

Allgemeine Bedingungen für die Unfallversicherung

AUVB 1995

Inhaltsverzeichnis

Abschnitt A: Versicherungsschutz

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

Abschnitt B: Versicherungsleistungen

Was kann versichert werden?	Art. 7: Dauernde Invalidität
	Art. 8: Todesfall
	Art. 9: Taggeld
	Art. 10: Spitalgeld
	Art. 11: Unfallkosten
	Art. 12: Kinderlähmung, Frühsommer-Meningoencephalitis
Was zahlt der Versicherer zusätzlich?	Art. 13: Zusatzleistungen
Wann sind die Leistungen des Versicherers fällig?	Art. 14: Fälligkeit der Leistung des Versicherers
In welchen Fällen und nach welchen Regeln entscheidet die Ärztekommision?	Art. 15: Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten (Ärztekommision)

Abschnitt C: Begrenzungen des Versicherungsschutzes

Wer kann nicht versichert werden?	Art. 16: Unversicherbare Personen
In welchen Fällen zahlt der Versicherer nicht?	Art. 17: Ausschlüsse
	Art. 18: Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes

Abschnitt D: Pflichten des Versicherungsnehmers

Wann ist die Prämie zu bezahlen?	Art. 19: Prämie
Was ist bei Änderung des Berufes oder der Beschäftigung zu beachten?	Art. 20: Anzeige der Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung des Versicherten
Was ist vor Eintritt eines Versicherungsfalles zu beachten?	Art. 21: Obliegenheiten
Was ist nach Eintritt eines Versicherungsfalles zu tun?	

Abschnitt E: Sonstige Vertragsbestimmungen

Was gilt als Versicherungsperiode?	Art. 22: Versicherungsperiode, Vertragsdauer
Unter welchen Voraussetzungen und wann kann der Versicherungsvertrag gekündigt werden?	Art. 23: Kündigung, Erlöschen des Vertrages
Wann erlischt der Versicherungsvertrag ohne Kündigung?	
Wem steht die Ausübung der Rechte aus dem Versicherungsvertrag zu, wer hat die Pflichten aus dem Versicherungsvertrag zu erfüllen?	Art. 24: Rechtsstellung der am Vertrag beteiligten Personen
Wo können Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag gerichtlich geltend gemacht werden?	Art. 25: Gerichtsstand
Wie sind Erklärungen abzugeben?	Art. 26: Form der Erklärungen

Anhang

Die in den Bedingungen zitierten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes 1958 (VersVG).

Abschnitt A: Versicherungsschutz

Artikel 1

Gegenstand der Versicherung

Der Versicherer bietet Versicherungsschutz, wenn dem Versicherten 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, 39 und 39a VersVG) eingetreten sind.

Artikel 5

Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz wird mit der Einlösung der Polizze (Art. 19), jedoch nicht vor dem vereinbarten Versicherungsbeginn wirksam. Wird die Polizze erst danach ausgehändigt, dann binnen 14 Tagen gezahlt, ist Versicherungsschutz ab dem vereinbarten Versicherungsbeginn gegeben.

Artikel 6

Begriff des Unfalles

- Unfall ist ein vom Willen des Versicherten unabhängiges Ereignis, das plötzlich von außen mechanisch oder chemisch auf seinen Körper einwirkt und eine körperliche Schädigung oder den Tod nach sich zieht.
- Als Unfall gelten auch folgende vom Willen des Versicherten unabhängige Ereignisse
 - Ertrinken;
 - 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 Zerreißen von an Gliedmaßen und an der Wirbelsäule befindlichen Muskeln, Sehnen, Bändern und Kapseln infolge plötzlicher Abweichung vom geplanten Bewegungsablauf.
- Krankheiten gelten nicht als Unfälle, übertragbare Krankheiten auch nicht als Unfallfolgen. Dies gilt nicht für Kinderlähmung und die durch Zeckenbiss übertragene Frühsommer-Meningoencephalitis 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 des Versicherten als Fluggast in Motorflugzeugen, welche für die Verwendungsart Personenbeförderung zugelassen sind.

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

Abschnitt B: Versicherungsleistungen

Artikel 7

Dauernde Invalidität

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.
2. Für die Bemessung des Invaliditätsgrades gilt folgende Bestimmung:
 - 2.1 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%
 - der Sehkraft beider Augen 100%
 - der Sehkraft eines Auges 35%
sofern die Sehkraft des anderen Auges vor Eintritt
des Versicherungsfalles bereits verloren war 65%
 - des Gehörs beider Ohren 60%
 - des Gehörs eines Ohres 15%
sofern jedoch das Gehör des anderen Ohres vor Eintritt
des Versicherungsfalles bereits verloren war 45%
 - des Geruchssinnes 10%
 - des Geschmackssinnes 5%
 - 2.2 Bei teilweisem Verlust oder teilweiser Funktionsunfähigkeit der vorgenannten Körperteile oder Organe werden die Sätze des Pkt. 2.1 anteilig angewendet.
Bei Funktionseinschränkungen von Armen oder Beinen ist der Satz für die gesamte Extremität anteilig anzuwenden.
3. Lässt sich der Invaliditätsgrad nach Pkt. 2 nicht bestimmen, ist maßgebend, inwieweit die körperliche oder geistige Funktionsfähigkeit nach medizinischen Gesichtspunkten beeinträchtigt wurde.
4. Mehrere sich aus den Punkten 2. und 3. ergebende Prozentsätze werden zusammengerechnet. Der Invaliditätsgrad kann jedoch nicht mehr als 100% betragen.
5. Im ersten Jahr nach dem Unfall wird eine Invaliditätsleistung nur erbracht, wenn Art und Umfang der Unfallfolgen aus ärztlicher Sicht eindeutig feststehen.
6. Die Invaliditätsleistung wird je nach gewählter Variante A, B oder C wie folgt ermittelt.

VARIANTE A:

Beträgt der gemäß Pkt. 2-5 festgestellte Invaliditätsgrad mindestens 20% aber weniger als 50%, wird die Leistung gemäß festgestelltem Invaliditätsgrad erbracht.

Bei einem Invaliditätsgrad ab 50% wird für den 50% übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die dreifache Leistung erbracht.

Bei einem Invaliditätsgrad von weniger als 20% wird keine Leistung erbracht.

VARIANTE B:

Beträgt der gemäß Pkt. 2-5 festgestellte Invaliditätsgrad 50% oder weniger wird die Leistung gemäß festgestelltem Invaliditätsgrad erbracht. Bei einem Invaliditätsgrad ab 50% wird für den 50% übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die dreifache Leistung erbracht.

VARIANTE C:

Beträgt der gemäß Pkt. 2-5 festgestellte Invaliditätsgrad 50% oder mehr, wird die vereinbarte Versicherungssumme ausbezahlt; danach erlischt der Versicherungsvertrag automatisch. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 20% aber weniger als 50% werden 5% der für dauernde Invalidität vereinbarten Versicherungssumme (ohne Berücksichtigung einer eventuell zusätzlich mitversicherten Leistung nur nach Freizeitunfällen) als Schmerzensgeld ausbezahlt. Diese Schmerzensgeldleistung wird während der Vertragsdauer nur einmal erbracht.

Bei einem Invaliditätsgrad unter 20% wird keine Leistung erbracht.

7. 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.

Ergibt in einem solchen Falle die endgültige Bemessung eine höhere Invaliditätsleistung als der Versicherer bereits erbracht hat, so ist der Mehrbetrag ab Fälligkeit des Vorschusses (Art. 14, Pkt. 2.) mit 4% jährlich zu verzinsen.

8. Stirbt der Versicherte
 - 8.1 unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall, besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung;
 - 8.2 aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach dem Unfall, ist nach dem Grad der dauernden Invalidität zu leisten, mit dem aufgrund der zuletzt erstellten ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre;
 - 8.3 unfallbedingt oder aus unfallfremder Ursache später als ein Jahr nach dem Unfall, ist ebenfalls nach dem Grad der dauernden Invalidität zu leisten, mit dem aufgrund der zuletzt erstellten ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.
9. Die Leistung des Versicherers erfolgt in Form der Kapitalzahlung. Der Versicherte hat jedoch das Recht, innerhalb 8 Tagen ab Anerkennung der Leistungspflicht durch den Versicherer die Leistung in Form einer lebenslangen Rente zu begehren.
Hatte der Versicherte am Unfalltag das 75. Lebensjahr bereits vollendet, tritt anstelle der Kapitalzahlung jedenfalls eine lebenslange Rente. Die Rente wird nach der Sterbetafel ETTL-PAGLER 1988 Zinsfuß 3% auf der Basis der vom Versicherten am Unfalltag vollendeten Lebensjahre bemessen und ist gewinnberechtigt.
Gewinnbeteiligung
 - Alle nach den vorstehenden Bestimmungen zu zahlenden Renten sind gewinnberechtigt und bilden den Gewinnverband I.
 - Die Gewinnanteile dieser Rentenversicherungen bestehen aus einem Zinsgewinnanteil. Der Zinsgewinnanteil stellt den Gewinn aus der Überverzinsung dar und wird in Prozent der Deckungsrückstellung am Ende des Versicherungsjahres festgesetzt.
 - Aus den gutgeschriebenen Gewinnanteilen wird für die einzelnen Rentenversicherungen eine prämienfreie, zusätzliche Rentenversicherung gebildet.
 - Eine Gutschrift der Gewinnanteile erfolgt erstmalig am Ende des Jahres in dem die Rentenzahlung begonnen hat.
 - Die zusätzliche, aus dem Gewinnanteil stammende Rente gelangt gleichzeitig mit Fälligkeit der versicherten Rentenzahlung zur Auszahlung.

Jährliche Rente für EUR 1.000,- Inv. Kapital

Männer					
Alter	Rente	Alter	Rente	Alter	Rente
75	135,47	76	142,33	77	149,69
78	157,57	79	166,01	80	175,06
81	184,80	82	195,20	83	206,20
84	217,90	85	230,40		

Frauen					
Alter	Rente	Alter	Rente	Alter	Rente
75	109,80	76	115,50	77	121,80
78	128,50	79	135,80	80	143,90
81	152,70	82	162,30	83	172,90
84	184,30	85	196,70		

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

Artikel 8

Todesfall

1. Tritt innerhalb eines Jahres vom Unfalltag an gerechnet der Tod als Folge des Unfalles ein, wird die für den Todesfall versicherte Summe gezahlt.
2. Auf die Todesfalleistung werden nur Zahlungen, die für dauernde Invalidität aus demselben Ereignis geleistet worden sind, angerechnet. Einen Mehrbetrag an Leistung für dauernde Invalidität kann der Versicherer nicht zurückverlangen.
3. Für Personen unter 15 Jahren bleibt die Leistung im Rahmen der vereinbarten Versicherungssumme mit EUR 3.640,- begrenzt.

Artikel 9

Taggeld

Taggeld wird bei dauernder oder vorübergehender Invalidität für die Dauer der vollständigen Arbeitsunfähigkeit im Beruf oder in der Beschäftigung des Versicherten für längstens 365 Tage innerhalb von 2 Jahren ab dem Unfall gezahlt.

Artikel 10

Spitalgeld

1. Spitalgeld wird für jeden Kalendertag, an dem sich der Versicherte wegen eines Versicherungsfalles in medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung befindet, längstens für 365 Tage innerhalb von 2 Jahren ab dem Unfalltag gezahlt.
2. Als Spitäler gelten Krankenanstalten und Sanatorien, die sanitätsbehördlich genehmigt sind, unter ständiger ärztlicher Leitung und Betreuung stehen und sich nicht auf die Anwendung bestimmter Behandlungsmethoden beschränken, sowie Rehabilitationszentren der Sozialversicherungsträger, Werkspitäler und Krankenreviere der Exekutive.
3. Nicht als Spitäler gelten z. B. Heil- und Pflegeanstalten für Lungenkranke sowie für unheilbar chronisch Erkrankte, Erholungs- und Genesungsheime, Altersheime und deren Krankenabteilungen sowie Kuranstalten, ferner Heil- und Pflegeanstalten für Nerven- und Geisteskranke.

Artikel 11

Unfallkosten

Bis zur Höhe der hiefür vereinbarten Versicherungssumme werden Unfallkosten ersetzt, sofern sie innerhalb von 2 Jahren vom Unfalltag an gerechnet entstehen und soweit nicht von einem Sozialversicherungsträger Ersatz zu leisten ist oder von einem sonstigen Leistungsträger Ersatz geleistet wurde.

Unfallkosten sind:

1. Heilkosten, die zur Behebung der Unfallfolgen aufgewendet wurden und nach ärztlicher Verordnung notwendig waren. Hiezu zählen auch die notwendigen Kosten des Verletzentransportes, der erstmaligen Anschaffung künstlicher Gliedmaßen und eines Zahnersatzes sowie anderer, nach ärztlichem Ermessen erforderlicher erstmaliger Anschaffungen. Kosten für Bade-, Erholungsreisen und -aufenthalte, ferner Kosten der Reparatur oder der Wiederbeschaffung eines Zahnersatzes, künstlicher Gliedmaßen oder sonstiger künstlicher Behelfe werden nicht ersetzt.
2. Bergungskosten, die notwendig werden, wenn der Versicherte
 - 2.1 einen Unfall erlitten hat oder in Berg- oder Wassernot geraten ist und verletzt oder unverletzt geborgen werden muss;
 - 2.2 durch einen Unfall oder infolge Berg- oder Wassernot den Tod erleidet und seine Bergung erfolgen muss.Bergungskosten sind die nachgewiesenen Kosten des Suchens nach dem Versicherten und seines Transportes bis zur nächsten befahrbaren Straße oder bis zu dem Unfallort nächstgelegenen Spital.
3. Rückholkosten, das sind die unfallbedingten Kosten des ärztlich empfohlenen Verletzentransportes des außerhalb seines Wohnortes verunfallten Versicherten von der Unfallstelle bzw. dem Krankenhaus, in welches der Versicherte nach dem Unfall gebracht wurde, an seinen Wohnort bzw. zu dem seinem Wohnort 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

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

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

Eine Leistung wird nur für Tod oder dauernde Invalidität erbracht. Die Leistung bleibt im Rahmen der vereinbarten Versicherungssumme mit EUR 14.540,- begrenzt.

Artikel 13

Zusatzleistung

Der Versicherer übernimmt die erforderlichen Kosten, die durch Erfüllung der in Art. 21, Pkt. 2 bestimmten Obliegenheiten – ausgenommen Pkt. 2.4 – entstehen.

Artikel 14

Fälligkeit der Leistung, 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 Anspruchserhebende zur Feststellung des Unfallherganges und der Unfallfolgen und über den Abschluss des Heilverfahrens beizubringen hat.

2. Steht die Leistungspflicht dem Grunde nach fest, kann der Versicherungsnehmer Vorschüsse bis zur Höhe des Betrages verlangen, den der Versicherer nach Lage der Sache mindestens zu zahlen haben wird.
3. Steht die Leistungspflicht des Versicherers dem Grunde und der Höhe nach fest, ist die Leistung nach zwei Wochen fällig.
4. Die Fälligkeit der Leistung des Versicherers tritt ebenfalls ein, wenn der Versicherungsnehmer nach Ablauf zweier Monate seit dem Begehren nach einer Geldleistung eine Erklärung des Versicherers verlangt, aus welchen Gründen die Erhebungen noch nicht beendet werden konnten, und der Versicherer diesem Verlangen nicht binnen eines Monats entspricht.
5. Für die Verjährung gilt § 12 VersVG.

Artikel 15

Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten (Ärztekommission)

1. Im Falle 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 Krankheit oder Gebrechen sowie im Falle des Art. 7, Pkt. 7., entscheidet die Ärztekommision.
2. In den nach Pkt. 1 der Ärztekommision zur Entscheidung vorbehaltenen Meinungsverschiedenheiten kann der Versicherungsnehmer innerhalb von 6 Monaten nach Zugang der Erklärung des Versicherers gemäß Art. 14, Pkt. 1. unter Bekanntgabe seiner Forderung Widerspruch erheben und die Entscheidung der Ärztekommision beantragen.
3. Das Recht, die Entscheidung der Ärztekommision zu beantragen, steht auch dem Versicherer zu.
4. 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 ein für den Versicherungsfall zuständiger medizinischer Sachverständiger durch die für den Wohnsitz des Versicherten zuständige Ärztekammer als Obmann bestellt.
5. 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.
6. Die Ärztekommision hat über ihre Tätigkeit ein Protokoll zu führen; in diesem ist die Entscheidung schriftlich zu begründen. Bei Nichteinigung hat jeder Arzt seine Auffassung im Protokoll gesondert niederzulegen. Ist eine Entscheidung durch den Obmann erforderlich, legt auch er sie mit Begründung in einem Protokoll nieder. Die Akten des Verfahrens werden vom Versicherer verwahrt.
7. Die Kosten der Ärztekommision werden von ihr festgesetzt und sind im Verhältnis des Obsiegens vom Versicherer und Versicherungsnehmer zu tragen. Im Falle des Art. 7, Pkt. 7. trägt die Kosten, wer die Neufeststellung verlangt hat. Der Anteil der Kosten, die der Versicherungsnehmer 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

Unversicherbare Personen

1. Unversicherbar und jedenfalls nicht versichert sind Personen, die dauern vollständig arbeitsunfähig oder von schwerem Nervenleiden befallen sind, sowie Geisteskranke. Vollständige Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn dem Versicherten infolge Krankheit oder Gebrechen nach medizinischen Gesichtspunkten die Ausübung einer Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann und auch tatsächlich keine Erwerbstätigkeit vorliegt.
2. Hinsichtlich einer unversicherbaren Person kommt ein Versicherungsvertrag nicht zustande. Wenn der Versicherte während der Laufzeit des Versicherungsvertrages unversicherbar geworden ist, erlischt der Versicherungsschutz. Gleichzeitig endet der Vertrag für diesen Versicherten.

Artikel 17

Ausschlüsse

Ausgeschlossen von der Versicherung sind Unfälle

1. bei der Benützung von Luftfahrtgeräten und bei Fallschirmabsprünge sowie bei der Benützung von Luftfahrzeugen, soweit sie nicht unter die

- Bestimmung des Art. 6, Pkt. 4. fällt;
2. die bei Beteiligung an motorsportlichen Wettbewerben (auch Wertungsfahrten und Rallies) und den dazugehörigen Trainingsfahrten entstehen;
 3. bei der Teilnahme an Landes-, Bundes- oder internationalen Wettbewerben auf dem Gebiet des Skilaufens, Skispringens, Bob-, Skibob- oder Skeletonfahrens sowie am offiziellen Training für diese Veranstaltungen;
 4. die beim Versuch oder der Begehung gerichtlich strafbarer Handlungen durch den Versicherten eintreten, für die Vorsatz Tatbestandsmerkmal ist;
 5. die unmittelbar oder mittelbar mit Kriegereignissen jeder Art zusammenhängen;
 6. durch innere Unruhen, wenn der Versicherte daran auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;
 7. die mittelbar oder unmittelbar
 - durch den Einfluss ionisierender Strahlen im Sinne des Strahlenschutzgesetzes (BGBl. Nr. 227/1969) in der jeweils geltenden Fassung,
 - durch Kernenergie verursacht werden;
 8. die der Versicherte infolge eines ihn treffenden Schlaganfalles erleidet; Herzinfarkt ist als Unfallursache, nicht aber als Unfallfolge versichert;
 9. die der Versicherte infolge einer Bewusstseinsstörung erleidet, oder infolge einer wesentlichen Beeinträchtigung seiner psychischen Leistungsfähigkeit durch Alkohol, Suchtgifte oder Medikamente;
 10. durch körperliche Schädigung bei Heilmaßnahmen und Eingriffen, die der Versicherte an seinem Körper vornimmt oder vornehmen lässt, soweit nicht ein Versicherungsfall hierzu der Anlass war; soweit ein Versicherungsfall der Anlass war, findet Pkt. 7. keine Anwendung.

Artikel 18

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 oder Gebrechen, die schon vor dem Unfall bestanden, die Gesundheitsschädigung bzw. die Unfallfolgen mit beeinflusst, so wird die Leistung entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens gekürzt, wenn dieser Anteil mindestens 25% beträgt.
4. Für organischbedingte 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. Für 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 19

Prämie

Die erste oder einmalige Prämie ist vom Versicherungsnehmer gegen Aushändigung der Police zu zahlen (Einlösung der Police). Die Folgeprämien sind zum vereinbarten, in der Police angeführten Fälligkeitstermin zu entrichten. Wird Ratenzahlung vereinbart, so hat der Versicherer gleichwohl mit Beginn des Versicherungsjahres Anspruch auf die gesamte Jahresprämie. Die nach der 1. Prämienrate zu zahlenden Raten sind bis zu den in der Ratenvereinbarung festgelegten Fälligkeitsterminen gestundet.

Für die Folgen nicht rechtzeitiger Prämienzahlung gelten die §§ 38, 39 und 39a VersVG.

Artikel 20

Anzeige der Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung des Versicherten

Veränderungen des im Antrag angegebenen Berufes oder der im Antrag angegebenen Beschäftigung des Versicherten sind unverzüglich anzuzeigen. Einberufungen zum ordentlichen Präsenzdienst, zum Zivildienst sowie zu kurzfristigen militärischen Reservierungen gelten nicht als Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung.

- Ergibt sich für die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung des Versicherten 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 oder Beschäftigung der volle Versicherungsschutz gewährt. Tritt ein auf die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung 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 erforderlichen Prämienätzen aufgrund der tatsächlichen in der Police berechneten Prämie ergeben.
- Bietet der Versicherer für die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung grundsätzlich keinen Versicherungsschutz an, finden die Bestimmungen der §§ 23 ff. VersVG (Gefahrerhöhung) Anwendung.

Artikel 21

Obliegenheiten

1. Obliegenheiten vor Eintritt des Versicherungsfalles
 - Als Obliegenheit, deren Verletzung die Leistungsfreiheit des Versicherers gemäß § 6 Abs. 2 VersVG bewirkt, wird bestimmt, dass der Versicherte als Lenker eines Kraftfahrzeuges 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. Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalles
 - Als Obliegenheiten, deren Verletzung die Leistungsfreiheit des Versicherers gemäß § 6 Abs. 3 VersVG bewirkt, werden bestimmt:
 - 2.1 Ein Unfall ist dem Versicherer unverzüglich, spätestens innerhalb einer Woche, schriftlich 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, auch öffnen und nötigenfalls exhumieren zu lassen.
 - 2.4 Nach dem Unfall ist unverzüglich ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen und die ärztliche Behandlung bis zum Abschluss des Heilverfahrens fortzusetzen; ebenso ist für eine angemessene Krankenpflege und nach Möglichkeit für die Abwendung und Minderung der Unfallfolgen zu sorgen. Darüber hinaus hat der Versicherte nach Möglichkeit zur Feststellung des Sachverhalts beizutragen.
 - 2.5 Nach Erhalt des Formulars für Unfallanzeigen ist dieses wahrheitsgemäß ausgefüllt ohne Verzug dem Versicherer zuzusenden; außerdem sind dem Versicherer alle verlangten sachdienlichen Auskünfte zu erteilen.
 - 2.6 Der behandelnde Arzt oder die behandelnde Krankenanstalt sowie diejenigen Ärzte oder Krankenanstalten, von denen der Versicherte aus anderen Anlässen behandelt oder untersucht worden ist, sind zu ermächtigen und aufzufordern, die vom Versicherer verlangten Auskünfte zu erteilen und Berichte zu liefern. Ist der Unfall einem Sozialversicherer gemeldet, so ist auch dieser im vorstehenden Sinne zu ermächtigen.
 - 2.7 Die mit dem Unfall befassten Behörden sind zu ermächtigen und zu veranlassen, die vom Versicherer verlangten Auskünfte zu erteilen.
 - 2.8 Der Versicherer kann verlangen, dass sich der Versicherte durch die vom Versicherer bezeichneten Ärzte untersuchen lässt.
 - 2.9 Ist auch Spitalgeld versichert, so ist dem Versicherer, wenn der Versicherte in ein Spital (Art. 10, Pkt. 2.) eingewiesen ist, nach der Entlassung aus dem Spital eine Bescheinigung der Spitalverwaltung einzusenden, in welcher der volle Vor- und Zuname des Versicherten, dessen Geburtsdaten, der Tag der Aufnahme in das Spital und der Tag der Entlassung sowie die Diagnose angegeben sein müssen.
 - 2.10 Im Falle der Mitversicherung von Unfallkosten sind dem Versicherer die Originalbelege zu überlassen.

Abschnitt E: Sonstige Vertragsbestimmungen

Artikel 22

Versicherungsperiode, Vertragsdauer

1. Versicherungsperiode
 - Als Versicherungsperiode gilt, wenn der Versicherungsvertrag nicht für eine kürzere Zeit abgeschlossen ist, der Zeitraum eines Jahres.
2. Vertragsdauer
 - Beträgt die vereinbarte Vertragsdauer mindestens ein Jahr, verlängert sich der Vertrag jeweils um ein Jahr, wenn er nicht drei Monate vor Ablauf

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

Artikel 23

Kündigung, Erlöschen des Vertrages

1. Kündigung nach Eintritt des Versicherungsfalles

- 1.1 Nach Eintritt des Versicherungsfalles kann der Versicherungsnehmer kündigen, wenn der Versicherer einen gerechtfertigten Anspruch auf die Versicherungsleistung ablehnt oder seine Anerkennung verzögert.

In diesen Fällen ist die Kündigung vorzunehmen innerhalb eines Monats

- nach Ablehnung des gerechtfertigten Anspruches auf die Versicherungsleistung;
- nach Rechtskraft des Urteiles im Fall eines Rechtsstreites vor Gericht;
- nach Zustellung der Entscheidung der Ärztekommision (Art. 15);
- nach Fälligkeit der Versicherungsleistung bei Verzögerung der Anerkennung (Art. 14).

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

- 1.2 Nach Eintritt des Versicherungsfalles kann 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.

- 1.3 Dem Versicherer gebührt die auf die abgelaufene Vertragszeit entfallende Prämie.

2. Erlischt der Vertrag, weil der Versicherte gestorben oder unversicherbar geworden ist (Art. 16), so gebührt dem Versicherer die Prämie für die laufende Versicherungsperiode, wenn der Erlöschungsgrund auf einen Versicherungsfall zurückzuführen ist, ansonsten nur die Prämie für die bei Eintritt des Erlöschungsgrundes abgelaufene Vertragszeit.

3. Hat der Versicherer mit Rücksicht auf die vereinbarte Vertragszeit eine Ermäßigung der Prämie gewährt, so kann er bei einer vorzeitigen Auflösung des Vertrages die Nachzahlung des Betrages fordern, um den die Prämie höher bemessen worden wäre, wenn der Vertrag nur für den Zeitraum geschlossen worden wäre, währenddessen er tatsächlich bestanden hat.

Artikel 24

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 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.

Artikel 25

Gerichtsstand

Der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen, die zur selbständigen Geltendmachung von Ansprüchen aus dem Versicherungsvertrag

berechtigt sind, können diese auch bei den Gerichten geltend machen, in deren Sprengel sie ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt oder ihren Sitz im Inland haben.

Artikel 26

Form der Erklärungen

Alle Mitteilungen und Erklärungen sind nur in schriftlicher Form verbindlich.

Anhang

Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz 1958 (VersVG) (Wiedergabe der in den AUVB erwähnten Bestimmungen des Gesetzes)

§ 6

2. Ist eine Obliegenheit verletzt, die vom Versicherungsnehmer zum Zwecke der Verminderung der Gefahr oder der Verhütung einer Erhöhung der Gefahr dem Versicherer gegenüber zu erfüllen ist, so kann sich der Versicherer auf die vereinbarte Leistungsfreiheit nicht berufen, wenn die Verletzung keinen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalles oder den Umfang der ihm obliegenden Leistungen 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 grobe Fahrlässigkeit beruht. Bei grob fahrlässiger Verletzung 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.

§ 23

1. Nach Abschluss des Vertrages darf der Versicherungsnehmer ohne Einwilligung des Versicherers weder eine Erhöhung der Gefahr vornehmen noch ihre Vornahme durch einen Dritten gestatten.
2. Erlangt der Versicherungsnehmer davon Kenntnis, dass durch eine von ihm ohne Einwilligung des Versicherers vorgenommene oder gestattete Änderung die Gefahr erhöht ist, so hat er dem Versicherer unverzüglich Anzeige zu machen.

§ 38

1. Wird die erste oder einmalige Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, so ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, berechtigt, vom Vertrag zurückzutreten. Es gilt als Rücktritt, wenn der Anspruch auf die Prämie nicht innerhalb von drei Monaten vom Fälligkeitstag an gerichtlich geltend gemacht wird.
2. Ist die erste oder einmalige Prämie zur Zeit des Eintrittes des Versicherungsfalles noch nicht gezahlt, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei.

§ 39

1. Wird die Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, so kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten schriftlich eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen bestimmen: zur Unterzeichnung genügt eine Nachbildung der eigenhändigen Unterschrift. Dabei sind die Rechtsfolgen anzugeben, die nach Abs. 2 und 3 mit dem Ablauf der Frist verbunden sind. Eine Fristbestimmung, ohne Beachtung dieser Vorschriften, ist unwirksam.
2. Tritt der Versicherungsfall nach dem Ablauf der Frist ein und ist der Versicherungsnehmer zur Zeit des Eintrittes mit der Zahlung der Folgeprämie oder der geschuldeten Zinsen oder Kosten im Verzug, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei.
3. Der Versicherer kann nach dem Ablauf der Frist das Versicherungsverhältnis ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen, wenn der Versicherungsnehmer mit der Zahlung im Verzug ist. Die Kündigung kann bereits mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer in diesem Zeitpunkt mit der Zahlung im Verzug ist; darauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich aufmerksam zu machen. Die Wirkungen der Kündigung fallen fort, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, falls die Kündigung mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach dem Ablauf der Zahlungsfrist die Zahlung nachholt, sofern nicht der Versicherungsfall bereits eingetreten ist.
4. Soweit die in Abs. 2 und 3 bezeichneten Rechtsfolgen davon abhängen, dass Zinsen oder Kosten nicht gezahlt worden sind, treten sie nur ein, wenn die Fristbestimmung die Höhe der Zinsen oder den Betrag der Kosten angibt.

§ 39 a

Ist der Versicherungsnehmer bloß mit nicht mehr als 10 v. H. der Jahresprämie, höchstens aber mit EUR 58,14 im Verzug, so tritt eine im § 38 oder § 39 vorgesehene Leistungsfreiheit des Versicherers nicht ein.

§ 75

1. Bei der Versicherung für fremde Rechnung stehen die Rechte aus dem Versicherungsvertrag dem Versicherten zu. Die Aushändigung eines Versicherungsscheines kann jedoch nur der Versicherungsnehmer verlangen.

2. Der Versicherte kann ohne Zustimmung des Versicherungsnehmers über seine Rechte nur dann verfügen und diese Rechte nur dann gerichtlich geltend machen, wenn er im Besitz eines Versicherungsscheines ist.

§ 76

1. Der Versicherungsnehmer kann über die dem Versicherten aus dem Versicherungsvertrag zustehenden Rechte im eigenen Namen verfügen.
2. Ist ein Versicherungsschein ausgestellt, so ist der Versicherungsnehmer ohne Zustimmung des Versicherten nur dann zur Annahme der Zahlung und zur Übertragung der Rechte des Versicherten befugt, wenn er im Besitz des Scheines ist.
3. Der Versicherer ist zur Zahlung an den Versicherungsnehmer nur verpflichtet, wenn dieser ihm gegenüber nachweist, dass der Versicherte seine Zustimmung zur Versicherung erteilt hat.

§ 77

Der Versicherungsnehmer ist nicht verpflichtet, dem Versicherten oder, falls über das Vermögen des Versicherten der Konkurs eröffnet ist, der Konkursmasse den Versicherungsschein auszuliefern, bevor er wegen der ihm gegen den Versicherten in Bezug auf die versicherte Sache zustehenden Ansprüche befriedigt ist. Er kann sich für diese Ansprüche aus der Entschädigungsforderung gegen den Versicherer und nach der Einziehung der Forderung aus der Entschädigungssumme vor dem Versicherten und dessen Gläubigern befriedigen.

§ 78

Soweit nach den Vorschriften dieses Bundesgesetzes die Kenntnis und das Verhalten des Versicherungsnehmers von rechtlicher Bedeutung ist, kommt bei der Versicherung für fremde Rechnung auch die Kenntnis und das Verhalten des Versicherten in Betracht.

§ 79

1. Auf die Kenntnis des Versicherten kommt es nicht an, wenn der Vertrag ohne sein Wissen abgeschlossen worden ist oder eine rechtzeitige Benachrichtigung des Versicherungsnehmers nicht tunlich war.
2. Hat der Versicherungsnehmer den Vertrag ohne Auftrag des Versicherten abgeschlossen und beim Abschluss das Fehlen des Auftrages dem Versicherer nicht angezeigt, so braucht dieser die Einwendung, dass der Vertrag ohne Wissen des Versicherten abgeschlossen worden ist, nicht gegen sich gelten zu lassen.

Besondere Bedingungen für die Kollektiv-Unfallversicherung 1995

Die Allgemeinen Bedingungen für die Unfallversicherung (AUVB 1995) finden insoweit Anwendung, als in den nachstehenden Besonderen Bedingungen keine Sonderregelung getroffen wird.

1. Versicherungsformen

Der Versicherungsvertrag gilt je nach der vereinbarten Versicherungsform abgeschlossen als Kollektiv-Unfallversicherung

- ohne Namensangabe oder
- mit Namensangabe der Versicherten.

2. Gemeinsame Bestimmungen

2.1 Versicherungssummen

Vereinbart sind

- fixe Versicherungssummen oder
- das Vielfache (Teil) des Jahresbezuges des einzelnen Versicherten.

2.2 Jahresbezug

2.2.1 Begriffsbestimmung

Anzurechnen sind alle Löhne, Gehälter, Provisionen und sonstige Entgelte, welche Bezeichnung sie auch immer tragen (z. B. Gefahren-, Montage-, Schmutzzulage, Weggelder usw.). Nicht anzurechnen sind nur die freiwilligen außerordentlichen, nicht wiederkehrenden Zuwendungen, wie bei Betriebs- oder Dienstjubiläen, Unglücks- oder Krankheitsfällen und Betriebsveranstaltungen.

2.2.2 Jahresbezug als Versicherungssumme

Als Jahresbezug des Versicherten gelten seine tatsächlichen Bezüge während der dem Unfalltag vorangegangenen 12 Monate; wenn während dieser Zeit kein ununterbrochenes Dienstverhältnis bestanden hat, der so errechnete Jahresbezug eines vergleichbaren Dienstnehmers.

2.2.3 Als Höchstgrenze eines der Berechnung der Versicherungsleistung wie auch der Prämienberechnung zugrunde zulegenden einfachen Jahresbezuges gemäß Pkt. 2.2.1 des einzelnen Versicherten wird ein Betrag von EUR 109.010,- bestimmt.

2.3 Fluggastrisiko

Benützen mehrere durch vorliegenden Versicherungsvertrag Versicherte dasselbe Flugzeug, so gilt für das Fluggastrisiko (Art. 6, Pkt. 4. AUVB) ein Betrag von EUR 2.180.190,- als Höchstgrenze der Versicherungsleistungen.

Überschreitet die Summe der Ansprüche dieser Versicherten den Betrag von EUR 2.180.190,- so wird die Leistung für jeden einzelnen Versicherten im Verhältnis der Summe der vertraglichen Einzelansprüche zu diesem Betrag gekürzt.

2.4 Erlöschen des Versicherungsschutzes

Ohne dass sich am Weiterbestand des Versicherungsvertrages etwas ändert, erlischt die Versicherung für den einzelnen Versicherten mit Beendigung des Dienstverhältnisses oder dem Ausscheiden aus dem Kreis der versicherten Personen.

3. Kollektiv-Unfallversicherung ohne Namensangabe

3.1 Versicherte Personen

Versichert, soweit gemäß Art. 16 AUVB versicherbar, sind alle zu einer eindeutig beschriebenen Gruppe gehörenden Personen zum gleichen Versicherungsumfang. Die Zuordnung der Versicherten hat so zu erfolgen, dass bei einem Unfall kein Zweifel über die Zugehörigkeit des Betroffenen zum versicherten Personenkreis entsteht.

3.2 Prämienregulierung

3.2.1 Der Prämienberechnung wird zunächst eine den zu erwartenden Verhältnissen entsprechende Größe zugrunde gelegt. Nach Ablauf einer jeden Versicherungsperiode hat der Versicherungsnehmer die den tatsächlichen Verhältnissen entsprechenden Größen anzugeben und auf Verlangen nachzuweisen; dieser Verpflichtung hat der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach Erhalt der Anfrage des Versicherers nachzukommen.

Der Versicherer hat nach Empfang der Angaben des Versicherungsnehmers die endgültige Abrechnung vorzunehmen; der Mehr- oder Minderbetrag an Prämie ist einen Monat nach Empfang der Abrechnung fällig.

3.2.2 Hat der Versicherungsnehmer die Angaben nicht rechtzeitig gemacht, so hat der Versicherer die Wahl, auf Nachholung

der Angaben zu klagen oder eine Zusatzprämie einzuheben. Diese Zusatzprämie beträgt, wenn die ausständigen Angaben die erste Jahresprämie oder die Prämie für eine Versicherungsdauer von weniger als einem Jahr betreffen, so viel wie jene Prämie, die erstmals zur Vorschreibung gelangt ist, andernfalls so viel wie die Prämie für jenes Versicherungsjahr, das dem abzurechnenden Versicherungsjahr unmittelbar vorangeht. Werden die Angaben nachträglich, aber noch innerhalb zweier Monate nach Empfang der Aufforderung zur Bezahlung der Zusatzprämie gemacht, so hat der Versicherer den etwa zuviel gezahlten Betrag rückzuerstatten.

3.2.3 Einblicksrecht des Versicherers

Der Versicherer hat das Recht, die Angaben des Versicherungsnehmers nachzuprüfen. Der Versicherungsnehmer hat zu diesem Zweck Einblick in sämtliche maßgebenden Unterlagen zu gewähren.

4. Kollektiv-Unfallversicherung mit Namensangabe

4.1 Versicherte Personen

Versichert, soweit gemäß Art. 16 AUVB versicherbar, sind alle Personen, die dem Versicherer mit Angabe von Namen, Geburtsdatum, Beruf und Anschrift sowie den gewünschten Versicherungssummen bekanntgegeben werden.

4.2 An- und Abmeldung

Für Personen, die in den Versicherungsvertrag eingeschlossen werden sollen, tritt die Versicherung für diese Personen nach Zusage des Versicherungsschutzes durch den Versicherer in Kraft. Personen, die nicht mehr versichert sein sollen, sind beim Versicherer abzumelden.