

## ALLGEMEINE BEDINGUNGEN FÜR DIE FAHRZEUGINSASSEN-UNFALLVERSICHERUNG (FIU 2002)

### Inhaltsverzeichnis

Artikel 1	Was ist versichert?	Artikel 10	Innerhalb welcher Frist muss der Versicherer die Leistungspflicht anerkennen oder ablehnen? (Erklärung über die Versicherungsleistung)
Artikel 2	Was gilt als Versicherungsfall?	Artikel 11	Unter welchen Voraussetzungen wird ein Sachverständigenverfahren eingeleitet? Welchen Regeln unterliegt dieses Verfahren?
Artikel 3	Wo gilt die Versicherung? (Örtlicher Geltungsbereich)	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?
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?	Artikel 13	Wann können Versicherungsansprüche abgetreten oder verpfändet werden?
Artikel 5	Welche Leistung erbringt der Versicherer?	Artikel 14	Wo können Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag gerichtlich geltend gemacht werden? (Gerichtsstand)
Artikel 6	Was ist nicht versichert? (Risikoausschlüsse)	Artikel 15	In welcher Form sind Erklärungen abzugeben?
Artikel 7	Was ist vor bzw. nach Eintritt des Versicherungsfalles zu beachten? (Obliegenheiten)	Artikel 16	Welches Recht ist anzuwenden?
Artikel 8	Bis zu welchem Umfang zahlt der Versicherer? (Selbstbeteiligung)	Artikel 17	Welche Rechte und Pflichten haben die versicherten Personen?
Artikel 9	Wann und unter welchen Voraussetzungen wird die Versicherungsleistung ausbezahlt? (Fälligkeit der Versicherungsleistung, Verjährung und Klagefrist)		

### 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.

### 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 Police oder einer gesonderten Antragsannahmeerklärung) und nach der Aufforderung zur Prämienzahlung zu bezahlen (Einlösung der Police). Die Folgeprämien einschließlich Gebühren und Versicherungssteuer sind zu den vereinbarten Fälligkeitsterminen zu entrichten.
3. Bei Zahlungsverzug gelten die §§ 38 ff VersVG.
4. Der Versicherungsschutz beginnt mit der Einlösung der Police (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 Police 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 Police. 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 für

- den Todesfall (Punkt 3.1.)
- dauernde Invalidität (Punkt 3.2.)
- Taggeld (Punkt 3.3.)
- Heilkosten (Punkt 3.4.)

Aus der Police 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 kraftfahrrechtlich 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 Artikel 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 die Ärztekommision (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. Unter Ausschluss des Nachweises einer höheren oder geringeren Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit gelten folgende 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 Nerven- oder Geisteskrankheit, tritt anstelle der Kapitalszahlung eine nach der begedruckten Rententafel unter Zugrundelegung des vom Versicherten am Unfalltag vollendeten Lebensjahres zu bemessende Rente.

Kapitalwert dieser Rente ist jener Betrag, der bei Kapitalszahlung 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 Öster-

reich 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 hiebei 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 kraftfahr-sportlichen 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, Kriegsereignissen, 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 oder Medikamente;
  7. als Unfallfolgen (auch Verschlimmerungen): Bandscheibenhernien und Bauch- oder Unterleibsbrüche jeder Art, Wasserbrüche und Unterschenkelgeschwüre. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn der Versicherte beweist, dass die Bandscheibenhernien durch direkte mechanische oder chemische Einwirkung auf die Wirbelsäule aufgetreten sind, und dass es sich dabei nicht um eine Verschlimmerung schon vor dem Unfall bestehender Krankheitserscheinungen handelt.
- Dies gilt auch für die angeführten Brüche und Unterschenkelgeschwüre, sofern der Versicherte beweist, dass sie durch eine von außen kommende mechanische oder chemische Einwirkung direkt herbeigeführt worden sind und nicht anlagebedingt waren.

## Artikel 7

### 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 (§ 6 Abs. 1 und Abs. 1 a VersVG), wird die Verpflichtung bestimmt, Vereinbarungen über die Verwendung des Fahrzeuges einzuhalten.

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 (§ 6 Abs. 2 VersVG), 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.

3. Als Obliegenheiten, deren Verletzung nach Eintritt des Versicherungsfalles die Freiheit des Versicherers von der Verpflichtung zur Leistung bewirkt (§ 6 Abs. 3 VersVG), 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 schriftlich 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 auf Verlangen des Versicherers von den von diesem bezeichneten Ärzten sowie der Ärztekommision (Artikel 11) untersuchen lässt.

Im Fall aufgeschobener Feststellung des Grades der Invalidität (Artikel 5 Punkt 3.2.2.) braucht diesem Verlangen nur von sechs zu sechs Monaten entsprochen zu 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.

## **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 Unfallsverlaufes und der Unfallsfolgen und über den Abschluss des Heilverfahrens beizubringen hat.

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

## **Artikel 11**

### **Aus welchen Gründen kann die Ärztekommision angerufen werden? Welchen Regeln unterliegt dieses Verfahren?**

1. Wenn der Versicherungsnehmer mit der Erklärung des Versicherers über die Versicherungsleistung nicht einverstanden ist, kann er innerhalb von sechs Monaten nach Zugang der Erklärung unter Bekanntgabe seiner Forderung Widerspruch erheben und die Entscheidung der Ärztekommision beantragen; andernfalls sind weitergehende Ansprüche, als sie vom Versicherer anerkannt sind, ausgeschlossen. Auf diese Rechtsfolge hat der Versicherer in seiner Erklärung hinzuweisen. Das Recht, die Entscheidung der Ärztekommision zu beantragen, steht auch dem Versicherer zu.

2. Für die Ärztekommision bestimmen Versicherer und Versicherungsnehmer je einen in der österreichischen Ärzteliste eingetragenen Arzt. Wenn ein Vertragsteil innerhalb zweier Wochen nach schriftlicher Aufforderung keinen Arzt benennt, wird dieser von der für den Wohnsitz des Versicherten zuständigen 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 er durch die für den Wohnsitz des Versicherten zuständige Ärztekammer bestellt.

3. Der Versicherte ist verpflichtet, sich von den Ärzten der Kommission untersuchen zu lassen und sich jenen Maßnahmen zu unterziehen, die diese Kommission für notwendig hält.

4. Die Ärztekommision hat über die Tätigkeit ein Protokoll zu führen; in diesem ist die Entscheidung schriftlich zu begründen. Bei Nichteinigung hat jeder Arzt seine Auffassung im Protokoll gesondert niederzulegen. Ist eine Entscheidung durch den Obmann erforderlich, dann legt auch er sie mit Begründung in einem Protokoll nieder. Die Unterlagen des Verfahrens werden vom Versicherer verwahrt.

5. Die Kosten der Ärztekommision werden von ihr festgesetzt und sind im Verhältnis des Obsiegens zum Unterliegen vom Versicherer und Versicherungsnehmer zu tragen. Der Anteil der Kosten, die der Versicherungsnehmer zu tragen hat, ist mit 1% der für Tod und Invalidität zusammen versicherten Summe, höchstens jedoch mit 25% des strittigen Betrages 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 Vertragslaufzeit mindestens ein Jahr, verlängert sich der Vertrag jeweils um ein Jahr, wenn er nicht einen Monat vor Ablauf gekündigt wird.

Beträgt die Vertragsdauer weniger als ein Jahr, endet 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 der Ärztekommision (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 §§ 69 ff 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 Polizze 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?**

Alle Mitteilungen und Erklärungen bedürfen zu ihrer Verbindlichkeit der Schriftform.

#### **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 selbständig geltend machen.

## **ANLAGE**

### **Staaten, die das Übereinkommen zwischen den nationalen Versicherungsbüros der Mitgliedstaaten des Abkommens des europäischen Wirtschaftsraums und anderen assoziierten Staaten vom 30. Mai 2002 unterzeichnet haben: (Stand Mai 2004)**

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

## Rententafel

aufgrund der österreichischen Allgemeinen Sterbetafel OEM 80/82 und eines Zinsfußes von jährlich 3% (Artikel 6.3.)  
 Jahresbetrag der monatlich im Voraus zahlbaren **Lebenslängen** \*) Rente für einen Kapitalbetrag von EUR 1.000,-

Alter**)	Jahresrente EUR	Alter**)	Jahresrente EUR	Alter**)	Jahresrente EUR	Alter**)	Jahresrente EUR
0	34,95	20	39,06	40	49,69	60	80,60
1	34,60	21	39,37	41	50,57	61	83,39
2	34,74	22	39,70	42	51,50	62	86,40
3	34,90	23	40,04	43	52,48	63	89,65
4	35,07	24	40,40	44	53,50	64	93,17
5	35,26	25	40,78	45	54,58	65	96,97
6	35,45	26	41,18	46	55,72	66	101,07
7	35,65	27	41,60	47	56,92	67	105,49
8	35,86	28	42,04	48	58,18	68	110,25
9	36,09	29	42,50	49	59,51	69	115,35
10	36,32	30	42,99	50	60,91	70	120,86
11	36,56	31	43,51	51	62,40	71	126,78
12	36,81	32	44,06	52	63,96	72	133,18
13	37,08	33	44,64	53	65,62	73	140,07
14	37,35	34	45,26	54	67,37	74	147,44
15	37,63	35	45,91	55	69,24	75	155,31
16	37,92	36	46,59	56	71,22	76	163,71
17	38,20	37	47,31	57	73,34	77	172,68
18	38,48	38	48,06	58	75,60	78	182,27
19	38,76	39	48,86	59	78,01	79	192,58
						80	203,62

\*) Bei zeitlich begrenzten Renten ist die Höhe der auf einen Kapitalbetrag 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.