



Unfallversicherung

U 800



Klipp & Klar
Bedingungen

Unfallversicherung

Klipp & Klar-Bedingungen für die Unfallversicherung – Fassung 02/2001

Versicherungsschutz

Was ist versichert?	3
Was gilt als Versicherungsfall?	3
Wo gilt die Versicherung?	3
Wann gilt die Versicherung?	3
Wann beginnt der Versicherungsschutz?	3
Was ist ein Unfall?	3

Versicherungsleistungen

Was kann versichert werden?	4
Was zahlen wir zusätzlich?	7
Wann sind unsere Leistungen fällig und wann verjähren sie?	8
In welchen Fällen und nach welchen Regeln entscheidet die Ärztekommision?	8

Begrenzung des Versicherungsschutzes

Wer kann nicht versichert werden?	9
In welchen Fällen zahlen wir nicht?	9

Pflichten des Versicherungsnehmers

Wann ist die Prämie zu bezahlen?	11
Was ist bei Änderung des Berufes oder der Beschäftigung zu beachten?	11
Was ist vor Eintritt eines Versicherungsfalles zu beachten?	
Was ist nach Eintritt eines Versicherungsfalles zu tun?	11

Sonstige Vertragsbestimmungen

Was gilt als Versicherungsperiode?	13
Unter welchen Voraussetzungen und wann kann der Versicherungsvertrag gekündigt werden? – Wann erlischt der Versicherungsvertrag ohne Kündigung?	13
Wem steht die Ausübung der Rechte aus dem Versicherungsvertrag zu, wer hat die Pflichten aus dem Versicherungsvertrag zu erfüllen?	14
Wo können Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag gerichtlich geltend gemacht werden?	14
Wie sind die Erklärungen abzugeben?	14
Welches Recht ist anzuwenden?	14
Rententafel	15

Allgemeine Bestimmungen, Vertragsgrundlagen

Besondere Bedingungen für die Kollektiv-Unfallversicherung 200 I	17
--	----

Versicherungsschutz

Was ist versichert? – Artikel 1

Wir bieten Versicherungsschutz, wenn dem Versicherten ein Unfall zustößt. Welche Leistungen und Versicherungssummen vereinbart sind, ist aus der Police ersichtlich.

Was gilt als Versicherungsfall? – Artikel 2

Versicherungsfall ist der Eintritt des Unfalles (Artikel 6).

Wo gilt die Versicherung? – Artikel 3

Die Versicherung gilt auf der ganzen Erde.

Wann gilt die Versicherung? – Artikel 4

Versichert sind Unfälle, die während der Wirksamkeit des Versicherungsschutzes (Laufzeit des Versicherungsvertrages unter Beachtung der §§38, 39 und 39a VersVG) eingetreten sind.

Wann beginnt der Versicherungsschutz? – Artikel 5

1. Beginn der Versicherung

Der Versicherungsschutz wird – unter der Voraussetzung rechtzeitiger Prämienzahlung – bei Erhalt der Police, frühestens zum vereinbarten Versicherungsbeginn, wirksam. Wird die erste oder einmalige Prämie erst danach eingefordert, dann aber binnen 14 Tagen oder ohne schuldhaften Verzug bezahlt, ist der Versicherungsschutz ab dem vereinbarten Versicherungsbeginn gegeben.

2. Vorläufige Deckung

Soll der Versicherungsschutz schon vor Erhalt der Police beginnen, ist die ausdrückliche Zusage von uns erforderlich. Die vereinbarte vorläufige Deckung endet mit der Aushändigung der Police. Wird die Annahme Ihres Antrages von uns abgelehnt, ist die vorläufige Deckung von uns mit einer Frist von einer Woche zu kündigen. In diesem Fall steht uns die auf die Zeit des Versicherungsschutzes entfallende anteilige Prämie zu.

Was ist ein Unfall? – Artikel 6

1. Ein 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.
2. Als Unfall gelten auch die folgenden vom Willen des Versicherten unabhängigen 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, sowie Lebensmittelvergiftungen;
 - Verrenkungen von Gliedern sowie Zerrungen und Zerreißen von Gliedmaßen und an der Wirbelsäule befindlichen Muskeln, Sehnen, Bändern und Kapseln.
3. Krankheiten gelten nicht als Unfälle. Auch übertragene Krankheiten gelten nicht als Unfallfolgen. Dies gilt nicht für Kinderlähmung, die durch Zeckenbiss übertragene Frühsommer-Meningoenzephalitis und Lyme-Borreliose im Rahmen der Bestimmungen des Art. 12 sowie für Wundstarrkrampf und Tollwut, verursacht durch einen Unfall.
4. Der Versicherungsschutz bezieht sich auch auf Unfälle des Versicherten als Fluggast in motorischen Luftfahrzeugen, die zur Personenbeförderung zugelassen sind. Ausgenommen sind Motorsegler und Ultralights. 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.

Was kann versichert werden? – Artikel 7 bis 12

Dauernde Invalidität – Artikel 7

1. Wenn nichts anderes vereinbart wurde, gilt:
Ergibt sich innerhalb eines Jahres vom Unfalltag an gerechnet, dass als Folge des Unfalles eine dauernde Invalidität zurückbleibt, wird aus der versicherten Summe der dem Grad der Invalidität entsprechende Betrag gezahlt.
2. Für die Bemessung des Invaliditätsgrades gelten folgende Bestimmungen:
 - 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 %
 - 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 oben angeführten Sätze anteilig angewendet.
3. Lässt sich der Invaliditätsgrad durch die angeführten Sätze 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 aus einem Unfall ist jedoch mit 100 % begrenzt.
5. Beträgt der Invaliditätsgrad mehr als 50 %, dann erbringen wir für den 50 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die vierfache Leistung. Beträgt der Invaliditätsgrad 100 %, so erhält der Versicherte von uns 300 % der Versicherungssumme.
6. Wird der Versicherte durch den Versicherungsfall dauernd vollständig berufsunfähig, bezahlen wir im Fall der dauernden Invalidität – unabhängig vom Invaliditätsgrad – 100 % der dafür versicherten Summe (nur bei Vereinbarung nach Variante Top 1, Top 2 oder Top 3 – sh. Police). Ist die Leistung aufgrund der Progression höher als 100 %, erbringen wir die höhere Leistung. Diese Vereinbarung gilt nicht für Berufssportler sowie für Personen ohne Berufsausübung. Vollständige Berufsunfähigkeit bedeutet: Dem Versicherten kann infolge des Unfalles nach medizinischen Gesichtspunkten die Ausübung der zum Zeitpunkt des Unfalles ausgeübten Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden. Diese Erwerbstätigkeit darf dann auch tatsächlich nicht mehr ausgeübt werden.
Ist die versicherte Person zum Zeitpunkt des Unfalles im Karenzurlaub oder vorübergehend arbeitslos, so gilt der zuletzt ausgeübte Beruf. Voraussetzung dafür ist, dass die letzte Berufstätigkeit nicht länger als 18 Monate zurückliegt.

Der Anspruch auf Leistung infolge dauernder Berufsunfähigkeit erlischt mit dem Tag, an dem der Versicherte das gesetzliche Frühpensionsalter erreicht hat.

7. Im ersten Jahr nach dem Unfall erbringen wir nur eine Leistung, wenn Art und Umfang der Unfallfolgen aus ärztlicher Sicht eindeutig feststehen.
8. Steht der Grad der dauernden Invalidität nicht eindeutig fest, sind sowohl wir als auch der Versicherte berechtigt, den Invaliditätsgrad jährlich bis 4 Jahre ab dem Unfalltag ärztlich neu bemessen zu lassen. Ab zwei Jahren nach dem Unfalltag kann dies auch durch die Ärztekommision erfolgen. Ergibt in einem solchen Fall die endgültige Bemessung eine höhere Invaliditätsleistung als wir erbracht haben, so ist der Mehrbetrag ab Fälligkeit des Vorschusses mit 4 % jährlich zu verzinsen.
9. Wird innerhalb von 6 Wochen nach einem unfallbedingten Spitalsaufenthalt eine stationäre Heilbehandlung in einem Rehabilitationszentrum notwendig, bezahlen wir 1 % der Versicherungssumme für dauernde Invalidität als Rehabilitationspauschale. Als Medizinische Rehabilitation gelten alle Maßnahmen, die geeignet sind, eine unfallbedingte dauernde Invalidität zu beseitigen oder zu verbessern.
10. Stirbt der Versicherte
 - 10.1. unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall, bezahlen wir keine Leistung für dauernde Invalidität;
 - 10.2. aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach einem Unfall, leisten wir nach dem Grad der dauernden Invalidität. Die Berechnung erfolgt aufgrund der zuletzt erstellten ärztlichen Befunde;
 - 10.3. unfallbedingt oder aus unfallfremder Ursache später als ein Jahr nach dem Unfall, leisten wir ebenfalls nach dem Grad der dauernden Invalidität, mit dem aufgrund der zuletzt erstellten ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.
11. Hatte der Versicherte am Unfalltag das 75. Lebensjahr bereits vollendet, bezahlen wir anstelle der Kapitalzahlung eine Rente. Die Berechnung der Rente erfolgt anhand des am Unfalltag vollendeten Lebensjahres und einer Rententafel (siehe Seite 15). Nach Feststellung unserer Leistungspflicht und der Rentenhöhe beginnt die Rentenleistung rückwirkend mit dem Monatsersten, der dem Unfalltag folgt. Die Rentenzahlung endet mit dem Ablauf des Kalendermonats, in dem der Versicherte stirbt.

Todesfall – Artikel 8

- Tritt innerhalb eines Jahres, vom Unfalltag an gerechnet, der Tod als Folge des Unfalles ein, bezahlen wir die für den Todesfall versicherte Summe.
- Haben wir eine Leistung für dauernde Invalidität aus dem selben Ereignis erbracht, wird diese für die Todesfalleistung angerechnet. Einen Mehrbetrag an Leistungen für Dauerinvalidität können wir nicht zurückverlangen.

Taggeld – Artikel 9

Taggeld bezahlen wir bei dauernder oder vorübergehender Invalidität. Die Leistung erfolgt für die Dauer der vollständigen Arbeitsunfähigkeit im Beruf oder in der Beschäftigung des Versicherten für längstens 365 Tage innerhalb von 2 Jahren ab dem Unfalltag.

Spitalgeld und Schmerzgeld – Artikel 10

1. Spitalgeld

- Spitalgeld bezahlen wir 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. Bei einem stationären Aufenthalt im Ausland zahlen wir die doppelte Versicherungssumme für Spitalgeld.
- 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. Weiters gelten Rehabilitationszentren der Sozialversicherungsträger, Werksspitäler und Krankenreviere der Exekutive als Spitäler.
- 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.

2. Schmerzensgeld

Wird durch einen Unfall ein ununterbrochener Spitalsaufenthalt von mindestens 11 Tagen notwendig, zahlen wir für diesen Unfall ein einmaliges Schmerzensgeld in der Höhe von 2 % der für dauernde Invalidität vereinbarten Summe. Die Leistung erhöht sich um 50 % nach einem unfallbedingten Spitalsaufenthalt von 22 Tagen.

Unfallkosten – Artikel 11

Bis zur Höhe der dafür vereinbarten Versicherungssumme werden von uns Unfallkosten ersetzt. Vorausgesetzt, dass diese innerhalb von 2 Jahren, vom Unfalltag an gerechnet, entstehen und 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. Dazu zählen auch die notwendigen Kosten des Verletztentransportes, der erstmaligen Anschaffung künstlicher Gliedmaßen und eines Zahnersatzes sowie anderer, nach ärztlichem Ermessen erforderlicher erstmaliger Anschaffungen.

Kosten für Bade-, Erholungsreisen und -aufenthalte, Kosten für die Reparatur oder Wiederbeschaffung eines Zahnersatzes, künstlicher Gliedmaßen oder sonstiger künstlicher Behelfe ersetzen wir nicht.

2. Bergungskosten,

die notwendig waren, wenn der Versicherte

- einen Unfall erlitten hat oder in Berg- oder Wassernot geraten ist und verletzt oder unverletzt geborgen werden muss;
- 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 zum, dem Unfallort nächstgelegenen, Spital.

3. Rückholkosten,

das sind die unfallbedingten Kosten des ärztlich empfohlenen Verletztentransportes 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 seinem letzten Wohnort in Österreich bezahlt.

4. Pflegekosten,

die für einen pflegebedürftigen Versicherten aufgewendet werden. Voraussetzung für den Ersatz der Pflegekosten ist die Vornahme der Pflege durch eine dazu befugte Person bzw. durch eine dafür eingerichtete Organisation oder in einer dafür geeigneten Einrichtung. Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn der Versicherte infolge eines Unfalles (siehe Seite 3 Artikel 6 unter „Was ist ein Unfall“) so hilflos ist, dass er zumindest für 3 der gewöhnlichen und regelmäßigen wiederkehrenden Grundverrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens in erheblichem Umfang täglich die Hilfe einer anderen Person benötigt. Zu diesen Grundverrichtungen zählen Aufstehen und Zubettgehen, An- und Auskleiden, Körperpflege, Zubereitung und Aufnahme der Nahrung, Aufsuchen der Toilette, Einnahme von Medikamenten und Wundpflege.

Ein Versicherter gilt jedenfalls als pflegebedürftig, wenn er dauernd bettlägerig ist und nicht ohne fremde Hilfe aufstehen kann. Die Pflegebedürftigkeit ist ärztlich nachzuweisen.

5. Kosmetische Operationen

Leistungen können bei uns beansprucht werden, wenn durch einen Unfall die Körperoberfläche der versicherten Person derart beschädigt oder verformt ist, dass nach Abschluss der Heilbehand-

lung das äußere Erscheinungsbild der versicherten Person hierdurch dauernd beeinträchtigt ist. Entschließt sich die versicherte Person zur Behebung dieser Schäden zu einer kosmetischen Operation, so übernehmen wir die mit der Operation und der klinischen Behandlung im Zusammenhang stehenden Kosten für Arzthonorare, Medikamente, Verbandszeug und sonstige ärztlich verordnete Heilmittel sowie die Kosten für die Unterbringung und Verpflegung in der Klinik.

6. Begleitperson im Spital

Bei Krankenhausaufenthalten aufgrund eines versicherten Unfalles werden auch die nachgewiesenen Verpflegskosten für eine Begleitperson bis maximal EUR 55,- /ATS 756,80 von uns ersetzt. Diese Kostenersatz-Versicherung gilt nur für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr und insoweit diese Kosten nicht bereits in einem anderen Versicherungsvertrag versichert und zu ersetzen sind bzw. von einem sonstigen Leistungsträger ersetzt werden.

Kinderlähmung, Frühsommer-Meningoencephalitis, Lyme-Borreliose – Artikel 12

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

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

Eine Leistung erbringen wir nur für Tod oder dauernde Invalidität. Die Leistung bleibt im Rahmen der vereinbarten Versicherungssumme mit EUR 50.000,-/ATS 688.015,- begrenzt.

Ist auch Schmerzengeld (siehe Seite 6 „Schmerzengeld“ – Artikel 10 Pkt. 2) versichert, entfällt die Begrenzung der Versicherungsleistung auf EUR 50.000,-/ATS 688.015,- und die Einschränkung der Leistung auf Tod oder dauernde Invalidität hinsichtlich der Folgen der durch Zeckenbiss übertragenen Frühsommer-Meningoencephalitis und Lyme-Borreliose.

Was zahlen wir zusätzlich? – Artikel 13

1. Zusatzleistung

Wir übernehmen die erforderlichen Kosten, die durch Erfüllung der auf Seite 11 in Artikel 21 Pkt. 2 bestimmten Obliegenheiten entstehen. Ausgenommen davon bleiben Kosten gemäß Pkt. 2.4.

2. Prämienfreie Mitversicherung eines neugeborenen Kindes

Kinder, die während der Laufzeit des Vertrages geboren werden, gelten ab Geburt für 6 Monate mit 25 % der Versicherungssumme der Mutter mitversichert. Ausgenommen davon sind Taggeldleistungen und Leistungen aus der Lebensrente. Der prämienfreie Versicherungsschutz für neugeborene Kinder gilt nur im Rahmen von Einzel- und Familienversicherungen mit Versicherungsschutz für Berufs- und Freizeitunfälle.

3. Prämienfreistellung für Kinder

Stirbt der Versicherungsnehmer einer Familienunfallversicherung, übernehmen wir die weitere Prämienzahlung für die mitversicherten Kinder bis zum vollendeten 19. Lebensjahr.

Wann sind unsere Leistungen fällig und wann verjähren sie? – Artikel 14

1. Wir sind verpflichtet, innerhalb eines Monats, bei Ansprüchen auf Leistung für dauernde Invalidität innerhalb von drei Monaten, zu erklären, ob und in welcher Höhe wir eine Leistungspflicht anerkennen. Die Fristen beginnen mit dem Eingang der Unterlagen, die der Anspruchserhebende zur Feststellung des Unfallherganges, der Unfallfolgen und den Abschluss des Heilverfahrens zur Verfügung stellen muss.
2. Steht die Leistungspflicht dem Grunde und der Höhe nach fest, ist die Leistung fällig. Die Fälligkeit der Leistung tritt jedoch unabhängig davon ein, wenn der Versicherungsnehmer nach Ablauf von zwei Monaten seit Anspruchserhebung eine Erklärung von uns verlangt, aus welchen Gründen die Erhebungen noch nicht beendet werden konnten und wir diesem Verlangen nicht binnen eines Monats entsprochen haben.
3. Steht die Leistungspflicht nur dem Grunde nach fest, kann der Versicherungsnehmer Vorschüsse bis zu der Höhe des Betrages verlangen, den wir nach Lage der Sache mindestens zu zahlen haben werden.
4. Für die Verjährung gilt § 12 VersVG.

In welchen Fällen und nach welchen Regeln entscheidet die Ärztekommision? – Artikel 15

1. Im Fall von Meinungsverschiedenheiten über Art und Umfang der Unfallfolgen oder darüber, in welchem Umfang die eingetretene Beeinträchtigung auf den Versicherungsfall zurückzuführen ist, entscheidet die Ärztekommision. Auch über die Beeinflussung der Unfallfolgen durch Krankheiten oder Gebrechen sowie im Falle des auf Seite 4 unter „Dauernde Invalidität“ angeführten Artikel 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 unserer Erklärung gemäß Seite 8 „Wann sind unsere Leistungen fällig und wann verjähren sie“ – Artikel 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 uns zu.
4. Für die Ärztekommision bestimmen Versicherungsnehmer und wir je einen in der österreichischen Ärzteliste eingetragenen Arzt. Wenn ein Vertragsteil innerhalb von zwei 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. Einigen sich die Ärzte nicht, 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 Akte des Verfahrens werden von uns verwahrt.
7. Die Kosten der Ärztekommision werden von ihr festgesetzt und sind im Verhältnis des Obsiegens von uns und dem Versicherungsnehmer zu tragen. Im Fall des auf Seite 4 unter „Dauernde Invalidität“ – Artikel 7 beschriebenen Pkt. 8, trägt derjenige die Kosten, der die Neufeststellung verlangt hat.

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

Begrenzung des Versicherungsschutzes

Wer kann nicht versichert werden? – Artikel 16

1. Unversicherbar und jedenfalls nicht versichert sind Personen, die dauernd vollständig arbeitsunfähig oder von schwerem Nervenleiden befallen sind, sowie Geistesranke. 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.

In welchen Fällen zahlen wir nicht? – Artikel 17 und 18

Ausschlüsse – Artikel 17

Ausgeschlossen von der Versicherung sind Unfälle:

1. bei der Benützung von Luftfahrtgeräten und bei Fallschirmabsprüngen sowie bei der Benützung von Luftfahrzeugen, soweit sie nicht unter die Bestimmungen des Artikel 6 Pkt. 4 fällt (Seite 3 „Was ist ein Unfall?“);
2. die bei Beteiligung an motorsportlichen Wettbewerben (auch Wertungsfahrten und Rallyes) und den dazugehörigen Trainingsfahrten entstehen;
3. bei der Teilnahme an Landes-, Bundes- oder internationalen Wettbewerben auf dem Gebiet des Skilaufens (alpine und nordische Disziplinen, Snowboard, Biathlon, Grasski,...) Bob-, Schibob- oder Skeletonfahrens sowie am offiziellen Training für diese Veranstaltungen;
4. die beim Versuch oder der Begehung gerichtlich strafbarer Handlungen durch den Versicherten eintreten, sofern sie vorsätzlich begangen wurden;
5. die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht wurden. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die versicherte Person auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen wird.
Dieser Versicherungsschutz erlischt am Ende des siebenten Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staates, in dem sich die versicherte Person aufhält. Die Erweiterung gilt nicht bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht. Sie gilt auch nicht für die aktive Teilnahme am Krieg oder Bürgerkrieg sowie für Unfälle durch ABC-Waffen und im Zusammenhang mit einem Krieg oder kriegsähnlichen Zustand zwischen den Ländern China, Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Japan, Russland oder USA;
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 Kernenergieverursacht werden, soweit nicht ein Versicherungsfall hiezu der Anlass war;
8. die der Versicherte infolge einer wesentlichen Beeinträchtigung seiner psychischen oder physischen Leistungsfähigkeit durch Alkohol, Suchtgifte oder Medikamente erleidet;
9. durch körperliche Schädigung bei Heilmaßnahmen und Eingriffen, die der Versicherte an seinem Körper vornimmt oder vornehmen lässt, soweit nicht ein Versicherungsfall hiezu der Anlass war. War ein Versicherungsfall der Anlass, findet Pkt. 7 keine Anwendung.

Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes – Artikel 18

1. Eine Versicherungsleistung wird von uns 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 vorgenommen, wenn durch den Unfall eine körperliche oder geistige Funktion betroffen ist, die schon vorher beeinträchtigt war. Die Vorinvalidität wird nach Artikel 7 „Dauernde Invalidität“ Pkt. 2 und 3 (siehe Seite 4) bemessen.
3. Haben Krankheiten oder Gebrechen, die schon vor dem Unfall bestanden, bei der durch ein Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, ist im Fall einer

Invaldität der Prozentsatz des Invaliditätsgrades, ansonsten die Leistung entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens, zu vermindern, wenn dieser Anteil mindestens 25 % beträgt.

4. Für organisch bedingte Störungen des Nervensystems erbringen wir nur eine Leistung, wenn und soweit diese Störung auf eine durch den Unfall verursachte organische Schädigung zurückzuführen ist.

Seelische Fehlhaltungen (Neurosen, Psychoneurosen) gelten nicht als Unfallfolgen.

5. Bei Bandscheibenhernien wird eine Leistung nur erbracht, wenn sie durch direkte mechanische Einwirkung auf die Wirbelsäule entstanden sind und es sich nicht um eine Verschlimmerung von vor dem Unfall bestandenen Krankheitserscheinungen handelt.
6. Für Bauch- und Unterleibsbrüche jeder Art wird eine Leistung nur erbracht, wenn sie durch eine von außen kommende mechanische Einwirkung direkt herbeigeführt worden sind und nicht anlagebedingt waren.
7. Ein Herzinfarkt gilt in keinem Fall als Unfallfolge. Der Versicherungsschutz bezieht sich jedoch auf Unfälle, die der Versicherte infolge eines Herzinfarktes oder Schlaganfalles erleidet.

Pflichten des Versicherungsnehmers

Wann ist die Prämie zu bezahlen? – Artikel 19

Die erste oder 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 begleichen.

Wird Ratenzahlung vereinbart, so haben wir 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 §§ 39 und 39a VersVG.

Was ist bei Änderung des Berufes oder der Beschäftigung zu beachten? – Artikel 20

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 Reserveübungen gelten nicht als Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung. Ergibt sich für die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung des Versicherten nach unserem zur Zeit der Veränderung gültigen Tarif eine niedrigere Prämie, so ist vom Einlangen 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 uns 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 unsere Leistungen in der Weise bemessen, dass dem Vertrag als Versicherungssummen jene Beträge zugrunde gelegt werden, welche sich nach den für die neue Berufstätigkeit bzw. Beschäftigung erforderlichen Prämienätzen aufgrund der tatsächlichen in der Polizza berechneten Prämien ergeben.

Bieten wir für die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung grundsätzlich keinen Versicherungsschutz an, finden die Bestimmungen der §§ 23 ff VersVG (Gefahrerhöhung) Anwendung.

Was ist vor Eintritt eines Versicherungsfalles zu beachten?

Was ist nach Eintritt eines Versicherungsfalles zu tun? – Artikel 21

1. Obliegenheiten vor Eintritt des Versicherungsfalles

Als Obliegenheit, deren Verletzung die Leistungsfreiheit unsererseits gemäß § 6 Abs. 2 VersVG bewirkt, wird bestimmt, dass der Versicherte als Lenker eines Kraftfahrzeuges kraftfahrrechtlich berechtigt 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 unsererseits gemäß § 6 Abs. 3 VersVG bewirkt, werden bestimmt:

- 2.1. Ein Unfall ist uns unverzüglich, spätestens innerhalb einer Woche, schriftlich anzuzeigen.
- 2.2. Ein Todesfall ist uns innerhalb von 3 Tagen anzuzeigen, und zwar auch dann, wenn der Unfall bereits gemeldet ist.
- 2.3. Uns 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 Sachverhaltes beizutragen.
- 2.5. Nach Erhalt des Formulars für Unfallanzeigen ist uns dieses ohne Verzug ausgefüllt zuzusenden. Außerdem sind uns alle verlangten sachdienlichen Auskünfte zu erteilen.
- 2.6. Der behandelnde Arzt oder die behandelnde Krankenanstalt sowie diejenigen Ärzte oder Kran-

kenanstalten, von denen der Versicherte aus anderen Anlässen behandelt oder untersucht worden ist, sind zu ermächtigen und aufzufordern, die von uns verlangten Auskünfte zu erteilen und Berichte zu liefern. Ist der Unfall einem Sozialversicherer gemeldet, so ist auch dieser im vorstehenden Sinne zu ermächtigen.

- 2.7. Die mit dem Unfall befassten Behörden sind zu ermächtigen und zu veranlassen, die von uns verlangten Auskünfte zu erteilen.
- 2.8. Wir können verlangen, dass sich der Versicherte durch die von uns bezeichneten Ärzte untersuchen lässt.
- 2.9. Ist auch Spitalgeld oder Schmerzensgeld versichert, so ist uns, wenn der Versicherte in ein Spital (siehe Seite 5 und 6 „Spitalgeld und Schmerzensgeld“ – Artikel 10, Pkt. 1 und 2) eingewiesen ist, nach der Entlassung aus dem Spital eine Bescheinigung der Spitalverwaltung zuzusenden. Darin müssen folgende Daten angegeben sein: Vor- und Zuname des Versicherten, dessen Geburtsdaten, der Tag der Aufnahme in das Spital und der Tag der Entlassung sowie die Diagnose. Dies gilt auch bei Geltendmachung der Rehabilitationspauschale gemäß Seite 4 „Dauernde Invalidität“ – Artikel 7 Pkt. 8.
- 2.10. Für den Fall, dass Unfallkosten mitversichert sind, sind uns die Originalbelege vorzulegen.

Sonstige Vertragsbestimmungen

Was gilt als Versicherungsperiode? – Artikel 22

1. Versicherungsperiode

Als Versicherungsperiode gilt der Zeitraum eines Jahres, sofern der Versicherungsvertrag nicht für eine kürzere Zeit abgeschlossen wurde.

2. Vertragsdauer

Beträgt die vereinbarte Vertragsdauer mindestens ein Jahr, verlängert sich der Vertrag jeweils um ein weiteres Jahr, wenn er nicht ein Monat vor Ablauf gekündigt wird. Beträgt die Vertragsdauer weniger als ein Jahr, endet der Vertrag ohne Kündigung.

Unter welchen Voraussetzungen und wann kann der Versicherungsvertrag gekündigt werden? – Wann erlischt der Versicherungsvertrag ohne Kündigung? – Artikel 23

1. Kündigung nach Eintritt des Versicherungsfalles

- 1.1. Nach Eintritt des Versicherungsfalles kann der Versicherungsnehmer kündigen, wenn wir einen gerechtfertigten Anspruch auf die Versicherungsleistung ablehnen oder die Anerkennung verzögern. 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 (siehe Seite 8 Artikel 15);
 - nach Fälligkeit der Versicherungsleistung bei Verzögerung der Anerkennung (siehe Seite 8 Artikel 14).

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

- 1.2. Nach Eintritt des Versicherungsfalles können wir kündigen, wenn wir den Anspruch auf die Versicherungsleistung dem Grunde nach anerkennen oder die Versicherungsleistung erbracht haben. Das Recht auf Kündigung besteht auch dann, 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, können wir mit sofortiger Wirkung kündigen.

- 1.3. Uns gebührt die bis zur Vertragsauflösung anteilige Prämie.

2. Versicherungsende durch Todesfall

Erlischt der Vertrag, weil der Versicherte gestorben oder unversicherbar geworden ist (siehe Seite 9 Artikel 16), so gebührt uns die bis zur Vertragsauflösung anteilige Prämie.

3. Prämienermäßigung

Wir gewähren mit Rücksicht auf die vereinbarte Vertragszeit eine Ermäßigung der Prämie. Wird der Vertrag vorzeitig aufgelöst, können wir eine Nachzahlung fordern. Die Nachzahlung ergibt sich aus jenem Betrag, um den wir die Prämie höher berechnet hätten, wenn die kürzere Vertragslaufzeit bereits bei Vertragsabschluss vereinbart gewesen wäre.

Wem steht die Ausübung der Rechte aus dem Versicherungsvertrag zu, wer hat die Pflichten aus dem Versicherungsvertrag zu erfüllen? – Artikel 24

- Die Unfallversicherung kann gegen Unfälle, die dem Versicherungsnehmer oder gegen Unfälle, die einem anderen zustoßen, abgeschlossen werden. Eine Versicherung gegen Unfälle, die einem anderen zustoßen, gilt im Zweifel als für Rechnung des anderen abgeschlossen.
Die Vorschriften der §§ 75 ff 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 abgeschlossen, so ist zur Gültigkeit des Vertrages die schriftliche Zustimmung des anderen erforderlich. Ist der andere geschäftsunfähig oder in der Geschäftsfähigkeit eingeschränkt 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.
- 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 Schadminderungs- und Rettungspflicht verantwortlich.

Wo können Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag gerichtlich geltend gemacht werden? – Artikel 25

Der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen, die zur selbstständigen 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.

Wie sind die Erklärungen abzugeben? – Artikel 26

Sämtliche Erklärungen und Mitteilungen des Versicherungsnehmers bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Schriftform, es sei denn, die Versicherungsbedingungen sehen an anderer Stelle eine andere Regelung vor oder wir verzichten auf die Einhaltung der Schriftform.

Schriftliche Erklärungen können in jeder lesbaren Form, also auch mit Telefax, im Wege elektronischer Datenübertragung etc. vorgenommen werden. Weist eine zugegangene Erklärung keine eigenhändige Unterschrift oder sichere elektronische Signatur auf, so können wir eine Nachreichung der Erklärung mit eigenhändiger (Original-)Unterschrift verlangen. Eine Frist für Erklärungen bleibt gewahrt, wenn dem Verlangen auf Nachreichung der Erklärung in der erbetenen Form in angemessener Frist entsprochen wird.

Welches Recht ist anzuwenden? – Artikel 27

Es gilt österreichisches Recht.

Rententafel

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

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

auf Grund der Sterbetafel E TTL-PAGLER 1988 und eines Zinsfußes von jährlich 3 % (Art. 7 Pkt. 10.)

Jahresbetrag der monatlich im Voraus zahlbaren Lebenslange Rente für eine kapitalmäßige Berechnungsgrundlage von ATS/EUR 1.000,-

Allgemeine Bestimmungen, Vertragsgrundlagen

Auf Ihren Versicherungsvertrag finden außer den vorliegenden Bedingungen folgende Bestimmungen

Anwendung:

- Die in der Polizze getroffenen Vereinbarungen (z.B. Vertragsklausel)
- Das Versicherungsvertragsgesetz in der jeweils geltenden Fassung

Besondere Bedingungen für die Kollektiv-Unfallversicherung 2001

Die Besonderen Bedingungen für die Kollektiv-Unfallversicherung 2001 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 zugrundezulegenden einfachen Jahresbezuges gemäß Pkt. 2.2.1. „Begriffsbestimmung“ des einzelnen Versicherten wird ein Betrag von EUR 110.000,-/ATS 1.513.633,- bestimmt.

2.3. Fluggastrisiko

Benützen mehrere durch vorliegenden Versicherungsvertrag Versicherte das selbe Flugzeug, so gilt für das Fluggastrisiko (siehe Seite 3 Artikel 6, Pkt. 4 „Was ist ein Unfall?“) ein Betrag von EUR 2.200.000,-/ATS 30.272.660,- als Höchstgrenze der Versicherungsleistungen.

Überschreitet die Summe der Ansprüche dieser Versicherten den Betrag von EUR 2.200.000,-/ATS 30.272.660,-, 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 Person

Versichert, soweit gemäß Seite 9 Artikel 16 „Wer kann versichert werden?“ 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

- Der Prämienberechnung wird zunächst eine den zu erwartenden Verhältnissen entsprechende Größe zugrundegelegt. 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 unserer Anfrage nachzukommen.

Wir haben nach Erhalt der Angaben des Versicherungsnehmers die endgültige Abrechnung vorzunehmen; der Mehr- oder Minderbetrag an Prämie ist einen Monat nach Empfang der Abrechnung fällig.

- Hat der Versicherungsnehmer die Angaben nicht rechtzeitig gemacht, so haben wir die Wahl, auf Nachholung der Angaben zu klagen oder eine andere 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 von zwei Monaten nach Empfang der Aufforderung zur Bezahlung der Zusatzprämie gemacht, so haben wir den eventuell zuviel bezahlten Betrag rückerstatten.
- Wir haben 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

- **Versicherte Personen**

Versichert, soweit gemäß Seite 9 Artikel 16 „Wer kann versichert werden?“ versicherbar, sind alle Personen, die uns mit Angabe von Namen, Geburtsdatum, Beruf und Anschrift sowie den gewünschten Versicherungssummen bekannt gegeben werden.

- **An- und Abmeldung**

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

Versicherer:

UNIQA Personenversicherung AG, A – 1021 Wien, Untere Donaustraße 25, Tel. (01) 211 75-0*

Internet: <http://www.uniqa.at>, e-mail: info@uniqa.at

Sitz: Wien, FN 63197 m, Handelsgericht Wien, DVR 0018813