Allgemeine Bedingungen für die Fahrzeuginsassen-Unfallversicherung (IUB 2007)

Es gelten auch die Allgemeinen Bedingungen für die Fahrzeug-Kaskoversicherung und die Fahrzeuginsassen-Unfallversicherung (AFIB).

Inhaltsverzeichnis

Artikel 1 - Welche Versicherungsarten sind möglich? Für wen gilt die Versicherung?
Artikel 2 - Was ist versichert?
Artikel 3 - Was ist ein Unfall?
Artikel 4 - Was ist nicht versichert?
Artikel 5 - Was kann versichert werden?
Artikel 6 - Was leistet der Versicherer bei Todesfall?
Artikel 7 - Was leistet der Versicherer bei dauernder Invalidität?
Artikel 8 - Was leistet der Versicherer bei Versicherung von Taggeld?
Artikel 9 - Was leistet der Versicherer bei Versicherung von Unfallkosten?
Artikel 10 - Was leistet der Versicherer zusätzlich?
Artikel 11 - Was gilt für die sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes?
Artikel 12 - In welchen Fällen und nach welchen Regeln entscheidet die Ärztekommission?
Artikel 13 - Wann und unter welchen Voraussetzungen wird die Versicherungsleistung ausbezahlt und wann verjährt sie?
Artikel 14 - Wem steht die Ausübung der Rechte aus dem Versicherungsvertrag zu, wer hat die Pflichten aus dem Versicherungsvertrag zu erfüllen?
Artikel 15 - Was ist vor bzw. nach Eintritt des Versicherungsfalles zu tun?
Artikel 16 - Wann und unter welchen Voraussetzungen ändern sich die Prämie und die Versicherungssummen? (automatische Werterhöhung)

Artikel 1
Welche Versicherungsarten sind möglich?
Für wen gilt die Versicherung?
(Versicherungsformen und versicherte Personen)

1. Die Versicherung kann abgeschlossen werden

   1.1 nach dem Pauschalsystem

   Die vereinbarte Pauschalversicherungssumme gilt für das im Vertrag bezeichnete Fahrzeug. Die auf die einzelne versicherte Person entfallende Versicherungssumme errechnet sich aus der Teilung der Pauschalversicherungssumme durch die Anzahl der im Unfallszeitpunkt versicherten Personen.

   1.2 nach dem Platzsystem

   Die vereinbarte Versicherungssumme gilt für jeden einzelnen kraftfahrrechtlich genehmigten Platz des im Vertrag bezeichneten Fahrzeuges. Sind im Unfallszeitpunkt mehr Personen versichert als Plätze krattfahrrechtlich genehmigt sind oder mehr Plätze vorhanden als im Versicherungsantrag angegeben, wird die Versicherungsleistung für die einzelne Person entsprechend vermindert.

   1.3 für namentlich bezeichnete Personen unabhängig von einem bestimmten Fahrzeug.

2. Versicherte Personen sind solche, die sich mit Willen des Versicherungsnehmers oder des über das Fahrzeug Verfügungsberechtigten in oder auf dem Fahrzeug befinden oder im ursächlichen Zusammenhang mit ihrer Beförderung im Rahmen des Artikels 2 tätig werden.

Artikel 2
Was ist versichert?
(Gegenstand der Versicherung)

Die Versicherung bezieht sich auf Unfälle (Art. 3) in ursächlichem Zusammenhang mit dem Lenken, Benutzen, Behandeln, dem Be- und Entladen sowie dem Einweisen des Kraftfahrzeuges oder Anhängers. Unfälle beim Ein- und Aussteigen sind mitversichert.

Artikel 3
Was ist ein Unfall?
(Begriff des Unfalles)

1. Unfall ist ein vom Willen des Versicherten unabhängiges Ereignis, das plötzlich von außen mechanisch oder chemisch auf seinen Körper einwirkt und eine körperliche Schädigung oder den Tod nach sich zieht.

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

   2.1 Ertrinken;

   2.2 Verrenkungen von Gliedern sowie Zerrungen und Zerreißungen von an Gliedmaßen und an der Wirbelsäule befindlichen Muskeln, Sehnen, Bändern und Kapseln infolge plötzlicher Abweichung vom geplanten Bewegungsablauf;

   2.3 Verbrennungen, Verbrühungen, Einwirkungen von Blitzschlag oder elektrischem Strom;

   2.4 Einatmen von Gasen oder Dämpfen, Einnehmen von giftigen oder ätzenden Stoffen; es sei denn, dass diese Einwirkungen allmählich erfolgen.

3. Krankheiten gelten nicht als Unfälle, übertragbare Krankheiten auch nicht als Unfallsfolgen. Dies gilt nicht für Wundstarrkrampf, verursacht durch einen Unfall gemäß Pkt. 1.

Artikel 4
Was ist nicht versichert?
(Risikoausschlüsse)

1. Es besteht kein Versicherungsschutz für Unfälle

   1.1 bei Fahrten, die ohne Willen des über das Fahrzeug Verfügungsberechtigten vorbereitet, ausgeführt oder ausgedehnt werden;

   1.2 die der Versicherte infolge eines ihn treffenden Herzinfarktes oder Schlaganfalles erleidet; ein Herzinfarkt gilt in keinem Fall als Unfallsfolge;

   1.3 die der Versicherte infolge einer Bewusstseinsstörung oder infolge einer wesentlichen Beeinträchtigung seiner psychischen Leistungsfähigkeit durch Alkohol, Suchtgifte oder Medikamente erleidet.

2. Es besteht weiters kein Versicherungsschutz für körperliche Schädigungen bei Heilmaßnahmen oder Eingriffen, die der Versicherte an seinem Körper vornimmt oder vornehmen lässt, soweit nicht ein Versicherungsfall hierzu der Anlass war.

Artikel 5
Was kann versichert werden?

Die Versicherung kann genommen werden für
- den Todesfall (Art. 6)
- dauernde Invalidität (Art. 7)
- Taggeld (Art. 8)
- Unfallkosten (Art. 9)

Allianz Elementar Versicherungs-Aktiengesellschaft, Sitz: A-1100 Wien, Wiedner Gürtel 9-13, Telefon (01) 878 07-0, Telefax (01) 878 07-70000, Internet: www.allianz.at
eingetragen im Firmenbuch des Handelsgerichts Wien unter FN 34004g, UID: ATU 1536 4406, DVR: 0003565

Aus der Versicherungsurkunde ist ersichtlich, was versichert ist und welche Versicherungssummen vereinbart sind.

Artikel 6
Was leistet der Versicherer bei Todesfall?

1.1 Tritt innerhalb eines Jahres vom Unfall an gerechnet der Tod als Folge des Unfalles ein, wird die für den Todesfall versicherte Summe gezahlt.

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

1.3 Für Personen vor Vollendung des 15. Lebensjahres werden im Rahmen der Versicherungssumme nur die aufgewendeten angemessenen Begräbniskosten ersetzt.

Bei einer Versicherung nach Pauschalsystem wird der auf andere Personen entfallende Teilbetrag aus der versicherten Todesfallsumme um den durch diese Begrenzung freiwerdenden Betrag verhältnismäßig erhöht.

Artikel 7
Was leistet der Versicherer bei dauernder Invalidität?

1. Ergibt sich innerhalb eines Jahres vom Unfallstag an gerechnet, dass als Folge des Unfalles eine dauernde Invalidität zurückbleibt, wird aus der hierfür versicherten Summe der dem Grade der Invalidität entsprechende Betrag gezahlt.

2. Für die Bemessung des Invaliditätsgrades gilt nachfolgende Gliedertaxe. Unter Ausschluss des Nachweises einer höheren oder geringeren Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit gelten folgende Invaliditätsgrade:

bei völligem Verlust oder völliger Gebrauchsunfähigkeit	
eines Armes ab Schultergelenk	70%
eines Armes bis oberhalb des Ellenbogengelenkes	65%
eines Armes unterhalb des Ellenbogengelenkes oder einer Hand	60%
eines Daumens	20%
eines Zeigefingers	10%
eines anderen Fingers	5%
eines Beines bis über die Mitte des Oberschenkels	70%
eines Beines bis zur Mitte des Oberschenkels	60%
eines Beines bis zur Mitte des Unterschenkels	50%
oder eines Fußes	
einer großen Zehe	5%
einer anderen Zehe	2%
der Sehkraft beider Augen	100%
der Sehkraft eines Auges	35%
sofern jedoch die Sehkraft des anderen Auges vor Eintritt des Versicherungsfalles bereits verloren war	65%
des Gehörs beider Ohren	60%
des Gehörs eines Ohres	15%
sofern jedoch das Gehör des anderen Ohres vor Eintritt des Versicherungsfalles bereits verloren war	45%
des Geruchssinnes	10%
des Geschmackssinnes	5%

2.1 Bei teilweisem Verlust oder teilweiser Gebrauchsunfähigkeit der vorgenannten Glieder oder Sinnesorgane werden die vorstehenden Sätze entsprechend herabgesetzt.

2.2 Bei Verlust oder Gebrauchsunfähigkeit von mehreren der vorgenannten Glieder oder Sinnesorgane bzw. bei Hinzukommen eines nach Punkt 3. festgestellten Invaliditätsgrades werden die sich ergebenden Prozentsätze zusammengerechnet, wobei jedoch nie mehr als 100% insgesamt geleistet werden.

3. Lässt sich der Invaliditätsgrad nach Pkt. 2. nicht bestimmen, ist maßgebend, inwieweit die körperliche oder geistige Funktionsfähigkeit nach medizinischen Gesichtspunkten beeinträchtigt wurde.

4. Im ersten Jahr nach dem Unfall wird eine Invaliditätsleistung nur erbracht, wenn Art und Umfang der Unfallsfolgen aus ärztlicher Sicht eindeutig feststehen.

5. Steht der Grad der dauernden Invalidität nicht eindeutig fest, sind sowohl der Versicherte als auch der Versicherer berechtigt, den Invaliditätsgrad jährlich bis zu vier Jahre ab dem Unfallstag ärztlich neu bemessen zu lassen, und zwar ab zwei Jahren nach dem Unfallstag durch die Ärztekommission (Art. 12).

   Ergibt in einem solchen Fall die endgültige Bemessung eine höhere Invaliditätsleistung als die vom Versicherer bereits erbrachte, ist der Mehrbetrag ab Fälligkeit des Vorschusses (Art. 13 Pkt. 3.) mit 4% jährlich zu verzinsen.

6. Stirbt der Versicherte

   6.1 unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall, besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung;

   6.2 aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach dem Unfall, ist nach dem Grad der dauernden Invalidität zu leisten, mit dem auf Grund der zuletzt erstellten ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre;

   6.3 unfallbedingt oder aus unfallfremder Ursache später als ein Jahr nach dem Unfall, ist ebenfalls nach dem Grad der dauernden Invalidität zu leisten, mit dem auf Grund der zuletzt erstellten ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

7. Hatte der Versicherte am Unfallstag das 75. Lebensjahr bereits vollendet, tritt anstelle der Kapitalzahlung eine nach der vereinbarten Rententafel unter Zugrundelegung des vom Versicherten am Unfallstag vollendeten Lebensjahres zu bemessende Rente.

   Barwert dieser Rente ist jener Betrag, der bei Kapitalzahlung zu erbringen wäre.

   Steht die Leistungspflicht des Versicherers dem Grunde und der Höhe nach fest, beginnt die Rentenleistung rückwirkend mit dem Monatsersten, der dem Unfallstag folgt. Sie endet mit Ablauf des Kalendermonates, in dem der Versicherte stirbt.

Artikel 8
Was leistet der Versicherer bei Versicherung von Taggeld?

Taggeld wird bei dauernder oder vorübergehender Invalidität für die Dauer der vollständigen Arbeitsunfähigkeit im Beruf oder in der Beschäftigung des Versicherten für längstens 365 Tage innerhalb von 2 Jahren ab dem Unfallstag gezahlt.

Artikel 9
Was leistet der Versicherer bei Versicherung von Unfallkosten?

Bis zur Höhe der hierfür vereinbarten Versicherungssumme werden Unfallkosten ersetzt, sofern sie innerhalb von 2 Jahren vom Unfallstag an gerechnet entstehen und soweit nicht von einem Sozialversicherungsträger Ersatz zu leisten ist oder von einem sonstigen Leistungsträger Ersatz geleistet wurde.

Unfallkosten sind:

1. Heilkosten,

   die zur Behebung der Unfallsfolgen aufgewendet wurden und nach ärztlicher Verordnung notwendig waren. Hierzu zählen auch die notwendigen Kosten des Verletztentransportes, der

Allianz Elementar Versicherungs-Aktiengesellschaft, Sitz: A-1100 Wien, Wiedner Gürtel 9-13, Telefon (01) 878 07-0, Telefax (01) 878 07-70000, Internet: www.allianz.at
eingetragen im Firmenbuch des Handelsgerichts Wien unter FN 34004g, UID: ATU 1536 4406, DVR: 0003565

erstmaligen Anschaffung künstlicher Gliedmaßen und eines Zahnersatzes sowie anderer, nach ärztlichem Ermessen erforderlicher erstmaliger Anschaffungen.

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

2. Rückholkosten

Wenn die Versicherung für Tod und/oder dauernde Invalidität genommen ist, übernimmt der Versicherer die Kosten des Rücktransportes verunfallter Personen aus dem europäischen Ausland zum Wohnsitz in Österreich, wenn der versicherten Person infolge des Unfalles eine Heimreise mit dem Fahrzeug nicht möglich ist. Handelt es sich bei dem von einem Unfall betroffenen Versicherten um den Fahrzeuglenker, werden auch die Kosten der Rückreise der übrigen Fahrzeuginsassen zum Wohnsitz in Österreich übernommen. Im Falle eines tödlichen Unfalles werden vom Versicherer auch die Kosten der Überführung des Toten zu dessen letztem Wohnsitz in Österreich getragen. Die vorstehenden Leistungen für alle Insassen zusammen sind mit 5% der für Todesfall und dauernde Invalidität versicherten Summen, höchstens mit EUR 3.633,64. begrenzt.

Artikel 10
Was leistet der Versicherer zusätzlich?

Der Versicherer übernimmt die erforderlichen Kosten, die durch Erfüllung der in Art. 15, Pkt. 2.1, 2.2 und 2.4 bestimmten Obliegenheiten entstehen.

Artikel 11
Was gilt für die sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes?
(Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes)

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

Darüber hinaus gilt:

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 Art. 7 Pkt. 2. und Pkt. 3. bemessen.

2. Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch ein Unfallsereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung 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 organisch bedingte Störungen des Nervensystems wird eine Leistung nur erbracht, wenn und soweit diese Störung auf eine durch den Unfall verursachte organische Schädigung zurückzuführen ist.

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

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

5. 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.

Artikel 12
In welchen Fällen und nach welchen Regeln entscheidet die Ärztekommission?
(Ärztekommission)

1. Jeder Vertragspartner kann verlangen, dass bei Meinungsverschiedenheiten über Art und Umfang der Unfallsfolgen oder darüber, in welchem Umfang die eingetretene Beeinträchtigung auf den Versicherungsfall zurückzuführen ist, ferner über die Beeinflussung der Unfallsfolgen durch Krankheit oder Gebrechen sowie im Falle des Art. 7 Pkt. 5. die Ärztekommission entscheidet.

2. Ist der Versicherungsnehmer mit der Erklärung des Versicherers, ob und in welcher Höhe er eine Leistungspflicht anerkennt, nicht einverstanden, kann er in den nach Pkt. 1. der Ärztekommission zur Entscheidung vorbehaltenen Meinungsverschiedenheiten innerhalb von 6 Monaten nach Zugang der Erklärung unter Bekanntgabe seiner Forderung Widerspruch erheben und die Entscheidung der Ärztekommission beantragen.

3. Für die Ärztekommission bestimmen Versicherer und Versicherungsnehmer je einen in der österreichischen Ärzteliste eingetragenen Arzt. Wenn ein Vertragsteil innerhalb zweier Wochen nach schriftlicher Aufforderung keinen Arzt benennt, wird dieser von der für den Wohnsitz des Versicherten zuständigen Ärztekammer bestellt. Die beiden Ärzte bestellen einvernehmlich vor Beginn ihrer Tätigkeit einen weiteren Arzt als Obmann, der für den Fall, dass sie sich nicht oder nur zum Teil einigen sollten, im Rahmen der durch die Gutachten der beiden Ärzte gegebenen Grenzen entscheidet.

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

4. Der Versicherte ist verpflichtet, sich von den Ärzten der Kommission untersuchen zu lassen und sich jenen Maßnahmen zu unterziehen, die diese Kommission für notwendig hält.

5. 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 niederzulegen. Ist eine Entscheidung durch den Obmann erforderlich, legt auch er sie mit Begründung in einem Protokoll nieder. Die Akten des Verfahrens werden vom Versicherer verwahrt.

6. Die Kosten der Ärztekommission werden von ihr festgesetzt und sind im Verhältnis des Obsiegens zum Unterliegen vom Versicherer bzw. vom Versicherungsnehmer zu tragen. Im Falle des Art. 7 Pkt. 5. trägt die Kosten, wer die Neufeststellung verlangt hat.

   Der Anteil der Kosten, die der Versicherungsnehmer zu tragen hat, ist mit 1% der für Tod und Invalidität zusammen versicherten Summe, höchstens jedoch mit 25% des strittigen Betrages, begrenzt.

Artikel 13
Wann und unter welchen Voraussetzungen wird die Versicherungsleistung ausbezahlt und wann verjährt sie?
(Fälligkeit der Versicherungsleistung und Verjährung)

1. Die Versicherungsleistung wird nach Abschluss der für ihre Feststellung notwendigen Erhebungen fällig.

Allianz Elementar Versicherungs-Aktiengesellschaft, Sitz: A-1100 Wien, Wiedner Gürtel 9-13, Telefon (01) 878 07-0, Telefax (01) 878 07-70000, Internet: www.allianz.at
eingetragen im Firmenbuch des Handelsgerichts Wien unter FN 34004g, UID: ATU 1536 4406, DVR: 0003565

2. Die Fälligkeit der Leistung des Versicherers tritt jedoch unabhängig davon ein, wenn der Versicherungsnehmer nach Ablauf zweier Monate seit dem Begehren nach einer Geldleistung eine Erklärung des Versicherers verlangt, aus welchen Gründen die Erhebungen noch nicht beendet werden konnten und der Versicherer diesem Verlangen nicht binnen eines Monates entspricht.

3. Steht die Leistungspflicht des Versicherers fest, lässt sich aber aus Gründen, die der Versicherungsnehmer nicht zu vertreten hat, die Höhe der Versicherungsleistung innerhalb eines Monates nach Eingang der Schadenanzeige nicht feststellen, hat der Versicherer auf Verlangen des Versicherungsnehmers angemessene Vorschüsse zu leisten.

   Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Beendigung der Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers gehindert ist.

4. Für die Verjährung gilt § 12 VersVG.

Artikel 14
Wem steht die Ausübung der Rechte aus dem Versicherungsvertrag zu, wer hat die Pflichten aus dem Versicherungsvertrag zu erfüllen?
(Rechtsstellung der am Vertrag beteiligten Personen)

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

   Eine Versicherung gegen Unfälle, die einem anderen zustoßen, gilt im Zweifel als für Rechnung des anderen genommen. Die Vorschriften der §§ 75 ff VersVG sind mit der Maßgabe anzuwenden, dass die Ausübung der Rechte aus dem Versicherungsvertrag ausschließlich dem Versicherungsnehmer zusteht.

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

2. Alle für den Versicherungsnehmer getroffenen Bestimmungen gelten sinngemäß auch für Versicherte und jene Personen, die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag geltend machen. Diese Personen sind neben dem Versicherungsnehmer für die Erfüllung der Obliegenheiten, der Schadenminderungs- und Rettungspflicht verantwortlich.

   Darüber hinaus wird bestimmt, dass namentlich gegen Unfälle versicherte Personen ihre Versicherungsansprüche selbstständig geltend machen können.

Artikel 15
Was ist vor bzw. nach Eintritt des Versicherungsfalles zu tun?
(Obliegenheiten)

1. Es gelten die allgemeinen Obliegenheiten des Art. 5 AFIB.

2. Darüber hinaus werden als Obliegenheiten, deren Verletzung nach Eintritt des Versicherungsfalles die Freiheit des Versicherers von der Verpflichtung zur Leistung bewirkt (§ 6 Absatz 3 VersVG), bestimmt,

   2.1 den behandelnden Arzt oder die behandelnde Krankenanstalt sowie diejenigen Ärzte oder Krankenanstalten, von denen der Versicherte aus anderen Anlässen behandelt oder untersucht worden ist, zu ermächtigen und aufzufordern, die vom Versicherer verlangten Auskünfte zu erteilen und Berichte zu liefern; ist der Unfall einem Sozialversicherer gemeldet, so auch diesen im vorstehenden Sinne zu ermächtigen;

   2.2 sich auf Verlangen des Versicherers durch die von diesem bezeichneten Ärzte untersuchen zu lassen;

   2.3 dem Versicherer einen Todesfall innerhalb von 3 Tagen anzuzeigen, und zwar auch dann, wenn der Unfall bereits gemeldet ist;

   2.4 dem Versicherer das Recht einzuräumen, die Leiche durch Ärzte besichtigen, nötigenfalls exhumieren und auch öffnen zu lassen;

   2.5 nach dem Unfall unverzüglich ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen und die ärztliche Behandlung bis zum Abschluss des Heilverfahrens fortzusetzen; ebenso für eine angemessene Krankenpflege und nach Möglichkeit für die Abwendung und Minderung der Unfallsfolgen zu sorgen;

   2.6 nach Erhalt des Formulares für Unfallanzeigen dieses ohne Verzug dem Versicherer sorgfältig ausgefüllt zuzusenden; außerdem dem Versicherer alle weiter verlangten sachdienlichen Auskünfte zu erteilen;

   2.7 die mit dem Unfall befassten Behörden zu ermächtigen und zu veranlassen, die vom Versicherer verlangten Auskünfte zu erteilen;

   2.8 Im Falle der Versicherung von Unfallkosten (siehe Art. 9) dem Versicherer die Originalbelege zu überlassen.

Artikel 16
Wann und unter welchen Voraussetzungen ändern sich die Prämie und die Versicherungssummen?
(automatische Werterhöhung)

Die Prämie und die Versicherungssummen erhöhen oder vermindern sich jährlich zur Hauptfälligkeit um den Prozentsatz, der den Veränderungen gemäß dem von der Bundesanstalt Statistik Austria verlautbarten Verbraucherpreisindex 2000 (VPI 2000) entspricht. Für die Berechnung des Ausmaßes der Veränderung wird der Indexwert für den vier Monate vor der Hauptfälligkeit des Vertrages liegenden Monat mit dem Indexwert des entsprechenden Monats des Vorjahres verglichen und die prozentuelle Veränderung ermittelt.

Wird die Veröffentlichung des Verbraucherpreisindexes 2000 eingestellt, so wird zur Berechnung der Anpassung der an seine Stelle tretende Nachfolgeindex herangezogen.

Rententafel

auf Grund der österreichischen Sterbetafel OEM 80/82 und eines Zinsfußes von jährlich 3% (Art. 7, Pkt. 7., IUB)
Jahresbetrag der monatlich im Voraus zahlbaren lebenslangen 1) Rente für einen Kapitalsbetrag von EUR 1.000,00

Alter 2)	75	76	77	78	79	80
Jahresrente in EUR	155,31	163,71	172,68	182,27	192,58	203,62

1) Bei zeitlich begrenzten Renten ist die Höhe der auf einen Kapitalsbetrag von EUR 1.000,00 entfallenden Jahresrente aus denselben Rechnungsgrundlagen zu erstellen.
2) Für die Berechnung der Rente ist das Alter des Rentners an seinem dem Beginn des Rentenbezuges nächstgelegenen Geburtstag maßgebend.

Allianz Elementar Versicherungs-Aktiengesellschaft, Sitz: A-1100 Wien, Wiedner Gürtel 9-13, Telefon (01) 878 07-0, Telefax (01) 878 07-70000, Internet: www.allianz.at
eingetragen im Firmenbuch des Handelsgerichts Wien unter FN 34004g, UID: ATU 1536 4406, DVR: 0003565