

ANHANG 509

Seite 1 von 5

BEDINGUNGEN DER ZUSATZVERSICHERUNGEN "UNFALLTOD" UND "UNFALLINVALIDITÄT"

- § 1. Versicherungsschutz - Leistungen des Versicherers im Versicherungsfall
- § 2. Definition "Unfall"
- § 3. Pflichten des Versicherungsnehmers
- § 4. Umfang des Versicherungsschutzes
- § 5. Beginn des Versicherungsschutzes
- § 6. Gewinnbeteiligung
- § 7. Leistungserbringung durch den Versicherer
- § 8. Beiziehung der Ärztekommision
- § 9. Kündigung der Zusatzversicherungen
- § 10. Prämienfreistellung
- § 11. Nachteile einer Kündigung
- § 12. Vorauszahlungen
- § 13. Verhältnis der Zusatzversicherungen zur Hauptversicherung

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

§ 1. Versicherungsschutz - Leistungen des Versicherers im Versicherungsfall

- (1) Die für den jeweiligen Versicherungsfall zu Ihrem Vertrag vereinbarten Leistungen (Versicherungssumme bei Unfalltod oder Versicherungssumme bei Unfallinvalidität) entnehmen Sie bitte Ihrer Polizze.
- (2) Die Zusatzversicherungen bieten Versicherungsschutz, wenn der versicherten Person ein Unfall zustößt. Versicherungsfall ist der Eintritt eines Unfalles (siehe § 2), der während der Wirksamkeit des Versicherungsschutzes eingetreten ist.
- (3) Versicherungsschutz besteht für die in der Polizze angeführte versicherte Person und gilt für jene Unfälle, die während der Laufzeit der Zusatzversicherungen sowie vor dem Ende jenes Versicherungsjahres eingetreten sind, in welchem der Versicherte sein 75. Lebensjahr vollendet hat.

1. Unfalltod

Tritt innerhalb eines Jahres vom Unfalltag an gerechnet der Tod als Folge des Unfalles ein, wird die für den Todesfall vereinbarte Versicherungssumme ausbezahlt.

2. Unfallinvalidität

- (1) Ergibt sich innerhalb eines Jahres vom Unfalltage an gerechnet, dass eine dauernde Invalidität zurückbleibt, so ist
 - entweder aus der hiefür versicherten Summe die dem Grade der Invalidität entsprechende Versicherungsleistung (siehe Abs. 3) zu erbringen oder
 - ist der Versicherer berechtigt, den Grad der Invalidität, soweit er nicht nach Absatz (3) eindeutig feststeht, bis längstens vier Jahre vom Unfalltage an jährlich neu feststellen zu lassen; nach zwei Jahren vom Unfalltage an muss diese Feststellung durch ein Gutachten der Ärztekommision erfolgen (siehe § 8), dessen Kosten der Versicherer trägt. Stirbt der Versicherte, ohne dass der Tod eine Leistung des Versicherers gemäß Z. 1 bewirkt, vor endgültiger Feststellung der Leistung, so richtet sich deren Höhe nach dem zuletzt festgestellten Grad der Invalidität.
- (2) Ein Anspruch auf Leistung für dauernde Invalidität ist innerhalb von fünfzehn Monaten vom Unfalltage an geltend zu machen und unter Vorlage eines ärztlichen Befundberichtes zu begründen.
- (3) Für die Bemessung der Leistung gelten unter Ausschluss des Nachweises einer höheren oder geringeren Arbeitsfähigkeit folgende Invaliditätsgrade: bei völligem Verlust oder völliger Gebrauchsunfähigkeit

eines Armes ab Schultergelenk	80 %
eines Armes bis oberhalb des Ellenbogengelenkes	75 %
eines Armes im Ellenbogengelenk	70 %
eines Armes unterhalb des Ellenbogengelenkes oder einer Hand	60 %
eines Daumens	20 %
eines Zeigefingers	10 %
eines 3. oder 4. Fingers	5 %
des 5. Fingers	10 %
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	30 %
sofern jedoch die Sehkraft des anderen Auges vor Eintritt des Versicherungsfalles bereits verloren war	60 %

ANHANG 509

Seite 2 von 5

bei völligem Verlust des Gehörs beider Ohren	60 %
bei völligem Verlust des Gehörs eines Ohres sofern jedoch das Gehör des anderen Ohres vor Eintritt des Versicherungsfalles bereits verloren war	15 %
bei völligem Verlust des Geruchsinnes	30 %
bei völligem Verlust des Geschmacksinnes	10 %
	10 %

- (4) Die Versicherungsleistung wird bei Vorliegen einer dauernden Invalidität erbracht und entspricht dem festgestellten Invaliditätsgrad, d.h. bei 100%iger dauernder Invalidität bezahlen wir 100 % der vereinbarten Versicherungssumme.
- (5) Bei teilweisem Verluste oder teilweiser Gebrauchsunfähigkeit der vorgenannten Glieder oder Sinnesorgane werden die vorstehenden Sätze entsprechend herabgesetzt. Wenn durch einen Unfall die Sehkraft eines Auges oder das Gehör eines Ohres zur Gänze und gleichzeitig die Sehkraft des anderen Auges oder das Gehör des anderen Ohres teilweise verlorengehen oder wenn es zu einer teilweisen Herabsetzung der Sehkraft beider Augen oder des Gehörs beider Ohren kommt, so bilden 50 % der unter Absatz (3) für den Verlust der Sehkraft beider Augen oder der für den völligen Verlust des Gehörs beider Ohren festgelegten höchsten Invaliditätsgrenze die Grundlage für die Bemessung der Leistung für das einzelne Sinnesorgan.
- (6) Soweit sich der Invaliditätsgrad nach Vorstehendem nicht bestimmen lässt, wird bei der Bemessung in Betracht gezogen, inwieweit der Versicherte imstande ist, Erwerb durch einen Beruf (Beschäftigung) zu erzielen, der seinen Kräften und Fähigkeiten entspricht und ihm unter billiger Berücksichtigung seiner Ausbildung und seines bisherigen Berufes zugemutet werden kann.
- (7) Bei dem Verluste oder der Gebrauchsunfähigkeit von mehreren der vorgenannten Glieder oder Sinnesorgane bzw. bei Vorliegen eines nach Absatz (3) festgestellten Invaliditätsgrades werden die sich ergebenden Prozentsätze zusammengerechnet, wobei jedoch nie mehr als 100 % insgesamt geleistet werden.
- (8) Die Invaliditätsleistung zahlen wir als Kapitalbetrag.
- (9) Im ersten Jahr nach dem Unfall wird eine Invaliditätsleistung von uns nur erbracht, wenn Art und Umfang der Unfallfolgen aus ärztlicher Sicht eindeutig feststehen.
- (10) Stirbt die versicherte Person
- unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall, besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung;
 - 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;
 - 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.
- (11) Für Personen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr werden im Todesfall die angemessenen Begräbniskosten bis zur Höhe von 10 % der für dauernde Invalidität vereinbarten Versicherungssumme ersetzt. Unsere Leistung erfolgt an den Überbringer der Originalrechnungen.

§ 2. Definition "Unfall"

- (1) Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet oder stirbt.
- (2) Als Unfall gelten auch folgende Ereignisse:
- Ertrinken;
 - Gesundheitsschädigung infolge unabsichtlicher Einnahme von für den Verzehr nicht vorgesehener Stoffe oder verdorbener Lebensmittel (Lebensmittelvergiftung);
 - Gesundheitsschädigung infolge Verschluckens von festen Stoffen und Kleinteilen bei Kindern bis zum vollendeten 7. Lebensjahr;
 - Gesundheitsschädigung infolge Einatmen von Gasen oder Dämpfen, Dünsten, Staubwolken, Säuren oder ähnlich schädlichen Stoffen, auch ohne Vorliegen eines plötzlichen Ereignisses, wenn die versicherte Person den Einwirkungen längstens 3 Tage ausgesetzt war;
 - Unfälle, die sich infolge eines Herzinfarktes oder Schlaganfalles ereignen; Ein Herzinfarkt oder Schlaganfall gilt jedoch nicht als Unfallfolge.
 - Unfälle, die sich infolge Bewusstseinsstörungen ereignen (siehe jedoch § 4 Abs. 4);
 - Gesundheitsschädigungen, die die versicherte Person bei Bemühungen zur Rettung von Menschenleben und/oder Sachen erleidet;
 - Verrenkungen von Gliedern sowie Zerrungen und Zerreißen von an Gliedmaßen und an der Wirbelsäule befindlichen Muskeln, Sehnen, Bändern und Kapseln sowie Meniskusverletzungen.
- Hinsichtlich krankhaft abnutzungsbedingter Einflüsse findet insbesondere § 4 Absatz (2) Anwendung.
- (3) Krankheiten gelten nicht als Unfälle, übertragbare Krankheiten auch nicht als Unfallfolgen. Dies gilt nicht für Wundstarrkrampf und Tollwut, verursacht durch einen Unfall gemäß Absatz (1).
- (4) Der Versicherungsschutz erstreckt sich - entgegen Absatz (3) - auf die Folgen der Kinderlähmung und der durch Zeckenbiss übertragenen Frühsommer-Meningoencephalitis bzw. Lyme-Borreliose, wenn die Erkrankung medizinisch festgestellt und frühestens 15 Tage nach Beginn, jedoch spätestens 15 Tage nach Erlöschen der Versicherung zum Ausbruch kommt. Als Krankheitsbeginn (Zeitpunkt des Versicherungsfalles) gilt der Tag, an dem erstmals ein Arzt wegen der als Kinderlähmung, Frühsommer-Meningoencephalitis oder Lyme-Borreliose diagnostizierten Krankheit konsultiert wurde. Die Leistung für den Todesfall in den in Absatz (4) genannten Fällen bleibt im Rahmen der vereinbarten Versicherungssumme mit EUR 100.000,- begrenzt.
- (5) Als Unfall gilt auch der Ausbruch von Infektionskrankheiten, die durch Insektenstiche oder sonstigen von Tieren verursachte Hautverletzungen auf die versicherte Person übertragen wurden. Das bloße Einatmen oder Eindringen infektiöser Massen ohne ein derartiges Ereignis steht nicht unter Versicherungsschutz.
- (6) Schutzimpfungen gelten als Unfallereignis, wenn die versicherte Person durch die Schutzimpfungen gegen Infektionskrankheiten eine dauerhafte Gesundheitsschädigung erleidet.
- (7) Als Unfall gelten auch dauerhafte Gesundheitsschädigungen oder der Tod (z.B. allergische Reaktionen), die Folge von Schlangenbissen und Insektenstichen sind.
- (8) Voraussetzung für den Versicherungsschutz gemäß Absätze (5) - (7) ist, dass der Ausbruch der Erkrankung frühestens ein Monat nach Beginn, jedoch spätestens ein Monat nach Erlöschen der Versicherung stattfindet.
- (9) Die Leistung für den Versicherungsschutz gemäß Absätze (5) - (7) bleibt im Rahmen der vereinbarten Versicherungssummen mit EUR 50.000,- begrenzt.

ANHANG 509

Seite 3 von 5

(10) Der Versicherungsschutz gilt auch für Unfälle, die die versicherte Person als Fluggast in motorischen Luftfahrzeugen, welche für die Verwendungsart Personenbeförderung zugelassen sind, erleidet.

Kein Versicherungsschutz besteht, wenn die versicherte Person

- mit dem Betrieb des Luftfahrzeuges in ursächlichem Zusammenhang steht oder ein sonstiges Besatzungsmitglied ist,
- mittels des Luftfahrzeuges eine berufliche Tätigkeit ausübt oder
- Raumfahrzeuge benützt.

Selbstmord gilt nicht als Unfall, und zwar auch dann nicht, wenn der Versicherte die Tat in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen hat.

§ 3. Pflichten des Versicherungsnehmers

(1) Obliegenheiten vor Eintritt des Versicherungsfalles:

Als Obliegenheit, deren Verletzung unsere Leistungsfreiheit gemäß den Voraussetzungen und Begrenzungen des § 6 Abs. 2 VersVG bewirkt, wird bestimmt, dass die versicherte Person als Lenker eines Kraftfahrzeuges die jeweilige kraftfahrrechtliche Berechtigung, die zum Lenken dieses oder eines typengleichen Kraftfahrzeuges erforderlich wäre, besitzt. Dies gilt auch dann, wenn dieses Fahrzeug nicht auf Straßen mit öffentlichem Verkehr gelenkt wird.

(2) Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalles

Als Obliegenheiten, deren Verletzung unsere Leistungsfreiheit gemäß den Voraussetzungen und Begrenzungen des § 6 Abs. 3 VersVG bewirkt, werden bestimmt:

- Ein Unfall ist uns unverzüglich, spätestens innerhalb einer Woche anzuzeigen.
- Ein Todesfall ist uns innerhalb von 3 Tagen vom Bezugsberechtigten ab Kenntnis des Todesfalles und Bestehen des Versicherungsverhältnisses anzuzeigen, und zwar auch dann, wenn der Unfall bereits gemeldet ist.
- Sofern hinreichende Indizien vorliegen, welche daraufhin deuten, dass eine Leistungspflicht unsererseits nicht bestehen könnte, kann es notwendig sein, die Leiche zu obduzieren oder zu exhumieren. Diese Maßnahme darf aber nur als letztes Mittel angewendet werden, wenn anzunehmen ist, dass diese zu einem entscheidungserheblichen Beweisergebnis führen kann und mit ihr das letzte noch fehlende Glied in einem von uns zu führenden Beweis geliefert werden kann.

Für die Durchführung der Obduktion oder Exhumierung bedarf es der Einwilligung des Verstorbenen oder - wenn diese nicht vorliegt oder nicht erkennbar ist - der schriftlichen Zustimmung der nahen Angehörigen des Verstorbenen (wobei die Zustimmung bei mehreren Angehörigen gleichen Grades gemeinsam erteilt werden muss).

Der Anspruchsberechtigte verpflichtet sich,

- wenn er selbst naher Angehöriger des Verstorbenen ist, uns das Recht einzuräumen, eine Obduktion oder Exhumierung vornehmen zu lassen.
- wenn er selbst nicht naher Angehöriger des Verstorbenen ist, die nahen Angehörigen nachweislich um schriftliche Zustimmung zur Vornahme einer Obduktion oder Exhumierung zu ersuchen.
- im Falle der Exhumierung um die Einholung der notwendigen behördlichen Genehmigungen anzusuchen. Wir werden den Anspruchsberechtigten im Anlassfall darüber informieren, welche Genehmigungen einzuholen sind.

Die Obduktion wird nach Vorliegen der vorgenannten Zustimmung erst nach erfolgter Totenbeschau und nur von einem zur selbständigen Berufsausübung in Österreich berechtigten Arzt, welcher von uns bestimmt wird, vorgenommen.

Die Exhumierung wird nur von einem Leichenbestattungsunternehmen, welches von uns bestimmt wird, nach Vorliegen der behördlichen Genehmigungen durchgeführt.

- 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.
- Die Unfallanzeige ist uns unverzüglich zuzusenden. Außerdem sind uns alle verlangten sachdienlichen Auskünfte zu erteilen.
- Der behandelnde Arzt oder die behandelnde Krankenheilanstalt sowie diejenigen Ärzte oder Krankenanstalten, 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.
- Die mit dem Unfall befassten Behörden sind zu ermächtigen und zu veranlassen, die von uns verlangten Auskünfte zu erteilen.
- Wir können verlangen, dass sich die versicherte Person durch die von uns genannten Ärzte untersuchen lässt.

§ 4. Umfang des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherungsschutz besteht grundsätzlich weltweit.

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

- die Unfallfolgen durch nicht mit dem Unfall zusammenhängende Krankheiten oder Gebrechen beeinflusst, so wird die Leistung entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens an diesen Folgen gekürzt. Der Anteil bleibt unberücksichtigt, sobald er weniger als 25 % beträgt;
- solche Körperteile oder Organe von dem Unfall betroffen, die bereits vor dem Unfälle ganz oder teilweise verkrüppelt, verstümmelt oder gebrauchsunfähig waren, oder wird durch die Unfallfolgen ein bestehendes organisches Leiden verschlimmert, so wird eine Versicherungsleistung nur im Ausmaße der Steigerung des Invaliditätsgrades erbracht.

(3) Für psychische und nervöse Störungen wird eine Leistung nur erbracht, wenn und soweit diese Störungen auf eine durch Unfall verursachte organische Erkrankung des Nervensystems oder auf eine Epilepsie zurückzuführen sind, die durch den Unfall erstmals entstanden ist.

(4) Ausgeschlossen von der Versicherung sind

- Unfälle im Falle von Kriegsereignissen jeder Art (einschließlich Neutralitätsverletzungen), wenn der Versicherte nicht nachweist, dass der Unfall mit diesen Ereignissen weder unmittelbar noch mittelbar zusammenhängt;
- Unfälle im Zusammenhang mit Auflauf, Aufstand, Aufruhr, öffentlicher Gewalttätigkeit, wenn der Versicherte bei diesen Ereignissen auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;
- Unfälle, die der Versicherte bei der Begehung gerichtlich strafbarer Handlungen erleidet, für die Vorsatz Tatbestandsmerkmal ist;
- Unfälle des Versicherten als Lenker von Kraftfahrzeugen, wenn er nicht die vorgeschriebene Fahrerlaubnis (Führerschein) besitzt, ferner Unfälle unter jedweder Benützung von Kraftfahrzeugen bei der Beteiligung an Fahrtveranstaltungen, bei denen es auf die Erzielung einer Höchstgeschwindigkeit ankommt und bei den dazugehörigen Übungsfahrten;
- Unfälle bei der Benützung von Luftfahrzeugen, soweit sie nicht unter die Bestimmungen des § 2 Absatz (10) fallen, ferner bei der Benützung von Luftfahrtgeräten und bei Fallschirmabsprüngen,
- Unfälle infolge von Geistes- oder Bewusstseinsstörungen (auch durch Alkohol- oder Rauschgifteinfluss), es sei denn, dass diese Anfälle oder Störungen durch ein unter die Versicherung fallendes Unfallereignis hervorgerufen wurden;

ANHANG 509

Seite 4 von 5

- körperliche Schädigungen bei Heilmaßnahmen und Eingriffen, die der Versicherte an seinem Körper vornimmt oder vornehmen lässt, soweit nicht ein Versicherungsfall hiezu der Anlass war. Der Versicherer haftet aber für Unfälle beim Schneiden von Nägeln, Hühneraugen und harter Haut;
- als Unfallsfolgen (auch Verschlimmerungen): Bauch- oder Unterleibsbrüche irgendwelcher Art, Wasserbrüche, Unterschenkelgeschwüre oder Bandscheibenhernien. Sie fallen jedoch unter die Versicherung, sofern der Versicherte beweist, dass die Brüche der bezeichneten Art bzw. die Unterschenkelgeschwüre durch eine gewaltsame, von außen kommende und mechanische oder chemische Einwirkung direkt herbeigeführt worden sind und nicht anlagebedingt waren, bzw. dass die Bandscheibenhernien durch direkte schwere Verletzungen der sonst gesunden Wirbelsäule aufgetreten sind und es sich nicht um eine Verschlimmerung solcher schon vor dem Unfall bestehender Krankheitserscheinungen handelt;
- als Unfallsfolgen: Krampfadern, Darmverschlüßungen, Blinddarmentzündungen, gleichgültig, ob die vorgenannten Krankheiten durch den Unfall herbeigeführt oder verschlimmert worden sind.

§ 5. Beginn des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherungsschutz beginnt, sobald wir die Annahme Ihres Antrages (etwa durch Zustellung der Polizze) erklärt und Sie die erste oder einmalige Prämie rechtzeitig bezahlt haben. Vor dem in der Polizze angegebenen Versicherungsbeginn besteht kein Versicherungsschutz.

(2) Ihr Versicherungsvertrag ist mit **vorläufigem Sofortschutz** ausgestattet.

Der vorläufige Sofortschutz erstreckt sich auf die für den Todesfall bzw. die Invalidität beantragten Summen.

Der vorläufige Sofortschutz gilt, wenn

- der Versicherte zum Zeitpunkt der Antragstellung voll arbeitsfähig ist,
- er nicht in ärztlicher Behandlung oder Kontrolle steht und
- die Versicherungsbedingungen keine Einschränkungen oder Ausschlüsse vorsehen.

Der vorläufige Sofortschutz beginnt mit Eingang Ihres Antrages bei uns, frühestens aber mit dem beantragten Versicherungsbeginn.

Der vorläufige Sofortschutz endet mit Zustellung der Polizze oder der Ablehnung Ihres Antrags, weiters mit unserer Erklärung, dass der vorläufige Sofortschutz beendet ist oder auch mit Ihrem Rücktritt vom Antrag, sofern dieser vor Zustellung der Polizze erfolgt, in jedem Fall jedoch sechs Wochen nach Antragstellung.

Wenn wir aufgrund des vorläufigen Sofortschutzes leisten, verrechnen wir die erste Jahresprämie bzw. einmalige Prämie.

§ 6. Gewinnbeteiligung

Die Zusatzversicherung ist nicht gewinnberechtigigt.

§ 7. Leistungserbringung durch den Versicherer

(1) Wir sind verpflichtet, innerhalb eines Monats, bei Ansprüchen auf Leistung für dauernde Invalidität innerhalb dreier Monate, zu erklären, ob und in welcher Höhe wir eine Leistungspflicht anerkennen. Die Fristen beginnen mit dem Eingang der Unterlagen, die der Anspruchsberechtigte zur Feststellung des Unfallherganges und der Unfallfolgen und über den Abschluss des Heilverfahrens uns vorzulegen hat. Unterbleibt die Vorlage der von uns zur Beurteilung der Leistungspflicht geforderten Unterlagen und Informationen, wird der Entschädigungsanspruch nicht fällig, da die Leistungspflicht nicht beurteilt werden kann.

(2) Steht die Leistungspflicht dem Grunde nach fest, kann der Anspruchsberechtigte Vorschüsse bis zu der Höhe des Betrages verlangen, den wir nach Lage der Sache mindestens zu zahlen haben werden.

(3) Steht unsere Leistungspflicht dem Grunde und der Höhe nach fest, ist die Leistung fällig.

(4) Die Fälligkeit unserer Leistung tritt ebenfalls ein, wenn der Anspruchsberechtigte nach Ablauf zweier Monate seit dem Begehren nach einer Geldleistung eine Erklärung von uns verlangt, aus welchen Gründen die Erhebungen noch nicht beendet werden konnten, und wir diesem Verlangen nicht binnen eines Monats entsprechen.

§ 8. Beiziehung der Ärztekommision

(1) Im Fall von Meinungsverschiedenheiten über Art und Umfang der Unfallfolgen oder darüber, in welchem Umfang die eingetretene Beeinträchtigung auf den Versicherungsfall zurückzuführen ist, oder über die Beeinflussung der Unfallfolgen durch Krankheit oder Gebrechen sowie im Falle des § 1 Z 2. Absatz (1), dauernde Invalidität, kann eine Ärztekommision mit bindender Wirkung entscheiden. Die Entscheidung der Ärztekommision kann im Sinne des § 184 VersVG gerichtlich überprüft werden. Die Entscheidung der Ärztekommision ist dann nicht verbindlich, wenn sie offenbar von der wirklichen Sachlage erheblich abweicht. Das Gleiche gilt, wenn die Sachverständigen die Feststellung nicht treffen können oder wollen oder sie verzögern.

(2) In den nach Absatz (1) der Ärztekommision zur Entscheidung vorbehaltenen Meinungsverschiedenheiten kann der Anspruchsberechtigte innerhalb von sechs Monaten nach Zugang unserer Mitteilung gemäß § 7 Absatz (1) Widerspruch erheben und mit Vorlage eines medizinischen Gutachtens unter Bekanntgabe seiner Forderung die Entscheidung der Ärztekommision beantragen; wenn der Widerspruch nicht innerhalb der Frist erfolgt, kann die Ärztekommision nicht mehr angerufen werden. Auf diese Rechtsfolge haben wir in unserer Mitteilung über die Entscheidung hinzuweisen.

(3) Das Recht, die Entscheidung der Ärztekommision zu beantragen, steht auch uns zu.

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

Die beiden Ärzte bestellen einvernehmlich vor Beginn ihrer Tätigkeit einen weiteren Arzt als Obmann, der für den Fall, dass sie sich nicht oder nur zum Teil einigen sollten, im Rahmen der durch die Gutachten der beiden Ärzte gegebenen Grenzen entscheidet.

Einigen sich die beiden Ärzte über die Person des Obmannes nicht, wird ein für den Versicherungsfall zuständiger medizinischer Sachverständiger durch die österreichische Ärztekammer als Obmann bestellt.

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

(6) Die Ärztekommision hat über ihre Tätigkeit ein Protokoll zu führen, in diesem ist die Entscheidung schriftlich zu begründen. Bei Nichteinigung hat jeder Arzt seine Auffassung im Protokoll darzustellen.

Ist eine Entscheidung durch den Obmann erforderlich, begründet auch er sie in einem Protokoll. Die Akten des Verfahrens werden von uns verwahrt.

ANHANG 509

Seite 5 von 5

(7) Beantragen wir die Entscheidung der Ärztekommision, so tragen wir deren Kosten allein. Beantragt der Anspruchsberechtigte die Entscheidung der Ärztekommision, haben wir dem Anspruchsberechtigten vor Aufnahme der Tätigkeit der Ärztekommision in geschriebener Form den Maximalbetrag der vom Anspruchsberechtigten zu tragenden Kosten mitzuteilen. Dieser Maximalbetrag ist von uns unter Bedachtnahme auf die zu erwartenden objektiv notwendigen Kosten der Ärztekommision zu bestimmen und darf nicht mehr als 5 % der für Tod und Invalidität zusammen versicherten Summe, höchstens jedoch 25 % des strittigen Betrages betragen. Die Ärztekommision wird nur dann tätig, wenn der Anspruchsberechtigte innerhalb von vier Wochen ab Erhalt der Mitteilung erklärt, mit dem ihm mitgeteilten Maximalbetrag einverstanden zu sein. Die endgültigen Kosten der Ärztekommision werden von ihr anhand der im Rahmen ihrer Tätigkeit angefallenen objektiv notwendigen Kosten festgesetzt und sind im Verhältnis des Obsiegens der beiden Parteien zu tragen, vom Anspruchsberechtigten jedoch maximal bis zur Höhe des ihm mitgeteilten Maximalbetrags. Bei Unverbindlichkeit der Entscheidung der Ärztekommision (siehe Abs. 1) tragen wir die Kosten der Ärztekommision.

§ 9. Kündigung der Zusatzversicherungen

- (1) Sie können Ihre Zusatzversicherungen kündigen
 - jederzeit mit Wirkung zum Schluss des laufenden Versicherungsjahres
 - innerhalb eines Versicherungsjahres mit dreimonatiger Frist mit Wirkung zum Monatsende, frühestens jedoch mit Wirkung zum Ende des ersten Versicherungsjahres.
- (2) Uns steht die bis zur Vertragsauflösung anteilige Prämie zu.
- (3) Es gibt keinen Rückkaufswert. Diese Zusatzversicherungen treten bei vorzeitiger Kündigung ohne Rückvergütungsanspruch außer Kraft.

§ 10. Prämienfreistellung

Eine Prämienfreistellung ist nicht möglich.

§ 11. Nachteile einer Kündigung

Bei Kündigung verlieren Sie mit Ablauf der Kündigungsfrist den wertvollen Versicherungsschutz.

§ 12. Vorauszahlungen

Eine Vorauszahlung ist nicht möglich.

§ 13. Verhältnis der Zusatzversicherungen zur Hauptversicherung

- (1) Zusatzversicherungen bilden mit der Versicherung, zu der sie abgeschlossen wurden (Hauptversicherung), eine Einheit. Sie können ohne die Hauptversicherung nicht fortgesetzt werden. Spätestens wenn der Versicherungsschutz aus der Hauptversicherung erlischt, so erlischt auch der Versicherungsschutz aus den Zusatzversicherungen.
- (2) Die Versicherungsdauer der Zusatzversicherung ist begrenzt durch die Prämienzahlungsdauer der Hauptversicherung, endet jedoch spätestens mit Erreichen des 75. Lebensjahres der versicherten Person. Die Prämienzahlungsdauer der Zusatzversicherung entspricht der Versicherungsdauer der Zusatzversicherung.
- (3) Bei Umwandlung der Hauptversicherung in eine prämienfreie Versicherung erlöschen die Zusatzversicherungen ohne weitere Leistung.
- (4) Lebt aus irgendeinem Grund die erloschene oder prämienfreigestellte Hauptversicherung wieder auf und treten die Zusatzversicherungen wieder in Kraft, so können Ansprüche aus den Zusatzversicherungen nicht auf Grund solcher Ursachen geltend gemacht werden, die während der Unterbrechung des Versicherungsschutzes eingetreten sind.
- (5) Zusatzprämien für Vorauszahlungen fallen nicht unter den Leistungsanspruch aus diesen Zusatzversicherungen.
- (6) Soweit in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die Versicherungsbedingungen für die Hauptversicherung sinngemäß Anwendung.