

Inhaltsverzeichnis

Versicherungsschutz

- Was ist versichert? – Artikel 1
- Was gilt als Versicherungsfall? – Artikel 2
- Wo gilt die Versicherung? – Artikel 3
- Wann gilt die Versicherung? – Artikel 4
- Wann beginnt der Versicherungsschutz? – Artikel 5
- Was ist ein Unfall? – Artikel 6

Versicherungsleistungen

- Was kann versichert werden? – Artikel 7 bis 15
- Was zahlen wir zusätzlich? – Artikel 16
- Wann sind unsere Leistungen fällig und wann verjähren Sie? – Artikel 17
- In welchen Fällen und nach welchen Regeln entscheidet die Ärztekommision? – Artikel 18

Begrenzung des Versicherungsschutzes

- Wer kann nicht versichert werden? – Artikel 19
- In welchen Fällen zahlen wir nicht? – Artikel 20 und 21

Pflichten des Versicherungsnehmers

- Wann ist die Prämie zu bezahlen? – Artikel 22
- Was ist bei Änderung des Berufes oder der Beschäftigung zu beachten? – Artikel 23
- Was ist vor Eintritt eines Versicherungsfalles zu beachten?
- Was ist nach Eintritt eines Versicherungsfalles zu tun? – Artikel 24

Sonstige Vertragsbestimmungen

- Was gilt zur Versicherungsperiode sowie zur Vertragsdauer und deren Verlängerung? – Artikel 25
- Unter welchen Voraussetzungen und wann kann der Versicherungsvertrag gekündigt werden? – Wann erlischt der Versicherungsvertrag ohne Kündigung? – Artikel 26
- Wem steht die Ausübung der Rechte aus dem Versicherungsvertrag zu, wer hat die Pflichten aus dem Versicherungsvertrag zu erfüllen? – Artikel 27
- Wo können Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag gerichtlich geltend gemacht werden? – Artikel 28
- Wie sind Erklärungen abzugeben und wie erfolgt die Zustellung nach Wohnsitzwechsel? – Artikel 29
- Welches Recht ist anzuwenden? – Artikel 30
- Rententafel

Allgemeine Bestimmungen, Vertragsgrundlagen

Besondere Bedingungen für die Kollektiv-Unfallversicherung 2005

Versicherungsschutz

Was ist versichert? – Artikel 1

Wir bieten Versicherungsschutz, wenn der versicherten Person ein Unfall zustößt. Welche Leistungen und

Versicherungssummen vereinbart sind, ist aus der Polizza ersichtlich.

Was gilt als Versicherungsfall? – Artikel 2

Versicherungsfall ist der Eintritt des Unfalles (Artikel 6 – Begriff des Unfalles).

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 mit der Einlösung der Polizza (Art.22, Prämie) jedoch nicht vor dem 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 Einlösung der Polizza beginnen (vorläufige Deckung), ist die ausdrückliche Zusage durch uns erforderlich. Die vereinbarte vorläufige Deckung endet mit der Aushändigung der Polizza. 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 liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.
2. Als Unfall gelten auch folgende Ereignisse:
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 Art. 21 Pkt. 3, Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes, Anwendung.
3. Krankheiten gelten nicht als Unfälle. Übertragbare Krankheiten gelten auch nicht als Unfallfolgen. Dies gilt nicht für Kinderlähmung, die durch Zeckenbiss übertragene Frühsommer-Meningoenzephalitis und Lyme-Borreliose im Rahmen der Bestimmungen des Art. 15 sowie für Wundstarrkrampf und Tollwut.
4. Der Versicherungsschutz gilt auch für Unfälle, die die versicherte Person als Fluggast, Pilot oder Besatzungsmitglied in zum zivilen Luftfahrtverkehr zugelassenen Motorflugzeugen (ausgenommen Motorsegler und Ultralights) erleidet. Die Versicherung

Fall der dauernden Invalidität – unabhängig vom Invaliditätsgrad – 100 % der dafür versicherten Summe (gilt nicht für Kompaktschutz). 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: Der Versicherte ist infolge des Unfalles voraussichtlich auf Lebenszeit überwiegend (mehr als 50 % im Vergleich mit einem körperlich und geistig Gesunden mit vergleichbaren Fähigkeiten und Kenntnissen) außerstande seinen zum Zeitpunkt des Unfalles ausgeübten Beruf auszuüben. Diese Erwerbstätigkeit darf dann auch tatsächlich nicht mehr ausgeübt werden. Eine bereits zum Unfallzeitpunkt bestehende teilweise Berufsunfähigkeit ist als Vorinvalidität im Sinne des Art. 21 Pkt.2 von der Leistung abzuziehen. Eine Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen an der Berufsunfähigkeit ist gleichfalls im Sinne des Art. 21 Pkt. 3 zu berücksichtigen.

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 62. Lebensjahr erreicht hat. Ist die versicherte Person zum Zeitpunkt des Unfalles bereits in Pension, besteht kein Anspruch auf Leistung infolge dauernder Berufsunfähigkeit.

7. Im ersten Jahr nach dem Unfall wird eine Invaliditätsleistung von uns nur erbracht, wenn Art und Umfang der Unfallfolgen aus ärztlicher Sicht eindeutig feststehen.
8. Steht der Grad der dauernden Invalidität nicht eindeutig fest, sind sowohl die versicherte Person als auch wir berechtigt, den Invaliditätsgrad jährlich bis 4 Jahre ab dem Unfalltag ärztlich neu bemessen zu lassen.
9. Garantierte Sofortleistung nach Spitalsaufenthalt bei dauernder Invalidität (ausgenommen Kompaktschutz). Gilt nur, wenn eine Versicherung nach Art. 7, Pkt. 5.1, Pkt. 5.2 oder Pkt. 5.3 besteht.
Nach einem unfallbedingten, ununterbrochenen Spitalsaufenthalt von mindestens 11 Tagen werden sofort EUR 1.500,- als Vorauszahlung auf eine zu erwartende Leistung für dauernde Invalidität geleistet. Damit können unfallbedingte, zusätzliche Kosten sofort bezahlt werden.
10. Kosmetische Operationen
Gilt nur, wenn eine Versicherung nach Art. 7, Pkt. 5.1, Pkt. 5.2 oder Pkt. 5.3 (gilt nicht für Kompaktschutz) besteht. Bis zu EUR 10.000,- übernehmen wir auch die Kosten für kosmetische Operationen, wenn deren Notwendigkeit durch einen Unfall verursacht wurde (siehe Art. 13 Pkt. 5).
11. Wird innerhalb von 6 Wochen nach einem unfallbedingten Spitalsaufenthalt eine stationäre Heilbehandlung in einem Rehabilitationszentrum notwendig, bezahlen wir 1 % der Versicherungssumme für dauernde Invalidität (gilt für alle DI-Varianten inklusive Kompaktschutz) als Rehabilitationspauschale. Als Medizinische Rehabilitation gelten alle Maßnahmen, die geeignet sind, eine unfallbedingte dauernde Invalidität zu beseitigen oder zu verbessern.
12. Stirbt die versicherte Person

- 12.1. unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall, bezahlen wir keine Leistung für dauernde Invalidität;
- 12.2. aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach einem Unfall, leisten wir nach dem Grad der dauernden Invalidität mit dem aufgrund der zuletzt erstellten ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre;
- 12.3. 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.
13. Hatte die versicherte Person 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 der Rententafel AVÖ1999P Gen. 1950. 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 die versicherte Person stirbt.

Lebensrente – Artikel 8

Führt der Unfall zu einer dauernden Invalidität gem. Art. 7 von mindestens 50 %, wird unabhängig vom Lebensalter der versicherten Person die volle Unfallrente bezahlt.

Beträgt der festgestellte Invaliditätsgrad mindestens 35 % – jedoch weniger als 50 %, gelangt die Hälfte der vereinbarten Monatsrente zur Auszahlung.

Wird der Versicherte durch den Versicherungsfall dauernd vollständig berufsunfähig, bezahlen wir im Fall der dauernden Invalidität von mindestens 35 % die volle Unfallrente. Diese Vereinbarung gilt nicht für Berufssportler sowie für Personen ohne Berufsausübung.

Vollständige Berufsunfähigkeit bedeutet: Der Versicherte ist infolge des Unfalles voraussichtlich auf Lebenszeit überwiegend (mehr als 50 % im Vergleich mit einem körperlich und geistig Gesunden mit vergleichbaren Fähigkeiten und Kenntnissen) außerstande seinen zum Zeitpunkt des Unfalles ausgeübten Beruf auszuüben. Diese Erwerbstätigkeit darf dann auch tatsächlich nicht mehr ausgeübt werden. Eine bereits zum Unfallzeitpunkt bestehende teilweise Berufsunfähigkeit ist als Vorinvalidität im Sinne des Art. 21 Pkt. 2 von der Leistung abzuziehen. Eine Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen an der Berufsunfähigkeit ist gleichfalls im Sinne des Art. 21 Pkt. 3 zu berücksichtigen.

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 62. Lebensjahr erreicht hat. Die Zahlung der Unfallrente erfolgt monatlich im Voraus bis zum Ende des Monats, in dem

- a) der Versicherte stirbt, oder
- b) wenn die ärztliche Bemessung gemäß Art. 7 Pkt. 8 ergeben hat, dass der Invaliditätsgrad unter 35 % gesunken ist.

Nach Feststellung unserer Leistungspflicht und der Rentenhöhe beginnt die Rentenleistung rückwirkend mit dem Monatsersten der dem Unfalltag folgt.

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,- für maximal 10 Tage von uns ersetzt. Diese Kostenersatz-Versicherung gilt nur für Kinder und insoweit diese Kosten nicht bereits in einem anderen Versicherungsvertrag versichert und zu ersetzen sind bzw. von einem sonstigen Leistungsträger ersetzt werden.

Knochenbruch – Artikel 14

Wir leisten eine Entschädigung in der Höhe der vereinbarten Versicherungssumme, wenn die versicherte Person nach einem Unfall einen Knochenbruch, unabhängig von der Anzahl der gebrochenen Knochen, erlitten hat. Der knöcherne Abriss einer Sehne sowie Knochensplinterungen und ähnliche Verletzungen gelten nicht als Knochenbruch. Die Versicherungsleistung kommt auch dann zur Auszahlung, wenn bei Kindern (bis zum 18. Lebensjahr) durch einen Unfall eine Wachstumsfuge verletzt und daraufhin therapiert wird.

Kinderlähmung, Frühsommer-Meningoencephalitis, Lyme-Borreliose – Artikel 15

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 konsultiert wurde. Eine Leistung erbringen wir nur für Tod oder dauernde Invalidität.

Was zahlen wir zusätzlich? – Artikel 16

1. Zusatzleistung

Wir übernehmen die erforderlichen Kosten, die durch Erfüllung der in Artikel 24 Pkt. 2 bestimmten Obliegenheiten entstehen. Ausgenommen davon bleiben Kosten nach Pkt. 2.4 des Art. 24 Obliegenheiten.

2. Prämienfreie Mitversicherung eines neugeborenen Kindes

Kinder, die während der Laufzeit des Vertrages geboren werden, gelten ab Geburt für 3 Monate mit den Versicherungssummen der Mutter mitversichert. Ausgenommen davon sind Taggeldleistungen und Leistungen aus der Lebensrente. Die Leistung für Unfalltod ist mit EUR 10.000,- begrenzt. 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 18. Lebensjahr.

Wann sind unsere Leistungen fällig und wann verjähren sie? – Artikel 17

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 Anspruchsberechtigte zur Feststellung des Unfallherganges, der Unfallfolgen und den Abschluss des Heilverfahrens uns vorzulegen hat.
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 Anspruchsberechtigte nach Ablauf von zwei Monaten 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.
3. Steht die Leistungspflicht nur dem Grunde nach fest, kann der Anspruchsberechtigte von uns 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 – Verjährung.

In welchen Fällen und nach welchen Regeln entscheidet die Ärztekommision? – Artikel 18

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 unter „Dauernde Invalidität“ angeführten Artikel 7 Pkt. 8 entscheidet die Ärztekommision.
2. In den nach Pkt. 1 der Ärztekommision zur Entscheidung vorbehaltenen Meinungsverschiedenheiten kann der Anspruchsberechtigte innerhalb von 6 Monaten nach Zugang unserer Erklärung Widerspruch erheben und mit Vorlage eines medizinischen Gutachtens unter Bekanntgabe seiner Forderung (gemäß Art. 17, Pkt. 1 – Fälligkeit unserer Leistungen) die Entscheidung der Ärztekommision beantragen.
3. Das Recht, die Entscheidung der Ärztekommision zu beantragen, steht auch uns zu.
4. Für die Ärztekommision bestimmen der Anspruchsberechtigte und wir je einen in der österreichischen Ärzteliste eingetragenen Arzt mit ius practicandi (Recht zur Berufsausübung). Wenn eine der beiden Parteien innerhalb von zwei Wochen nach schriftlicher Aufforderung 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



- 6/8-86-10/0-0-0-0-0-0/8245910-71319125

Wann ist die Prämie zu bezahlen? – Artikel 22

Was ist bei Änderung des Berufes oder der Beschäftigung sowie besonders gefährlichen Freizeitaktivitäten zu beachten? – Artikel 23

bzw. Beschäftigung bzw. besonders gefährlichen Freizeitaktivitäten erforderlichen Prämiensätzen aufgrund der tatsächlichen in der Polizze berechneten Prämien ergeben. Bieten wir für die neue Berufstätigkeit, Beschäftigung oder die besonders gefährlichen Freizeit-Aktivitäten grundsätzlich keinen Versicherungsschutz an, finden die Bestimmungen der §§ 23 ff VersVG (Gefahrerhöhung) Anwendung.

Was ist nach Eintritt eines Versicherungsfalles zu tun? – Artikel 24

1. Obliegenheiten vor Eintritt des Versicherungsfalles
Als Obliegenheit, deren Verletzung unsere Leistungsfreiheit gemäß § 6 Abs. 2 VersVG (Obliegenheitsverletzung) bewirkt, wird bestimmt, dass die versicherte Person als Lenker eines Kraftfahrzeuges die jeweils 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 § 6 Abs. 3 VersVG (Obliegenheitsverletzung) 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 obduzieren 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. Die Unfallanzeige ist uns unverzüglich zuzusenden; außerdem sind uns alle verlangten sachdienlichen Auskünfte zu erteilen.
 - 2.6. Der behandelnde Arzt oder die behandelnde Krankenanstalt sowie diejenigen Ärzte oder Krankenanstalten, von denen der Versicherte aus anderen Anlässen behandelt oder untersucht worden ist, sind zu ermächtigen und aufzufordern, die 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 die versicherte Person durch die von uns bezeichneten Ärzte untersuchen lässt.
 - 2.9. Ist auch Spitalgeld oder Genesungsgeld versichert, so ist uns, wenn die versicherte Person in ein Spital (Art. 11, Pkt. 2) eingewiesen

In der Mitteilung hat der Versicherer den Versicherungsnehmer auf das Widerspruchsrecht, die Widerspruchsfrist und die Rechtsfolgen eines unterlassenen Widerspruchs besonders hinzuweisen. Die Änderung der Bedingungen wird mit dem in der Mitteilung genannten Zeitpunkt wirksam, frühestens jedoch mit dem Ablauf der Widerspruchsfrist.

Welches Recht ist anzuwenden? – Artikel 30
Es gilt österreichisches Recht.

Rententafel

Männer

Alter	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85
Jahresrente	104,67	109,14	113,90	118,99	124,43	130,24	136,47	143,15	150,25	157,83	165,97

Frauen

Alter	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85
Jahresrente	88,67	92,79	97,26	102,09	107,34	113,06	119,33	126,18	133,66	141,80	150,66

auf Grund der Sterbetafel AVO1999P Gen. 1950 und eines Zinsfußes von jährlich 2,5 % (Art. 7 Pkt. 13.)

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 1.000,–

Allgemeine Bestimmungen, Vertragsgrundlagen

Auf Ihren Versicherungsvertrag finden außer den vorliegenden Bedingungen folgende Bestimmungen Anwendung:

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

Besondere Bedingungen für die Kollektiv-Unfallversicherung 2005

Die Klipp & Klar Bedingungen für die Unfallversicherung – Fassung 12/2007 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,- bestimmt.

2.3. Kumulrisiko

Als Höchstgrenze der Versicherungsleistungen ist pro Ereignis (Ereigniskumul) ein Betrag von EUR 4 Mio. festgelegt.

Erleiden mehrere durch gegenständlichen Versicherungsvertrag versicherte Personen einen Unfall durch dasselbe Ereignis und überschreitet die Summe der Ansprüche der Versicherten den Betrag von EUR 4 Mio., so wird die Leistung für jeden einzelnen Versicherten im Verhältnis der