Besondere Bedingungen Kontoversicherung

Gültig ab 21.07.2010

Titel I

Gemeinsame Bestimmungen für die Ablebensversicherung und die Unfall-Zusatzversicherung

§ 1. Alle Mitteilungen und Erklärungen, die diese Versicherungsverträge betreffen, erfolgen in der zwischen den Vertragsparteien vereinbarten Form. Ist eine solche nicht vereinbart, sind Mitteilungen und Erklärungen nur in schriftlicher Form verbindlich.

§ 2. (1) Hinsichtlich der Prämienzahlung gelten die in der Rahmenvereinbarung vereinbarten Regelungen.

(2) Für die Folgen nicht rechtzeitiger Prämienzahlung gelten die §§ 38 ff VersVG.

§ 3. Im Falle der Kündigung oder des Austrittes einer versicherten Person aus dem versicherten Personenkreis wird kein Rückkaufswert ausbezahlt. Die Umwandlung in eine prämienfreie Versicherung ist nicht möglich.

§ 4. (1) Erfüllungsort für die Leistung ist die Generaldirektion des Versicherers.

(2) Überweisungen der Leistungen an den Bezugsberechtigten erfolgen auf seine Gefahr und Kosten.

(3) Die fällig gewordene Versicherungsleistung werden wir nach Einlangen aller für die Auszahlung nötigen Unterlagen unverzüglich auszahlen.

§ 5. (1) Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach dem für unseren Sitz oder unserer für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung.

(2) Wir können Klagen gegen Sie bei dem für Ihren Sitz zuständigen Gericht erheben.

§ 6. Es gilt österreichisches Recht.

Titel II

Bestimmungen für die Ablebensversicherung

§ 7 – Beschränkungen des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherungsschutz besteht grundsätzlich unabhängig davon, auf welcher Ursache der Versicherungsfall beruht. Wird Österreich in kriegerische Ereignisse verwickelt oder von einer nuklearen Katastrophe betroffen, besteht bei dadurch verursachten Versicherungsfällen kein Versicherungsschutz.

(2) Weiters besteht kein Versicherungsschutz bei Versicherungsfällen, die verursacht werden

a) durch Teilnahme an Kriegsereignissen jeder Art,

b) durch innere Unruhen, wenn die versicherte Person daran auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat, oder

c) durch den Versuch oder die Begehung gerichtlich strafbarer Handlungen durch die versicherte Person, für die Vorsatz Tatbestandsmerkmal ist.

(3) Ferner erstreckt sich der Versicherungsschutz nicht auf die der versicherten Person bekannten ernstlichen Erkrankungen oder Unfallfolgen, wegen derer sie in den letzten 12 Monaten vor Beginn des Versicherungsschutzes ärztlich beraten oder behandelt wurde. Diese Einschränkung gilt nur, wenn der Versicherungsfall innerhalb von 3 Jahren seit Beginn des Versicherungsschutzes eintritt und mit diesen Erkrankungen oder Unfallfolgen in ursächlichem Zusammenhang steht.

§ 8 - Selbstmord

Bei Selbstmord der versicherten Person nach Ablauf von drei Jahren seit Abschluss, Änderung oder Wiederherstellung des Vertrages besteht voller Versicherungsschutz. Vor Ablauf dieser Frist besteht kein Versicherungsschutz. Wird nachgewiesen, dass die Tat in einem die freie Willensbildung ausschließenden Zustand der Unzurechnungsfähigkeit begangen wurde, so besteht voller Versicherungsschutz.

§ 9 – Erforderliche Unterlagen zur Leistungsanforderung

Im Todesfall der versicherten Person ist uns eine amtliche Sterbeurkunde vorzulegen. Zusätzlich können wir ärztliche oder amtliche Nachweise sowie sonstige Unterlagen, die zur Prüfung des Leistungsanspruches erforderlich sind, verlangen.

§ 10 - Gewinnbeteiligung

Die Kontoversicherung ist nicht gewinnberechtigt.

Titel III

Bestimmungen für die Unfall-Zusatzversicherung

Kapitel A – Versicherungsschutz

§ 11 - Gegenstand der Versicherung

Wir bieten Versicherungsschutz, wenn der versicherten Person ein Unfall zustößt. Die Leistungen, die versichert werden können, ergeben sich aus Kapitel B.

§ 12 - Versicherungsfall

Versicherungsfall ist der Eintritt eines Unfalles (§ 15).

§ 13 - Örtlicher Geltungsbereich

Die Versicherung gilt auf der ganzen Erde.

§ 14 - Zeitlicher Geltungsbereich

Versichert sind Unfälle, die während der Wirksamkeit des Versicherungsschutzes eingetreten sind.

§ 15 - Begriff des Unfalles

(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 Zerreißungen von an Gliedmaßen und an der Wirbelsäule befindlichen Muskeln, Sehnen, Bändern und Kapseln sowie Meniskusverletzungen. Hinsichtlich krankhaft abnützungsbedingter Einflüsse findet insbesondere § 22 Ziffer 2 Anwendung.

(3) Krankheiten gelten nicht als Unfälle, übertragbare Krankheiten auch nicht als Unfallfolgen. Dies gilt nicht für Kinderlähmung und die durch Zeckenbiss übertragene Frühsommer-Meningoencephalitis sowie für Wundstarrkrampf und Tollwut.

(4) Der Versicherungsschutz gilt auch für Unfälle, die die versicherte Person als Fluggast in motorischen Luftfahrzeugen erleidet. Als Fluggast gilt, wer weder mit dem Betrieb des Luftfahrzeuges in ursächlichem

Zusammenhang steht oder Besatzungsmitglied ist.

Kapitel B – Versicherungsleistungen

§ 16 - Dauernde Invalidität
(1) Voraussetzungen für die Leistung:

Die versicherte Person ist durch den Unfall auf Dauer in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt. Die Invalidität ist innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten und von einem Arzt schriftlich festgestellt und bei uns geltend gemacht worden. Kein Anspruch auf Invaliditätsleistung besteht, wenn die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall stirbt.

(2) Art und Höhe der Leistung:

1. Die Invaliditätsleistung zahlen wir als Kapitalbetrag.

2. Bei völligem Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane gelten ausschließlich die folgenden Invaliditätsgrade:

eines Armes	70 %
eines Daumens	20 %
eines Zeigefingers	10 %
eines anderen Fingers	5 %
eines Beines	70 %
einer großen Zehe	5 %
einer anderen Zehe	2 %
der Sehkraft beider Augen	100 %
der Sehkraft eines Auges	35 %
sofern die Sehkraft des anderen Auges vor Eintritt des Versicherungsfalls bereits verloren war	65 %
des Gehörs beider Ohren	60 %
des Gehörs eines Ohres	15 %
sofern jedoch das Gehör des anderen Ohres vor Eintritt des Versicherungsfalles bereits verloren war	45 %
des Geruchsinnes	10 %
des Geschmacksinnes	5 %
der Milz	10 %
der Niere	20 %

Wenn bereits die zweite Niere vor dem Unfall oder als Unfallfolge beeinträchtigt ist, ist Absatz 3 anzuwenden.

3. Bei Teilverlust oder Funktionsbeeinträchtigung gilt der entsprechende Teil des jeweiligen Prozentsatzes.

(3) Für andere Körperteile und Sinnesorgane bemisst sich der Invaliditätsgrad danach, inwieweit die normale körperliche oder geistige Funktionsfähigkeit insgesamt beeinträchtigt ist. Dabei sind ausschließlich medizinische Gesichtspunkte zu berücksichtigen. Waren betroffene Körperteile oder Sinnesorgane oder deren Funktionen bereits vor dem Unfall dauernd beeinträchtigt, wird der Invaliditätsgrad um die Vorinvalidität gemindert.

(4) Sind mehrere Körperteile oder Sinnesorgane durch den Unfall beeinträchtigt, werden die nach den vorstehenden Bestimmungen ermittelten Invaliditätsgrade zusammengerechnet. Mehr als 100 % werden jedoch nicht berücksichtigt.

(5) Im ersten Jahr nach dem Unfall wird eine Invaliditätsleistung von uns nur erbracht, wenn Art und Umfang der Unfallfolgen aus ärztlicher Sicht eindeutig feststehen.

(6) 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.

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

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

(3) Eine Leistung wird von uns nur für Tod oder dauernde Invalidität erbracht. Die Leistung bleibt im Rahmen der Versicherungssumme mit der dafür vereinbarten Entschädigungshöchstleistung begrenzt.

§ 18 - Zusatzleistung
Wir übernehmen die erforderlichen Kosten, die durch Erfüllung der in § 23 Abs. 2, bestimmten Obliegenheiten entstehen. Ausgenommen bleiben davon Kosten nach § 23 Abs. 2 Ziffer 4.

§ 19 - Fälligkeit unserer Leistung
(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.

(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 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.

(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.

§ 20 - Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten (Ärztekommission)
(1) Im Fall von Meinungsverschiedenheiten über Art und Umfang der Unfallfolgen oder darüber, in welchem Umfang die eingetretene Beeinträchtigung auf den Versicherungsfall zurückzuführen ist, ferner über die Beeinflussung der Unfallfolgen durch Krankheiten oder Gebrechen sowie im Falle des § 16 Abs. 6, entscheidet die Ärztekommission.

(2) In den nach Abs. 1 der Ärztekommission 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 § 19 Abs. 1 die Entscheidung der Ärztekommission beantragen.

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

(4) Für die Ärztekommission bestimmen wir und der Anspruchsberechtigte je einen in der österreichischen Ärzteliste eingetragenen Arzt mit ius practicandi (Recht zur Berufsausübung). Wenn einer der beiden Parteien innerhalb zweier 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 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 Ärztekommission hat über ihre Tätigkeit ein Protokoll zu führen; in diesem ist die Entscheidung schriftlich zu begründen. Bei Nichteinigung hat jeder Arzt seine Auffassung im Protokoll gesondert darzustellen. Ist eine Entscheidung durch den Obmann erforderlich, begründet auch er sie in einem Protokoll. Die Akten des Verfahrens werden von uns verwahrt.

(7) Die Kosten der Ärztekommission werden von ihr festgesetzt und sind im Verhältnis des Obsiegens der beiden Parteien zu tragen. Im Falle des § 16 Abs. 6. trägt die Kosten, wer die Neufeststellung verlangt hat. Der Anteil der Kosten, den der Anspruchsberechtigte zu tragen hat, ist mit 5 % der für Tod und Invalidität zusammen versicherten Summe, höchstens jedoch mit 50 % des strittigen Betrages, begrenzt.

Kapitel C – Begrenzungen des Versicherungsschutzes

§ 21 - Ausschlüsse
Ausgeschlossen von der Versicherung sind Unfälle

1. bei der Benützung von Luftfahrtgeräten und bei Fallschirmabsprüngen sowie bei der Benützung von Luftfahrzeugen, soweit sie nicht unter die Bestimmungen des § 15 Abs. 4 fällt;

2. die bei Beteiligung an motorsportlichen Wettbewerben (auch Wertungsfahrten und Rallyes) und den dazugehörigen Trainingsfahrten entstehen;

3. bei der Teilnahme an Landes-, Bundes- oder internationalen Wettbewerben auf dem Gebiet des nordischen und alpinen Schisports, des Snowboardens sowie Freestyling, Bob-, Skibob-, Skeletonfahrens oder Rodeln sowie am offiziellen Training für diese Veranstaltungen;

4. die beim Versuch oder der Begehung gerichtlich strafbarer Handlungen durch die versicherte Person eintreten, für die Vorsatz Tatbestandsmerkmal ist;

5. die unmittelbar oder mittelbar mit Kriegsereignissen jeder Art zusammenhängen;

6. durch innere Unruhen, wenn die versicherte Person daran auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;

7. die mittelbar oder unmittelbar

- durch jegliche Einwirkung von Nuklearwaffen, chemischen oder biologischen Waffen,
- durch Kernenergie, oder
- durch den Einfluss ionisierender Strahlen im Sinne der jeweils geltenden Fassung des Strahlenschutzgesetzes, außer jene, die durch Heilbehandlungen aufgrund eines Versicherungsfalles veranlasst waren, verursacht werden;

8. die die versicherte Person infolge einer Bewusstseinsstörung oder einer wesentlichen Beeinträchtigung ihrer psychischen Leistungsfähigkeit durch Alkohol, Suchtgifte oder Medikamente erleidet;

9. durch Gesundheitsschäden bei Heilmaßnahmen oder Eingriffen am Körper der versicherten Person. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Heilmaßnahmen oder Eingriffe durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall veranlasst waren.

§ 22 - Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes
Eine Versicherungsleistung wird nur für die durch den eingetretenen Unfall hervorgerufenen Folgen (körperliche Schädigung oder Tod) erbracht.

1. Bei der Bemessung des Invaliditätsgrades wird ein Abzug in Höhe einer Vorinvalidität nur vorgenommen, wenn durch den Unfall eine körperliche oder geistige Funktion betroffen ist, die schon vorher beeinträchtigt war. Die Vorinvalidität wird nach § 16 Abs. 2 und 3 bemessen.

2. Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch ein Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung – insbesondere solche Verletzungen, die durch krankhaft abnützungsbedingte Einflüsse verursacht oder mitverursacht worden sind – oder deren Folgen mitgewirkt, ist im Falle einer Invalidität der Prozentsatz des Invaliditätsgrades ansonsten die Leistung entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens zu vermindern sofern dieser Anteil mindestens 25 % beträgt.

3. Für Gesundheitsschädigungen, die aufgrund akuter Mangeldurchblutung des Herzmuskels entstanden sind (z.B. Herzinfarkt), wird nur dann eine Leistung erbracht, wenn ein überwiegender Kausalzusammenhang mit einer unmittelbaren Verletzung der betreffenden Koronararterie besteht und diese Verletzung durch eine direkte mechanische Einwirkung von außen auf den Brustkorb verursacht worden ist. Unfälle infolge von Herzinfarkt und Schlaganfall gelten auch als mitversichert;

4. Für organisch bedingte Störungen des Nervensystems wird eine Leistung von uns nur erbracht, wenn und soweit diese Störung auf eine durch den Unfall verursachte organische Schädigung zurückzuführen ist. Seelische Fehlhaltungen (Neurosen, Psychoneurosen) gelten nicht als Unfallfolgen.

5. Bei Bandscheibenhernien wird eine Leistung nur erbracht, wenn sie durch direkt mechanische Einwirkung auf die Wirbelsäule entstanden sind und es sich nicht um eine Verschlimmerung von vor dem Unfall bestandenen Krankheitserscheinungen handelt.

6. Für Bauch- und Unterleibsbrüche jeder Art wird eine Leistung nur erbracht, wenn sie durch eine von außen kommende mechanische Einwirkung direkt herbeigeführt worden sind und nicht anlagebedingt waren.

7. Für Versicherungsfälle jeder Art, die durch ein schweres Nervenleiden oder eine Geisteskrankheit verursacht werden, wird keine Leistung erbracht.

Kapitel D – Obliegenheiten

§ 23. (1) Obliegenheiten vor Eintritt des Versicherungsfalles:
Als Obliegenheit, deren Verletzung unsere Leistungsfreiheit gemäß § 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 § 6 Abs. 3 VersVG, bewirkt, werden bestimmt:

1. Ein Unfall ist uns unverzüglich, spätestens innerhalb von vier Wochen, schriftlich anzuzeigen.

2. Ein Todesfall ist uns innerhalb von 14 Tagen anzuzeigen, und zwar auch dann, wenn der Unfall bereits gemeldet ist.

3. Uns ist das Recht einzuräumen, die Leiche durch Ärzte obduzieren und nötigenfalls exhumieren zu lassen.

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.

5. Die Unfallanzeige ist uns unverzüglich zuzusenden; außerdem sind uns alle verlangten sachdienlichen Auskünfte zu erteilen.

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.

7. Die mit dem Unfall befassten Behörden sind zu ermächtigen und zu veranlassen, die von uns verlangten Auskünfte zu erteilen.

8. Wir können verlangen, dass sich die versicherte Person durch die von uns bezeichneten Ärzte untersuchen lässt.

§ 24. (1) Alle für den Versicherungsnehmer getroffenen Bestimmungen gelten sinngemäß auch für die versicherte Person und jene Personen, die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag geltend machen.

(2) Diese Personen sind neben dem Versicherungsnehmer für die Erfüllung der Obliegenheiten, der Schadenminderungs- und Rettungspflicht verantwortlich.

(3) Der Versicherungsnehmer ist dafür verantwortlich, dass den versicherten Personen die Obliegenheiten sowie die Schadenminderungs- und Rettungspflicht zur Kenntnis gebracht werden.