

ALLGEMEINE BEDINGUNGEN FÜR DIE UNFALL- UND FLUGGAST-UNFALL-VERSICHERUNG (U/FLUG 1975)

I. Der Versicherungsschutz (Art. 1-6)

Artikel 1.

Gegenstand der Versicherung.

1. Versicherungsleistungen werden nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen im Rahmen der versicherten Beträge erbracht, wenn dem Versicherten während der Wirksamkeit des Versicherungsschutzes ein Unfall zustößt.

2. Der Versicherungsschutz erstreckt sich auch auf Unfälle, die der Versicherte als Fluggast eines zum zivilen Luftverkehr zugelassenen Motor- oder Strahlflugzeuges oder als ziviler Fluggast eines Militärflugzeuges, das zur Personenbeförderung eingesetzt ist, erleidet.

Artikel 2.

Begriff des Unfalles.

1. Als Unfall im Sinne des Vertrages gilt jedes vom Willen des Versicherten unabhängige Ereignis, das, plötzlich von außen mechanisch oder chemisch auf seinen Körper einwirkend, eine körperliche Schädigung oder den Tod des Versicherten nach sich zieht.

2. Als Unfälle gelten auch folgende, vom Willen des Versicherten unabhängige Ereignisse:

- a) das Ertrinken;
 - b) Verrenkungen, Zerrungen und Zerreißen - jedoch nicht der inneren Organe und Gefäße - infolge plötzlicher ungewohnter Kraftanstrengung (siehe auch: Art. 3, Z. II Pkt. 8);
 - c) Tod oder körperliche Schädigungen durch Verbrennungen, Blitzschlag oder elektrischen Strom;
 - d) Wundinfektionen infolge einer Unfallverletzung;
 - e) aa) Einatmen von Gasen oder Dämpfen;
 - bb) Vergiftungen oder Verätzungen infolge Einnehmens von giftigen oder ätzenden Stoffen,
- es sei denn, daß diese Einwirkungen allmählich erfolgen siehe auch den Ausschluß von Berufs- und Gewerbekrankheiten unter Pkt. 3, lit. a) oder, daß es sich um körperliche Schädigungen durch Einnehmen von Arznei-, Nahrungs- oder Genußmitteln handelt.

3. Als Unfälle gelten nicht:

- a) Krankheiten aller Art, insbesondere Berufs- und Gewerbekrankheiten, Malaria, Flecktyphus und sonstige übertragbare Krankheiten;
- b) körperliche Schädigungen infolge der Einflüsse von Strahlen aller Art, es sei denn, daß der Versicherte diesen Einflüssen bei der ärztlichen Behandlung von Folgen eines Versicherungsfalles ausgesetzt war;
- c) körperliche Schädigungen infolge der Einflüsse von Licht, Temperatur und Witterung, es sei denn, daß der Versicherte diesen Einflüssen oder Einwirkungen durch einen Versicherungsfall oder bei der ärztlichen Behandlung von Folgen eines Versicherungsfalles ausgesetzt war.

Artikel 3.

Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes.

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

Werden somit

- a) die Unfallsfolgen 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;
- b) 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 Unfallsfolgen ein bestehendes organisches Leiden verschlimmert, so wird eine Versicherungsleistung nur im Ausmaße der Steigerung des Invaliditätsgrades erbracht.

2. 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.

II. Ausgeschlossen von der Versicherung sind

1. a) 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;
- b) Unfälle im Zusammenhang mit Aufruf, Aufstand, Aufruhr, öffentlicher Gewalttätigkeit, wenn der Versicherte bei diesen Ereignissen auf seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;
2. Unfälle, die der Versicherte bei der Begehung gerichtlich strafbarer Handlungen erleidet, für die böser Vorsatz Tatbestandsmerkmal ist;
3. 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;
4. Unfälle bei der Benützung von Luftfahrzeugen, soweit sie nicht unter die Bestimmungen des Art. 1 fallen, ferner bei der Benützung von Luftfahrtgeräten und bei Fallschirmabsprüngen,
5. Unfälle, die durch einen Herzinfarkt herbeigeführt wurden; ferner gilt ein Herzinfarkt in keinem Falle als Unfallsfolge;
6. Unfälle infolge von Schlaganfällen, 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;
7. 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;
8. 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;
9. als Unfallsfolgen: Krampfadern, Darmverschließungen, Blinddarmentzündungen, gleichgültig, ob die vorgenannten Krankheiten durch den Unfall herbeigeführt oder verschlimmert worden sind.

Artikel 4.

Örtliche Geltung.

Der Versicherungsschutz gilt für die ganze Erde.

Artikel 5.

Nicht versicherungsfähige Personen.

Versicherungsunfähig und trotz Prämienzahlung nicht versichert sind

- a) Personen, die von Epilepsie oder schwerem Nervenleiden befallen sind, ferner Geistesranke, Blinde, Taube, Gelähmte und solche Personen, die nach den Bestimmungen des Art. 10 mehr als 70% dauernd invalid sind,
- b) Kinder bis zur Vollendung des 2. Lebensjahres.

Artikel 6.

Gefahränderung.

1. Veränderungen des im Antrag angegebenen Berufes oder der im Antrag angegebenen Beschäftigung des Versicherten sind unverzüglich anzuzeigen. Einberufungen zu einer kurzfristigen militärischen Reserveübung gelten nicht als Gefahrerhöhung. Solche Veränderungen sind ohne Einfluß auf den Fortbestand der Versicherung, sofern der Versicherer für den neuen Beruf (Beschäftigung) überhaupt Versicherungsschutz gewährt.

a) Ergibt sich dadurch nach dem zur Zeit der Veränderung gültigen Tarif des Versicherers eine niedrigere Prämie, so ist nach Ablauf eines Monats vom Zugang der Anzeige an nur diese zu zahlen.

b) Ergibt sich jedoch eine höhere Prämie, so wird auf die Dauer von drei Monaten von dem Zeitpunkt an, an welchem dem Versicherer die Anzeige hätte zugehen müssen, auch für die erhöhte Gefahr der volle Versicherungsschutz gewährt. Tritt ein Versicherungsfall nach dem Ablauf der drei Monate ein, ohne daß inzwischen eine Einigung über die Mehrprämie erzielt worden wäre, so werden die Leistungen des Versicherers in der Weise bemessen, daß dem Verträge als Versicherungssummen jene Beträge zugrunde gelegt werden, welche sich nach den für die erhöhte Gefahr erforderlichen Prämienätzen auf Grund der tatsächlich in der Police berechneten Prämien ergeben.

2. Eine Verschlechterung in den Gesundheitsverhältnissen des Versicherten ist, sofern nicht Versicherungsunfähigkeit gemäß Artikel 5 vorliegt, auf den Fortbestand des Versicherungsvertrages ohne Einfluß.

II. Der Versicherungsfall (Art. 7-14)

Artikel 7.

Pflichten nach Eintritt eines Unfalles.

Nach Eintritt eines Unfalles haben der Versicherungsnehmer, die Versicherten und sonstigen Personen, die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrage geltend machen können, folgende Pflichten zu erfüllen:

1. Der Unfall ist dem Versicherer unverzüglich schriftlich anzuzeigen.

2. Ein Todesfall ist dem Versicherer innerhalb 24 Stunden telegraphisch anzuzeigen, und zwar auch dann, wenn der Unfall bereits angemeldet ist. Der Versicherer hat das Recht, die Leiche durch Ärzte besichtigen, nötigenfalls exhumieren und auch öffnen zu lassen.

3. Nach dem Unfall ist unverzüglich ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen und die ärztliche Behandlung bis zum Abschlusse des Heilverfahrens regelmäßig fortzusetzen; ebenso ist für eine angemessene Krankenpflege, sowie überhaupt nach Möglichkeit für die Abwendung und Minderung der Unfallfolgen zu sorgen.

4. Nach Erhalt des Formulars für Unfallanzeigen ist dieses ohne Verzug dem Versicherer sorgfältig ausgefüllt zuzusenden; außerdem sind dem Versicherer alle verlangten sachdienlichen Auskünfte zu erteilen.

5. Der behandelnde Arzt sowie diejenigen Ärzte, von denen der Versicherte aus anderen Anlässen behandelt oder untersucht worden ist, sind zu ermächtigen und zu veranlassen, die vom Versicherer geforderten Auskünfte zu erteilen und Berichte zu liefern. Ist der Unfall einem Sozialversicherer gemeldet, so ist auch dieser im vorstehenden Sinne zu ermächtigen.

6. Der Versicherer kann verlangen, daß sich der Versicherte durch die vom Versicherer bezeichneter Ärzte untersuchen läßt.

7. Ist auch Spitalgeld und Genesungsgeld versichert, so ist dem Versicherer, wenn der Versicherte in ein Spital (Art. 8, Z. V) 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. Die Bescheinigung soll an den Versicherer adressiert sein.

8. Im Falle der Mitversicherung von Heil-, Bergungs- und Rückholkosten sind dem Versicherer die Originalbelege zu überlassen.

Artikel 8.

Leistungen des Versicherers.

I. 1. Tritt innerhalb eines Jahres vom Unfalltage an gerechnet der T o d als Folge des Unfalles ein, so erfolgt die Leistung des Versicherers auf Grund der für den Todesfall versicherten Summe.

2. Auf die Todesfallleistung werden nur Zahlungen, die für dauernde Invalidität aus demselben Ereignis erbracht worden sind, angerechnet. Einen Mehrbetrag an Leistung für dauernde Invalidität kann der Versicherer nicht zurückverlangen.

II. 1. Ergibt sich innerhalb eines Jahres vom Unfalltage an gerechnet, daß eine dauernde Invalidität zurückbleibt, so ist

a) entweder aus der hierfür versicherten Summe die dem Grade der Invalidität entsprechende Versicherungsleistung (vergleiche Art. 10) zu erbringen oder

b) ist der Versicherer berechtigt, den Grad der Invalidität, soweit er nicht nach Art. 10, Pkt. 1, eindeutig feststeht, bis längstens vier Jahre vom Unfalltage an jährlich neu feststellen zu lassen (Art. 12, Pkt. 3); nach zwei Jahren vom Unfalltage an muß diese Feststellung durch ein Gutachten der Ärztekommision erfolgen (Art. 14), dessen Kosten der Versicherer trägt. Stirbt der Versicherte, ohne daß der Tod eine Leistung des Versicherers gemäß Z. I, Pkt. 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.

III. T a g g e l d wird im Falle einer dauernden oder vorübergehenden Invalidität, im Rahmen des hierfür versicherten Betrages, abgestuft nach dem Grade der Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit des Versicherten in seinem angegebenen Beruf für die Dauer der ärztlichen Heilbehandlung mit der Maßgabe bezahlt, daß die Taggeldzahlungen spätestens mit dem auf den Unfalltag folgenden 365. Tag enden.

IV. Bis zur Höhe der hierfür vorgesehenen Versicherungssumme werden für jeden Versicherungsfall ersetzt:

1. Heilkosten:

a) Aufgewendete Heilkosten, die innerhalb eines Jahres nach dem Unfälle zur Behebung seiner Folgen nach ärztlicher Verordnung notwendig waren; hiezu zählen auch die notwendigen Kosten des Krankentransportes, des Aufenthaltes und der Verpflegung in einer Heilanstalt, der erstmaligen Anschaffung künstlicher Gliedmaßen und eines Zahnersatzes sowie anderweitiger nach dem ärztlichen Ermessen erforderlicher erstmaliger Anschaffungen.

Die Kosten für Bade-, Erholungsreisen und -aufenthalte, ferner der Reparatur oder der Wiederbeschaffung eines Zahnersatzes, künstlicher Gliedmaßen oder sonstiger künstlicher Behelfe werden nicht ersetzt.

b) Insoweit Heilkosten von einem Sozial- oder Privatversicherer (z.B. auf Grund einer Krankenversicherung oder weiteren Unfallversicherung) beansprucht und geleistet werden, erfolgt auf Grund dieser Unfallversicherung kein Ersatz. Der Leistungsanspruch ist insgesamt mit dem Betrage begrenzt, der tatsächlich für Heilkosten aufgewendet worden ist.

2. Bergungskosten:

Bergungskosten, die notwendig werden, wenn der Versicherte a) durch Unfall oder infolge Berg- oder Wassernot den Tod erleidet und seine Bergung erfolgen muß.

b) einen Unfall erlitten hat oder in Berg- oder Wassernot geraten ist, verletzt oder unverletzt geborgen werden muß.

Bergungskosten sind die nachgewiesenen Kosten des Suchens nach dem Versicherten und seines Transportes bis zur nächsten befahrbaren Straße.

3. Rückholkosten:

Die nachgewiesenen Kosten des Transportes 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.

Ist als Folge des Unfalles der Tod des Versicherten eingetreten, werden die Kosten des Leichentransportes vom Ort, an dem der Versicherte gestorben ist, bis zu dem seinem Wohnort nächstgelegenen Friedhof ersetzt. Keinesfalls fallen jedoch die Kosten des Begräbnisses unter die Versicherung. Rückholkosten werden nur insoweit ersetzt, als sie innerhalb eines Jahres nach dem Unfall entstehen.

V. S p i t a l g e l d wird neben den sonstigen versicherten Leistungen für einen Spitalaufenthalt, der durch einen U n f a l l innerhalb eines Jahres nach seinem Eintritt unbedingt notwendig ist, für die nachgewiesene Dauer des Spitalaufenthaltes mit der Maßgabe bezahlt, daß die Spitalgeldzahlungen spätestens mit dem auf den Unfalltag folgenden 365. Tag enden.

Als Spitäler im Sinne der Versicherungsbedingungen gelten:

a) Unfallkrankenhäuser und öffentliche Krankenanstalten und deren Sonderstationen für Unfallverletzte,

b) sonstige Krankenanstalten und Sanatorien sowie Gemeindespitäler, die sanitätsbehördlich genehmigt sind, unter ärztlicher Leitung und Betreuung stehen und sich nicht auf die Anwendung bestimmter Behandlungsmethoden beschränken,

- c) **Werkspitaler und Krankenreviere der Exekutive.**
Nicht als Spitaler im Sinne dieser Bedingungen gelten daher z.B. Heil- und Pflegeanstalten für Lungenkranke sowie für unheilbar chronisch Erkrankte, Erholungs- und Genesungsheime, Altersheime und deren Krankenabteilungen sowie Kuranstalten, ferner private Heil- und Pflegeanstalten für Nerven- und Geistesranke.
- VI. **G e n e s u n g s g e l d** wird im Anschluß an den Spitalaufenthalt für die gleiche Anzahl von Tagen für die das Spitalgeld (Art. 8, Z. V) gezahlt wird, höchstens jedoch für 100 Tage in folgender Höhe gewährt:

Für den 1.	bis 10.	Tag	100	v.H.
für den 11.	bis 20.	Tag	50	v.H.
für den 21.	bis 100.	Tag	25	v.H.

des versicherten Spitalgeldes.

Mehrere stationäre Spitalaufenthalte wegen desselben Unfalles werden wie ein ununterbrochener Spitalaufenthalt gewertet.

Artikel 9.

Nebenleistungen.

Neben den in Art. 8 angeführten Leistungen übernimmt der Versicherer

- alle notwendigen Kosten, die durch die Erfüllung der in Art. 7, Pkt. 6, angeführten Pflichten entstehen;
- die Kosten der sonst vom Versicherer befragten Ärzte (siehe jedoch Art. 14, Pkt. 6);
- die Gebühren für die zur Begründung des Versicherungsanspruches erforderlichen Zeugnisse bis zu 1/2% der Versicherungssumme für Tod und dauernde Invalidität zusammen;
- die Kosten der von ihm angeordneten Besichtigung, Exhumierung und Öffnung der Leiche.

Artikel 10.

Feststellung des Grades der dauernden Invalidität

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

2. 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 Punkt 1 für den Verlust der Sehkraft beider Augen oder der für den völligen Verlust des Gehores beider Ohren festgelegten höchsten Invaliditatsgrenze die Grundlage für die Bemessung der Leistung für das einzelne Sinnesorgan.

3. 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 aea

(Beschäftigung) zu erzielen, der seinen Kräften und Fähigkeiten entspricht und ihm unter billiger Berücksichtigung seiner Ausbildung und seines bisherigen Berufes zugemutet werden kann.

4. Bei dem Verluste oder der Gebrauchsunfähigkeit von mehreren der vorgenannten Glieder oder Sinnesorgane bzw. bei Vorliegen eines nach Pkt. 3 festgestellten Invaliditätsgrades werden die sich ergebenden Prozentsätze zusammengerechnet, wobei jedoch nie mehr als 100% insgesamt geleistet werden.

5. Beträgt der gemäß den Punkten 1 bis 4 festgestellte Invaliditätsgrad mehr als 50%, dann wird für den 50% übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die doppelte Leistung erbracht.

Artikel 11.

Feststellung und Form der Leistung des Versicherers

I. Der Versicherer ist verpflichtet, bei Ansprüchen auf Todesfalleistung, Taggeld, Heil-, Bergungs- und Rückholkosten, Spitalgeld oder Genesungsgeld innerhalb eines Monats, bei Ansprüchen auf Leistung für dauernde Invalidität innerhalb dreier Monate zu erklären, ob und inwieweit er eine Leistungspflicht anerkennt. Die Fristen beginnen mit dem Eingang der Unterlagen, die der Anspruchserhebende zur Feststellung des Unfallherganges und der Unfallfolgen und über den Abschluß des Heilverfahrens beizubringen hat, bei der Spitalgeldversicherung mit dem Zeitpunkte des Einganges der beizubringenden Aufenthaltsbescheinigung oder ersten Zwischenbescheinigung.

II. Die Leistung des Versicherers erfolgt im Todesfall in Form der Kapitalzahlung. Das gleiche gilt im Falle der dauernden Invalidität; wenn jedoch im Invaliditatsfalle

- der Versicherte innerhalb von 8 Tagen nach endgültiger Anerkennung der Leistungspflicht dem Versicherer schriftlich bekanntgibt, daß er die Erbringung der Leistung in Form einer Rente wünscht, oder
- der Versicherte am Unfalltag bereits das 70. Lebensjahr vollendet hat, oder
- die dauernde Invalidität in einer nervösen Erkrankung oder Geisteskrankheit besteht (siehe auch Art. 3, Z. I, Pkt. 2), tritt an Stelle der Kapitalzahlung eine nach der beigedruckten Rententafel unter Zugrundelegung des vom Versicherten am Unfalltage vollendeten Lebensjahres zu bemessende Rente.

Als kapitalmäßige Bemessungsgrundlage der Rente dient jener Betrag, der bei einer Kapitalzahlung vom Versicherer als Versicherungsleistung zu erbringen wäre.

Die Rentenleistung beginnt gemäß Art. 12, Punkt 1, und erfolgt jeweils für einen Kalendermonat im voraus. Sie endet mit Ende des Kalendermonates, in welches das Ableben des Versicherten fällt.

Artikel 12.

Fähigkeit der Leistung des Versicherers.

1. Ist die Leistung des Versicheres dem Grunde und der Höhe nach feststehend, so ist sie - vom Spitalgeld abgesehen - nach zwei Wochen fällig.

2. Steht die Leistungspflicht dem Grunde nach fest, so kann der Versicherungsnehmer nach dem Ablauf eines Monats in Anrechnung auf die Gesamtforderung Abschlagszahlungen bis zu der Höhe des Betrages verlangen, den der Versicherer nach Lage der Sache auf Grund von vorgelegten Bescheinigungen mindestens zu bezahlen haben wird.

3. Macht der Versicherer von seinem Recht gemäß Art. 8, Z. II, Pkt. 1, lit. b) Gebrauch, so hat er von jener noch ausstehenden Leistung, die dem vorläufig festgestellten Grade der Invalidität entspricht, jährlich im vorhinein 4% Zinsen zu bezahlen.

4. Für Rentenleistungen gelten außerdem die Bestimmungen des Art. 11, Z. II.

5. Spitalgeld wird, wenn die Leistungspflicht des Versicherers feststeht, bei länger als einen Monat dauerndem Spitalaufenthalt auf Grund vorgelegter Bescheinigungen unverzüglich geleistet.

Artikel 13.

Verwirkung der Leistung.

Die Verletzung einer der dem Versicherer gegenüber nach Art. 7 zu erfüllenden Pflichten hat den Verlust des Rechtes auf die Leistung des Versicherers zur Folge, es sei denn, daß die Verletzung weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruht. Bei grober Fahrlässigkeit bleibt der Versicherer zur Leistung insoweit verpflichtet, als die Verletzung weder Einfluß auf die Feststellung des Versicherungsfalles noch auf die Feststellung oder den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung gehabt hat.

Artikel 14.

Ärztke Kommission.

1. Im Falle von Meinungsverschiedenheiten über Art und Umfang der Unfallsfolgen oder darüber, in welchem Umfange der eingetretene Schaden auf den Versicherungsfall zurückzuführen ist, ferner über die Beeinflussung der Unfallsfolgen durch Krankheit oder Gebrechen entscheidet die Ärztekommision. Die Feststellung, die die Ärztekommision im Rahmen ihrer Zuständigkeit trifft, ist verbindlich, wenn nicht nachgewiesen wird, daß sie offenbar von der wirklichen Sachlage erheblich abweicht.

2. In den nach Pkt. 1 der Ärztekommision vorbehaltenen Streitfällen hat der Versicherungsnehmer innerhalb von sechs Monaten, nachdem ihm die Erklärung des Versicherers gemäß Art. 11, Z. I, zugegangen ist, unter Bekanntgabe seiner Forderung Widerspruch zu erheben und die Entscheidung der Ärztekommision zu beantragen; andernfalls sind weitergehende Ansprüche, als sie vom Versicherer anerkannt sind, ausgeschlossen. Auf diese Rechtsfolgen hat der Versicherer in seiner Erklärung hinzuweisen.

Das Recht, die Entscheidung der Ärztekommision zu beantragen, steht auch dem Versicherer zu.

3. Für die Ärztekommision werden regelmäßig zwei Ärzte bestimmt, von denen jede Partei einen der anderen Partei mittels eingeschriebenen Briefes namhaft zu machen hat. Wenn eine Partei innerhalb von 14 Tagen ab Zustellung keinen Arzt benennt, wird dieser auf Antrag einer Partei von der für den Wohnsitz des Versicherten zuständigen Landesärztekammer 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 auf Grund der Versicherungsbedingungen entscheidet.

Wenn sich die beiden Ärzte über die Wahl des Obmannes nicht einigen, erfolgt dessen Bestellung auf Antrag einer Partei durch die für den Wohnsitz des Versicherten zuständige Landesärztekammer.

Wenn ein bestellter Arzt oder der bestellte Obmann die Annahme der Bestellung ablehnt oder die Erfüllung seiner Pflichten verweigert oder ungebührlich verzögert oder aus sonstigen Gründen ausfällt, so hat die Bestellung eines entsprechenden Ersatzmannes unter sinngemäßer Anwendung der Bestimmungen des ersten bzw. zweiten Absatzes zu erfolgen.

4. Der Versicherte ist verpflichtet, sich von den Mitgliedern der Ärztekommision untersuchen zu lassen und sich jenen Maßnahmen zu unterziehen, die diese Kommission für notwendig hält. Die Ärztekommision hat die Parteien zu hören.

5. Die Ärztekommision hat über ihre Tätigkeit ein Protokoll zu führen; in diesem ist die Entscheidung schriftlich zu begründen. Soweit sich die Mitglieder nicht einigen, hat jeder seine Auffassung im Protokoll gesondert niederzulegen. Ist eine Entscheidung durch den Obmann erforderlich, dann legt auch er sie in einem Protokoll nieder. Die Akten dieses Verfahrens werden vom Versicherer verwahrt.

6. Die Kosten der Ärztekommision werden von ihr festgesetzt und sind im Verhältnis des Obsiegens von den Parteien zu tragen, wobei der Anteil der Kosten, die der Versicherungsnehmer zu tragen hat, mit 1% der für Tod und Invalidität zusammen versicherten Summe - höchstens jedoch mit 25% des Streitwertes - beschränkt wird.

III. Das Versicherungsverhältnis (Art. 15-19)

Artikel 15.

Rechtsverhältnis Dritter.

1. Die Unfallversicherung kann gegen Unfälle, die dem Versicherungsnehmer, oder gegen Unfälle, die einem anderen zustoßen, genommen werden.

2. Eine Versicherung gegen Unfälle, die einem anderen zustoßen, gilt im Zweifel als für Rechnung des anderen genommen. Die Vorschriften der §§ 75 bis 79 VersVG. (siehe Anhang) finden entsprechende Anwendung.

3. Wird eine Versicherung gegen Unfälle, die einem anderen zustoßen, von dem Versicherungsnehmer, für eigene Rechnung genommen, so ist zur Gültigkeit des Vertrages die schriftliche Einwilligung 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 Einwilligung nicht vertreten.

4. Soweit im Falle des Abs. 3 die Kenntnis und das Verhalten des Versicherungsnehmers nach den Vorschriften des VersVG. von rechtlicher Bedeutung ist, kommt auch die Kenntnis und das Verhalten des anderen in Betracht.

Artikel 16.

Versicherungsperiode, Prämie, Beginn des Versicherungsschutzes.

I. Als Versicherungsperiode gilt, wenn der Versicherungsvertrag nicht für eine kürzere Zeit abgeschlossen ist, der Zeitraum eines Jahres.

II. 1. Der Versicherungsnehmer hat die erste oder einmalige Prämie einschließlich Nebengebühren bei Aushändigung der Police zu bezahlen. Der Versicherungsschutz beginnt mit dieser Zahlung, jedoch nicht vor dem in der Police festgesetzten Zeitpunkte. Wird die Police nach diesem Zeitpunkte ausgehändigt, die Prämie sodann aber unverzüglich bezahlt, so beginnt der Versicherungsschutz zu dem festgesetzten Zeitpunkte.

2. Folgeprämien einschließlich Nebengebühren sind zu dem in der Police festgesetzten Zeitpunkte zu entrichten.

3. Für die Folgen nicht rechtzeitiger Prämienzahlung gelten die §§ 38, 39 VersVG. (siehe Anhang). Die gerichtliche Geltendmachung des Anspruchs auf rückständige Folgeprämien samt Kosten darf nur innerhalb eines Jahres seit Ablauf der nach § 39 VersVG. gesetzten Zahlungsfrist erfolgen.

III. Kündigt der Versicherungsnehmer gemäß Art. 17, Z. II, Art. 1, so gebührt dem Versicherer gleichwohl die Prämie für die laufende Versicherungsperiode, kündigt der Versicherer gemäß dieser Bestimmung, so gebührt ihm nur derjenige Teil der Prämie, welcher der abgelaufenen Versicherungszeit entspricht.

IV. Erlischt der Vertrag, weil der Versicherte gestorben oder gemäß Art. 17, Z. III, weil er versicherungsunfähig geworden ist, so gebührt dem Versicherer, wenn der Tod oder die Versicherungsunfähigkeit auf einen Versicherungsfall zurückzuführen ist, die Prämie für die laufende Versicherungsperiode, ansonsten die Prämie, die er hätte erheben können, wenn die Versicherung nur bis zu dem Zeitpunkte beantragt worden wäre, in welchem er von dem Erlöschungsgrunde Kenntnis erlangt hat.

V. 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, während dessen er tatsächlich bestanden hat. Wird der Versicherungsvertrag gemäß Art. 17, Z. II, gekündigt oder endigt der Versicherungsvertrag vorzeitig, weil der Versicherte versicherungsunfähig geworden oder gestorben ist, so kann eine solche Nachzahlung nicht gefordert werden.

Artikel 17.

Vertragsdauer, Kündigung.

I. Der Vertrag ist zunächst auf die in der Police festgesetzte Zeit abgeschlossen. Beträgt diese mindestens ein Jahr, so gilt der Versicherungsvertrag jedesmal als um ein Jahr verlängert, wenn er nicht mindestens drei Monate vor Ablauf der Vertragszeit von einem der Vertragsteile mittels eingeschriebenen Briefes gekündigt worden ist.

II. 1. Nach Eintritt des Versicherungsfalles kann

a) der Versicherungsnehmer kündigen, wenn der Versicherer die Anerkennung eines begründeten Versicherungsanspruches ganz oder teilweise verweigert oder verzögert hat. Die Kündigung kann nur innerhalb eines Monats nach Ablehnung der Versicherungsleistung, im Falle eines Rechtsstreites über diese auch innerhalb eines Monats nach Rechtskraft des Urteiles erfolgen; im Falle der Verzögerung der Anerkennung muß die Kündigung innerhalb eines Monats nach Fälligkeit der Versicherungsleistung ausgesprochen werden.

Hat der Versicherungsnehmer bei Verzögerung der Anerkennung des begründeten Versicherungsanspruches nicht innerhalb eines Monats nach Fälligkeit der Versicherungsleistung gekündigt und erfolgt nachher eine Ablehnung der Versicherungsleistung durch den Versicherer, so kann der Versicherungsnehmer noch innerhalb eines Monats nach dieser Ablehnung kündigen.

Die Kündigung kann spätestens für den Zeitpunkt des Ablaufes der laufenden Versicherungsperiode erfolgen;

b) der Versicherer kündigen, wenn er eine Versicherungsleistung erbracht hat oder der Versicherungsnehmer einen unbegründeten Leistungsanspruch arglistig erhoben hat. Die Kündigung muß innerhalb eines Monats nach erbrachter Leistung oder Ablehnung des unbegründeten Versicherungsanspruches erklärt werden. Bei Kündigung nach erbrachter Leistung ist eine Kündigungsfrist von mindestens einem Monat einzuhalten; die Kündigung wegen arglistiger Erhebung eines unbegründeten Versicherungsanspruches kann mit sofortiger Wirkung erfolgen.

2. Die Abrechnung der Prämie im Falle einer Kündigung nach Pkt. 1 erfolgt nach Art. 16, Z. III.

III. Der Vertrag endet ohne Kündigung und trotz Prämienzahlung mit sofortiger Wirkung, sobald der Versicherte versicherungsunfähig im Sinne des Art. 5 geworden ist.

Artikel 18.

Klagefrist.

Wenn der Anspruch auf die Leistung nicht innerhalb einer Frist von sechs Monaten gerichtlich geltend gemacht wird, nachdem der Versicherer ihn unter Angabe der mit dem Ablauf der Frist verbundenen Rechtsfolge dem Versicherungsnehmer oder Bezugsberechtigten gegenüber schriftlich abgelehnt hat, ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei. Falls eine Entscheidung der Ärztekommision beantragt wird, endet die Frist erst einen Monat nach dieser Entscheidung.

Artikel 19.

Schriftliche Form der Erklärungen.

Sämtliche für den Versicherer bestimmte Anzeigen und Erklärungen müssen schriftlich an die Direktion des Versicherers erfolgen. Die Agenten sind zu deren Entgegennahme nicht berechtigt. Bei Todesfällen gilt Art. 7, Pkt. 2.

Rententafel

auf Grund der österreichischen Sterbetafel MÖ 1930/33 und eines Zinsfußes von jährlich 3% (Art. 11, Z. II).

Jahresbetrag der monatlich im voraus zahlbaren **l e b e n s l a n g e n** Rente für eine kapitalmäßige Berechnungsgrundlage von EUR 1000,--.

Alter	Jahres- rente EUR	Alter	Jahres- rente EUR	Alter	Jahres- rente EUR	Alter	Jahres- rente EUR	Alter	Jahres- rente EUR	Alter	Jahres- rente EUR	Alter	Jahres- rente EUR	Alter	Jahres- rente EUR
0	41,78	10	38,55	20	41,97	30	46,67	40	54,33	50	67,30	60	90,62	70	137,17
1	37,37	11	38,83	21	42,35	31	47,28	41	55,33	51	69,05	61	93,92	71	144,15
2	37,15	12	39,14	22	42,74	32	47,92	42	56,39	52	70,89	62	97,45	72	151,70
3	37,19	13	39,47	23	43,14	33	48,59	43	57,51	53	72,84	63	101,21	73	159,82
4	37,31	14	39,82	24	43,57	34	49,29	44	58,69	54	74,92	64	105,25	74	168,58
5	37,46	15	40,17	25	44,02	35	50,03	45	59,93	55	77,12	65	109,59	75	177,94
6	37,64	16	40,53	26	44,49	36	50,80	46	61,24	56	79,47	66	114,26	76	188,01
7	37,83	17	40,89	27	45,--	37	51,61	47	62,63	57	81,99	67	119,30	77	198,85
8	38,04	18	41,24	28	45,53	38	52,47	48	64,10	58	84,67	68	124,78	78	210,48
9	38,28	19	41,60	29	46,08	39	53,37	49	65,66	59	87,54	69	130,72	79	223,06
														80	236,57

Zusatzbedingungen für die Kinderunfallversicherung

I. Solange ein Versicherter das 15. Lebensjahr nicht vollendet hat, gelten neben den Allgemeinen Bedingungen für die Unfall- und Fluggastversicherung (U FLUG 1975) in deren teilweiser Abänderung und Ergänzung diese Zusatzbedingungen.

II. Art. 7, U FLUG 1975 wird dahin ergänzt, daß der Versicherungsnehmer, wenn sich der Versicherte nicht in seiner Obsorge befindet, verpflichtet ist, dafür zu sorgen, daß alle in diesem Artikel übernommenen Verpflichtungen von den Personen erfüllt werden, in deren Obsorge sich der Versicherte befindet und denen die Ausübung dieser Verpflichtungen an Stelle des Versicherungsnehmers zumutbar ist. Art. 13, U FLUG 1975 findet auch auf diese Verpflichtungen des Versicherungsnehmers Anwendung.

III. Im Falle des Todes als Unfallsfolge (Art. 8, Z. I. Pkt. 1, U FLUG 1975), werden die aufgewendeten angemessenen Begräbniskosten innerhalb der versicherten Summe ersetzt.

IV. Art. 10, U FLUG 1975 wird durch folgenden Punkt (6) ergänzt:

6. Wenn und insoweit der Invaliditätsgrad endgültig feststeht, hat der Versicherer die polizzenmäßige Leistung zu erbringen. In allen anderen Fällen gelten die Bestimmungen des Art. 8, Z. II, Pkt. 1, lit. b), U/FLUG 1975 mit der Änderung, daß die Ärztekommision nur über Verlangen eines Vertragsteiles angerufen wird.

V. Bei einem Versicherungsvertrag von dem nur Personen erfaßt werden, die das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, treten die Bestimmungen des Art. 17, Z. I. U FLUG 1975 außer Kraft.

Zusatzbedingungen für die Erweiterung des Versicherungsschutzes auf die Folgen der Kinderlähmung (KLVB 1975)

Artikel 1.

Gegenstand der Versicherung.

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auch auf die Folgen der Erkrankung des Versicherten an Kinderlähmung (Poliomyelitis), sofern die Krankheit frühestens 15 Tage nach Beginn und spätestens 15 Tage nach Erlöschen der Versicherung zum Ausbruch kommt.

Versicherungsschutz wird für die im ersten Absatz genannte Erkrankung im Rahmen der vertraglich vereinbarten Versicherungssummen, höchstens jedoch bis zu folgenden Beträgen gewährt:

EUR 14.534,57	für den Todesfall, bei Versicherten bis zum 15. Lebensjahr jedoch begrenzt mit den aufgewendeten Begräbniskosten,
EUR 14.534,57	für dauernde Invalidität (hievon 50% für Wiedergenesungsbeitrag, 50% für Kapitalabfertigung),
EUR 1.453,46	für Heil- und Rückholkosten.

Taggeld, Spitalgeld, Genesungsgeld und Bergungskosten gelten für dieses Risiko nicht mitversichert.

Artikel 2.

Begriff des Versicherungsfalles.

Ein Versicherungsfall liegt vor, wenn ärztlich festgestellt ist, daß der Versicherte an Kinderlähmung erkrankt ist. Als Krankheitsbeginn gilt der Tag, an dem erstmals ein Arzt wegen der als Kinderlähmung diagnostizierten Krankheit zu Rate gezogen wurde.

Artikel 3.

Versicherungsleistungen.

- Falls voraussichtlich vollständige Dauerinvalidität gegeben ist, wird vom Versicherer ein Wiedergenesungsbeitrag gemäß Art. 1 vergütet. Die Leistung erfolgt längstens durch fünf Jahre, und zwar in Form einer Rente in der Höhe von jährlich 20% des Wiedergenesungsbeitrages (d.i. von 50% der Versicherungssumme für Dauerinvalidität), zahlbar in Halbjahresraten. Im Falle von teilweiser Invalidität wird der dem jeweiligen Invaliditätsgrad entsprechende Teil des für vollständige Invalidität zu leistenden Wiedergenesungsbeitrages bezahlt. Die Leistung des Wiedergenesungsbeitrages kann erstmals frühestens drei Monate nach Krankheitsbeginn beansprucht werden und endet mit dem Zeitpunkt der Wiedergenesung des Versicherten, spätestens jedoch fünf Jahre nach Zahlung der ersten Rate.
- Sobald der Grad der Dauerinvalidität endgültig feststellbar ist, spätestens nach Ablauf der fünf Jahre, gelangt der dem Grad der festgestellten Dauerinvalidität entsprechende Teil der gemäß Art. 1 vorgesehenen Kapitalabfertigung (d.i. von 50% der Versicherungssumme für Dauerinvalidität) zur Auszahlung. Die Bestimmungen des Art. 12, Pkt. 3, U/FLUG 1975 finden keine Anwendung. Ist jedoch die zu erwartende dauernde Invalidität nicht höher als 5%, wird keine Invaliditätsentschädigung ausbezahlt.

- c) Sofern der Todesfall als Folge der Erkrankung an Kinderlähmung innerhalb eines Jahres ab Krankheitsbeginn eintritt, bezahlt der Versicherer die für den Todesfall vorgesehene Versicherungssumme ohne Anrechnung der bis zum Todestage bezahlten Wiedergenesungsbeiträge.
- d) Heil- und Rückholkosten werden nach Maßgabe des Art. 8, Z. IV, Pkt. 1 und 3 U FLUG 1975 ersetzt, soweit diese innerhalb von drei Jahren, gerechnet von dem im Art. 2 genannten Tag des Krankheitsbeginnes, aufgewendet werden, ferner die Transportkosten vom und zum Spital und die Kosten für orthopädische Apparate.

Der Ersatz der Kosten für Kur- und Erholungsreisen und -aufenthalte im Rahmen der Nachbehandlung sowie der nicht während des Krankenhausaufenthaltes entstehenden Kosten für Pflegepersonal ist ausgeschlossen.

Ist nicht in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen oder durch besondere Vereinbarungen, soweit es das Gesetz zuläßt, Abweichendes bestimmt, so gelten die gesetzlichen Vorschriften. Die gesetzlichen Vorschriften, auf die in diesen Bestimmungen Bezug genommen ist, sind im Anhang abgedruckt.

Genehmigt vom Bundesministerium für Finanzen mit Erlaß vom 1.8.1975, Z. 382.425-V 6 75.

ANHANG

Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz 1958 (Vers.VG.). (Wiedergabe der in den (U FLUG 1975) erwähnten Bestimmungen des Gesetzes).

§ 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 eine 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.

§ 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.

Artikel 4.

Zusammentreffen mehrerer Unfallversicherungen.

Bestehen für den Versicherten bei der DONAU Allgemeine Versicherungs-Aktiengesellschaft weitere Unfallversicherungen mit Einschluß des Versicherungsschutzes für die Kinderlähmung, gelten die in Art. 1 genannten Höchstbeträge auch als Höchstversicherungssummen für alle Verträge zusammen.

Bei anderen in Österreich zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherern bestehende weitere Unfallversicherungen bleiben hiebei außer Betracht.

Artikel 5.

Anwendung der Bestimmungen der Allgemeinen Bedingungen für die Unfall- und Fluggastunfallversicherung (U/FLUG 1975).

Die Bestimmungen der (U/FLUG 1975) sowie der Zusatzbedingungen für die Kinderunfallversicherung finden, soweit sie durch diese Zusatzbedingungen nicht abgeändert oder aufgehoben werden, sinngemäße Anwendung.

(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 Versicherten 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.