraussetzungen wird die Versicherungsleistung ausbezahlt? (Fälligkeit der Versicherungsleistung, Verjährung und Klagefrist)

1. Steht die Leistungspflicht des Versicherers dem Grunde und der Höhe nach fest, ist die Leistung fällig.
2. Steht die Leistungspflicht dem Grunde nach fest, kann der Versicherungsnehmer nach Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles in Anrechnung auf seine Gesamtforderung Abschlagszahlungen bis zu der Höhe des Betrages verlangen, den der Versicherer nach Lage der Sache auf Grund von vorgelegten Bescheinigungen mindestens zu zahlen haben wird.

3. Macht der Versicherer von seinem Recht gemäß Artikel 5 Punkt 3.2.2. Gebrauch, hat er von jener noch ausstehenden Leistung, die dem vorläufig festgestellten Grad der Invalidität entspricht, jährlich im Vorhinein 4 % Zinsen zu zahlen.
4. Für die Verjährung und Klagefrist gilt § 12 VersVG.

Artikel 10

Innerhalb welcher Frist muss der Versicherer die Leistungspflicht anerkennen oder ablehnen? (Erklärung über die Versicherungsleistung)

Der Versicherer ist verpflichtet, bei Ansprüchen auf Heilkosten, Taggeld oder Todesfallsleistung innerhalb eines Monats, bei Ansprüchen auf Leistung für dauernde Invalidität innerhalb dreier Monate zu erklären, ob und inwieweit er eine Leistungspflicht anerkennt. Die Fristen beginnen mit dem Eingang der Unterlagen, die der Anspruchserhebende zur Feststellung des Unfallsherganges und der Unfallfolgen und über den Abschluss des Heilverfahrens beizubringen hat.

Im Fall von Meinungsverschiedenheiten über Art und Umfang der Unfallfolgen oder darüber, in welchem Umfang die eingetretene Beeinträchtigung auf den Versicherungsfall zurückzuführen ist, ferner die Beeinflussung der Unfallfolgen durch Krankheit oder Gebrechen, entscheidet das Meinungsverschiedenheitsverfahren.

Artikel 11

Aus welchen Gründen kann ein Meinungsverschiedenheitsverfahren eingeleitet werden? Welchen Regeln unterliegt dieses Verfahren?

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 8 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 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 gelten sinngemäß für das Schiedsgutachterverfahren. 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 1 % der für Tod und Invalidität zusammen versicherten Summe, höchstens jedoch 25 % 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 trägt der Versicherer die Kosten des Schiedsgutachters begrenzt.

Artikel 12

Wie lange läuft der Versicherungsvertrag? Wer kann nach Eintritt des Schadenfalles kündigen? Was gilt bei Wegfall des versicherten Risikos? Was gilt bei Veräußerung des Fahrzeuges? Wann kann der Versicherungsnehmer kündigen?

1. Beträgt die vereinbarte Vertragsdauer mindestens ein Jahr, verlängert sich der Vertrag jedes Mal um ein Jahr, wenn er nicht spätestens einen Monat vor Ablauf der Vertragsdauer von einem der Vertragspartner gekündigt worden ist.
Ist der Versicherungsnehmer Verbraucher, so wird der Vertrag für ihn nur dann verbindlich um ein weiteres Jahr verlängert, wenn ihm frühestens vier und spätestens drei Monate vor jedem Ablauf der Vertragsdauer ein besonderer Hinweis des Versicherers zugeht, in dem der Verbraucher auf das Kündigungsrecht, die einmonatige Kündigungsfrist, den notwendigen Zugang der Kündigung beim Versicherer vor Beginn dieser Frist, die für die Kündigung erforderliche Schriftform sowie auf die Vertragsverlängerung um ein weiteres Jahr bei unterbliebener, verspäteter oder fehlerhafter Kündigung aufmerksam gemacht wird. Beträgt die Vertragsdauer weniger als ein Jahr, erlischt der Vertrag ohne Kündigung.
2. Nach Eintritt des Versicherungsfalles kann
 - 2.1. der Versicherungsnehmer kündigen, wenn der Versicherer einen begründeten Anspruch auf die Versicherungsleistung ablehnt oder seine Anerkennung verzögert.
Die Kündigung ist vorzunehmen innerhalb eines Monats
 - nach Ablehnung des begründeten Anspruches auf die Versicherungsleistung;
 - nach Rechtskraft des Urteiles im Fall eines Rechtsstreites vor Gericht;

- nach Zustellung der Entscheidung eines Meinungsverschiedenheitsverfahrens (Artikel 11);
- nach Fälligkeit der Versicherungsleistung (Artikel 9).

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

- 2.2. der Versicherer kündigen, wenn er den Anspruch auf die Versicherungsleistung dem Grunde nach anerkannt oder die Versicherungsleistung erbracht hat oder wenn der Versicherungsnehmer einen Anspruch auf Versicherungsleistung arglistig erhoben hat.

Die Kündigung ist vorzunehmen innerhalb eines Monats

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

Die Kündigung kann nur unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist erfolgen.

Falls der Versicherungsnehmer einen Anspruch arglistig erhoben hat, kann der Versicherer mit sofortiger Wirkung kündigen.

3. Bei Wegfall des versicherten Risikos gilt § 68 VersVG, bei Veräußerung des versicherten Fahrzeuges gelten die §§ 69ff VersVG.

4. Erweitertes Kündigungsrecht des Versicherungsnehmers:
Dem Versicherungsnehmer wird das Recht eingeräumt, gleichzeitig mit einer Kündigung der Kraftfahrzeug-Haftpflichtversicherung gemäß § 14 Kraftfahrzeug-Haftpflichtversicherungsgesetz (KHVG 1994) auch eine unter derselben Polizza bestehende Fahrzeuginsassen-Unfallversicherung – unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist – zu kündigen.

Dem Versicherer gebührt jeweils die Prämie für die bis zur Vertragsauflösung verstrichene Vertragslaufzeit.

Artikel 13

Wann können Versicherungsansprüche abgetreten oder verpfändet werden?

Versicherungsansprüche dürfen vor ihrer endgültigen Feststellung ohne ausdrückliche Zustimmung des Versicherers weder abgetreten noch verpfändet werden.

Artikel 14

Wo können Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag gerichtlich geltend gemacht werden? (Gerichtsstand)

Für Klagen aus diesem Versicherungsvertrag gilt ausschließlich österreichische Gerichtsbarkeit als vereinbart.

Artikel 15

In welcher Form sind Erklärungen abzugeben?

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 Erklärungsempfänger das Original der Erklärung mit eigenhändiger Unterschrift des Erklärenden zugehen muss. Die qualifizierte elektronische Signatur gemäß § 4 Signaturgesetz ist der eigenhändigen Unterschrift nicht gleichgestellt.

Rücktrittserklärungen nach §§ 3 und 3a Konsumentenschutzgesetz sind an keine bestimmte Form gebunden.

Artikel 16

Welches Recht ist anzuwenden?

Es gilt österreichisches Recht.

Artikel 17

Welche Rechte und Pflichten haben die versicherten Personen?

Alle für den Versicherungsnehmer getroffenen Bestimmungen gelten sinngemäß auch für versicherte 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. Letztere verpflichtet die betroffenen Personen insbesondere unverzüglich ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen und die ärztliche Behandlung bis zum Abschluss des Heilverfahrens regelmäßig fortzusetzen. Ebenso ist für angemessene Krankenpflege zu sorgen. Namentlich gegen Unfälle versicherte Personen können ihre Versicherungsansprüche selbstständig geltend machen.

ANLAGE

Staaten, die das Übereinkommen zwischen den nationalen Versicherungsbüros der Mitgliedsstaaten des Abkommens des europäischen Wirtschaftsraums und anderen assoziierten Staaten vom 30. Mai 2002 unterzeichnet haben (Stand Februar 2012):

Andorra, Belgien, Bulgarien, Dänemark, Deutschland, Estland, Finnland, Frankreich (inkl. Monaco), Griechenland, Großbritannien, Irland, Island, Italien, Kroatien, Lettland, Litauen, Luxemburg, Malta, Montenegro, Niederlande, Norwegen, Österreich, Polen, Portugal, Rumänien, Schweden, Schweiz (inkl. Liechtenstein), Serbien, Slowakei, Slowenien, Spanien, Tschechien, Ungarn, Zypern.

Rententafel

auf Grund der österreichischen Sterbetafel ÖVM 00/02 und eines Zinsfußes von jährlich 2,25 % (Art. 7.1.2.) Jahresbetrag der monatlich im Voraus zahlbaren lebenslangen Rente für einen Kapitalwert der Rente von EUR 1.000,-

Alter	75	76	77	78	79	80
Jahresrente in EUR	118,44	124,92	132,00	139,74	148,20	157,43