

Allgemeine Zurich Bedingungen für die Insassenunfall-Versicherung

(IUB 2022)

Soweit im Folgenden personenbezogene Bezeichnungen nur in männlicher Form angeführt sind, beziehen sich diese auf Frauen und Männer in gleicher Weise.

Zu den in diesen Bedingungen verwendeten Personenbezeichnungen:

Versicherungsnehmer ist die Person, die den Versicherungsvertrag mit dem Versicherer abschließt.

Versicherte Person ist die Person, deren Gesundheitsschädigung infolge eines Unfalles versichert ist.

Begünstigter bzw., Bezugsberechtigter ist eine Person, die vom Versicherungsnehmer für den Empfang der Versicherungsleistung benannt wird.

Wichtiger Hinweis: Einzelne Regelungen der nachfolgenden IUB verweisen ausdrücklich auf Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VersVG) oder andere gesetzliche Bestimmungen. Gesetzesstellen des VersVG oder anderer Gesetze, auf die im Rahmen der IUB verwiesen wird, sowie andere wichtige Bestimmungen des VersVG sind in der Beilage zu den IUB in vollem Wortlaut wiedergegeben.

Inhaltsverzeichnis

Abschnitt A: Versicherungsschutz

Was ist versichert?

Art. 1: Gegenstand der Versicherung und Versicherungsform und mitversicherte Personen

Was gilt als Versicherungsfall?

Art. 2: Versicherungsfall

Wo gilt die Versicherung?

Art. 3: Örtlicher Geltungsbereich

Wann gilt die Versicherung?

Art. 4: Zeitlicher Geltungsbereich

Wann beginnt die Versicherung?

Art. 5: Prämie, Beginn des Versicherungsschutzes, vorläufige Deckung

Was ist ein Unfall?

Art. 6: Begriff des Unfalles

Abschnitt B: Versicherungsleistungen

Was kann versichert werden?

Art. 7: Versicherbare Leistungen

Was zahlen wir zusätzlich?

Art. 8: Dauernde Invalidität

Wann sind unsere Leistungen fällig?

Art. 9: Todesfall

In welchen Fällen und nach welchen Regeln entscheidet ein Schiedsgutachter?

Art. 10: Taggeld

Art. 11: Unfallkosten

Art. 12: Zusatzleistungen

Art. 13: Fälligkeit der Versicherungsleistung, Verjährung

Art. 14: Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten

Abschnitt C: Begrenzungen des Versicherungsschutzes

In welchen Fällen zahlt der Versicherer nicht?

Art. 15: Ausschlüsse

Art. 16: Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes

Abschnitt D: Pflichten des Versicherungsnehmers

Was ist vor Eintritt eines Versicherungsfalles zu beachten? Art. 17: Vereinbarte Obliegenheiten

Was ist nach Eintritt eines Versicherungsfalles zu tun?

Abschnitt E: Sonstige Vertragsbestimmungen

Was gilt als Versicherungsperiode?

Art. 18: Versicherungsperiode, Vertragsdauer

Unter welchen Voraussetzungen und wann kann der

Art. 19: Kündigung, Erlöschen des Vertrages

Versicherungsvertrag gekündigt werden?

Wann erlischt der Versicherungsvertrag ohne Kündigung?

Wem steht die Ausübung der Rechte aus dem Versicherungsvertrag zu, wer hat die Pflichten aus dem Versicherungsvertrag zu erfüllen?
Wann und unter welchen Voraussetzungen ändert sich die Prämie?
Können Versicherungsansprüche abgetreten werden?
Wo können Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag gerichtlich geltend gemacht werden?
Wie sind Erklärungen abzugeben?

Anhang:

Art. 20: Rechtsstellung der am Vertrag beteiligten Personen
Art. 21: Prämienanpassung
Art. 22: Abtretungsverbot
Art. 23: Anzuwendendes Recht
Art. 24: Form der Erklärungen
Rententafel

Abschnitt A: Versicherungsschutz

Artikel 1

Gegenstand der Versicherung, Versicherungsform und mitversicherte Personen, Wechselkennzeichen

1. Gegenstand der Versicherung

Die Versicherung bezieht sich auf Unfälle (Artikel 6) in ursächlichem Zusammenhang mit dem Lenken, Benutzen, Behandeln, dem Be- und Entladen sowie dem Einweisen des im Versicherungsvertrag bezeichneten Kraftfahrzeuges oder Anhängers. Unfälle beim Ein- und Aussteigen sind mitversichert.

Die tatsächlich vereinbarten Versicherungsleistungen (siehe Artikel 8 – 12) und die Versicherungssummen ergeben sich aus dem Versicherungsvertrag.

2. Versicherungsform und versicherte Personen

Die vereinbarte Versicherungssumme gilt für jeden einzelnen kraftfahrrrechtlich genehmigten Platz des im Versicherungsvertrag bezeichneten Fahrzeuges (Platzsystem).

Sind im Unfallszeitpunkt mehr Personen versichert, als Plätze kraftfahrrrechtlich genehmigt sind, oder mehr Plätze vorhanden als im Versicherungsantrag angegeben, wird die Versicherungsleistung für die einzelne Person im entsprechenden Verhältnis vermindert.

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 und zeitlichen Zusammenhang mit ihrer Beförderung im Rahmen eines der unter Artikel 1 Punkt 1 beschriebenen Vorgänge tätig werden.

3. Wechselkennzeichen

Für die Dauer der Zuweisung eines Wechselkennzeichens hat die Versicherung nur für das Fahrzeug Gültigkeit, an dem die Kennzeichentafeln jeweils angebracht sind.

Der Wegfall des Wechselkennzeichens ist dem Versicherer unverzüglich mitzuteilen.

Artikel 2

Versicherungsfall

Versicherungsfall ist der Eintritt eines Unfalles (Artikel 6).

Artikel 3 Örtlicher Geltungsbereich

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Europa im geographischen Sinn, jedenfalls aber auf das Gebiet jener Staaten, die das Übereinkommen zwischen den nationalen Versicherungsbüros der Mitgliedstaaten des Europäischen Wirtschaftsraumes und anderen assoziierten Staaten vom 30. Mai 2002, ABI. Nr. L192 vom 31. Juli 2003, S. 23 (siehe Beilage) unterzeichnet haben. Zusätzlich erstreckt sich der Versicherungsschutz auch auf folgende Staaten: Marokko, Türkei (gesamt) und Tunesien.

Bei Transport des Fahrzeuges zu Wasser wird der Versicherungsschutz nicht unterbrochen, wenn die Verladeorte innerhalb des örtlichen Geltungsbereiches liegen. Sofern der Bestimmungsort außerhalb des örtlichen Geltungsbereiches liegt, endet der Versicherungsschutz mit Beendigung des Verladevorganges.

Artikel 4

Zeitlicher Geltungsbereich

Versichert sind Unfälle, die während der Wirksamkeit des Versicherungsschutzes (Laufzeit des Versicherungsvertrages unter Beachtung der §§ 38, 39, 39a VersVG und des Artikel 5 Punkte 2 und 3) eingetreten sind.

Artikel 5

Prämie, Beginn des Versicherungsschutzes, vorläufige Deckung

1. Prämie und Zahlungsverzug

- 1.1. Die erste oder einmalige Prämie einschließlich Versicherungssteuer ist vom Versicherungsnehmer/von der Versicherungsnehmerin innerhalb von 14 Tagen nach
 - Abschluss des Versicherungsvertrages (Zugang der Polizze oder einer gesonderten Antragsannahmeerklärung) und
 - Aufforderung zur Prämienzahlung, welche auf die Rechtsfolgen des § 38 Abs. 1. und 2. VersVG (Rücktrittsrecht und Leistungsfreiheit des Versicherers bei Erstprämienverzug sowie die dafür geltenden gesetzlichen Voraussetzungen) verweist

zu bezahlen (Einlösung der Polizze).

- 1.2. Die Folgenprämien einschließlich Versicherungssteuer sind zum vereinbarten, in der Polizze angeführten Hauptfälligkeitstermin, bei vereinbarter Teilzahlung zu den jeweils vereinbarten Fälligkeitsterminen zu entrichten.
- 1.3. Zahlungsverzug kann zur Leistungsfreiheit des Versicherers und weiteren Rechtsfolgen führen. Die Voraussetzungen und Begrenzungen der Leistungsfreiheit sowie sonstiger Rechtsfolgen sind gesetzlich geregelt (siehe §§ 38, 39, 39a VersVG in der Beilage).

2. Beginn des Versicherungsschutzes

- 2.1. Der Versicherungsschutz beginnt mit dem vereinbarten Versicherungsbeginn, wenn der Versicherungsnehmer die erste oder einmalige Prämie einschließlich Versicherungssteuer
 - innerhalb der 14-Tages-Frist des Punktes 1.1 oder
 - nach Ablauf der in Punkt 1.1 angeführten 14-Tages-Frist ohne schuldhaften Verzug innerhalb von drei Monaten ab dem Fälligkeitstag (diese Begrenzung von drei Monaten kommt nicht zum Tragen, wenn der Versicherer die Prämie innerhalb dieses Zeitraums gerichtlich geltend gemacht hat)

bezahlt.

Bei schuldhaftem Verzug mit der Bezahlung der Prämie samt Versicherungssteuer besteht Versicherungsschutz ab dem Zeitpunkt der Prämienzahlung, sofern diese innerhalb von drei Monaten ab dem Fälligkeitstag erfolgt (diese Begrenzung von drei Monaten kommt nicht zum Tragen, wenn der Versicherer die Prämie innerhalb dieses Zeitraums gerichtlich

geltend gemacht hat). Bei Zahlungsverzug mit einem Teil der Prämie sind zusätzlich die Bestimmungen des § 39a VersVG (prozentuelle und betragliche Grenzen des Prämienverzugs für die Leistungsfreiheit) maßgebend.

3. Vorläufige Deckung

Soll der Versicherungsschutz jedenfalls schon vor Einlösung der Polizze beginnen (vorläufige Deckung), ist die ausdrückliche Zusage der vorläufigen Deckung durch uns erforderlich.

Ist eine vorläufige Deckung vereinbart, so tritt diese, wenn sie nicht gemäß den in Punkt 3.1. oder 3.2. enthaltenen Regelungen bereits zu einem früheren Zeitpunkt endet, jedenfalls und spätestens mit Ablauf einer vereinbarten Befristung derselben außer Kraft.

3.1. Kommt der beantragte Versicherungsvertrag zustande, endet die Vorläufige Deckung:

3.1.1. mit jenem Zeitpunkt, in welchem eine Kündigung der Vorläufigen Deckung wirksam wird (der Versicherer hat im Falle der Kündigung der Vorläufigen Deckung die geschriebene Form sowie eine Frist von mindestens 14 Tagen zwischen Zugang und Wirksamkeit der Kündigung zu wahren); ist eine solche Kündigung nicht erfolgt:

3.1.2. mit vereinbartem Versicherungsbeginn, wenn die erste oder einmalige Prämie fristgerecht (Punkt 2.1) oder danach ohne schuldhaften Verzug bezahlt wird. Liegen auch die in Pkt. 3.1.2 angeführten Umstände nicht vor:

3.1.3. mit Ablauf der Frist von 14 Tagen ab Abschluss des Versicherungsvertrages und Aufforderung zur Prämienzahlung einschließlich Rechtsfolgenbelehrung (Punkt 2.1).

3.2. Kommt der beantragte Versicherungsvertrag nicht zustande, endet die Vorläufige Deckung:

3.2.1. mit jenem Zeitpunkt, in welchem eine Kündigung der Vorläufigen Deckung wirksam wird (der Versicherer hat im Falle der Kündigung der Vorläufigen Deckung die geschriebene Form sowie eine Frist von 14 Tagen zwischen Zugang und Wirksamkeit der Kündigung zu wahren); ist eine solche Kündigung nicht erfolgt:

3.2.2. mit Zugang einer ausdrücklichen Ablehnung des Vertragsabschlusses durch eine der („Vertrags“-)Parteien in geschriebener Form; ist auch eine solche Ablehnung nicht erfolgt: jedenfalls und spätestens

3.2.3. bei Abgabe einer Erklärung, während einer bestimmten Frist an den Versicherungsantrag gebunden zu sein: mit Ablauf dieser Bindungsfrist. Wurde eine solche Erklärung nicht abgegeben, so endet die Vorläufige Deckung jedenfalls und spätestens sechs Wochen nach Zugang des Antrags an den Erklärungsempfänger.

3.3. Dem Versicherer gebührt im Falle einer Vorläufigen Deckung die auf die Zeit des Versicherungsschutzes entfallende anteilige Prämie.

Artikel 6 Begriff des Unfalles

1. Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen mechanisch oder chemisch auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

2. Als Unfall gelten auch folgende, unfreiwillig erlittene Ereignisse:
 - 2.1. Ertrinken
 - 2.2. Verbrennungen, Verbrühungen, Einwirken von Blitzschlag oder elektrischem Strom
 - 2.3. Einatmen von Gasen oder Dämpfen, sofern diese Einwirkungen nicht allmählich erfolgen
 - 2.4. Einnehmen von giftigen oder ätzenden Stoffen, sofern diese Einwirkungen nicht allmählich erfolgen
 - 2.5. plötzliche Verrenkungen von Gliedern, plötzliche Zerrungen und Zerreißungen von an Gliedmaßen und an der Wirbelsäule befindlichen Muskeln, Sehnen, Bändern und Kapseln sowie plötzliche Meniskusverletzungen.
3. Krankheiten gelten nicht als Unfälle, übertragbare Krankheiten auch nicht als Unfallfolgen. Dies gilt nicht für Wundstarrkrampf, der durch einen Unfall gemäß Punkt 1. verursacht wurde.

Abschnitt B: Versicherungsleistungen

Artikel 7 Versicherbare Leistungen

Die Versicherung kann abgeschlossen werden für

- dauernde Invalidität (Art 8)
- den Todesfall (Art 9)
- Taggeld (Art 10)
- Unfallkosten (Art 11)

Artikel 8 Dauernde Invalidität

1. Voraussetzungen für die Leistung:

Die versicherte Person ist durch den Unfall auf Lebenszeit in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt.

Die Invalidität ist innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten. Sie ist unter Vorlage eines ärztlichen Befundberichtes, aus dem Art und Umfang der Gesundheitsschädigung und die Möglichkeit einer auf Lebenszeit dauernden Invalidität hervorgeht, beim Versicherer geltend gemacht worden.

Kein Anspruch auf Invaliditätsleistung besteht, wenn die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall stirbt. Stirbt die versicherte Person aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach dem Unfall oder – gleichgültig aus welcher Ursache – später als ein Jahr nach dem Unfall, ist nach jenem Invaliditätsgrad zu leisten, mit dem aufgrund der zuletzt erstellten ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

2. Art der Leistung:

Die Entschädigungsleistung gem. Art. 7 wird in Form eines Kapitalbetrags vom Versicherer erbracht.

3. Höhe der Leistung:

- 3.1. Bei völligem Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane gelten ausschließlich, soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, 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	50%
sofern die Sehkraft des anderen Auges vor Eintritt des Versicherungsfalles bereits verloren war	65%
des Gehörs beider Ohren	60%
des Gehörs eines Ohres	30%
sofern jedoch das Gehör des anderen Ohres vor Eintritt des Versicherungsfalles bereits verloren war	45%
des Geruchssinnes	10%
des Geschmackssinnes	10%
des Magens	20%
der Milz	10%
der Niere	20%
der Stimme	30%
der weiblichen Brust (je Seite)	15%
des männlichen Geschlechtsorgans (Penis)	30%

Wenn die Funktion der zweiten Niere bereits vor dem Unfall auf Lebenszeit beeinträchtigt war oder durch denselben Unfall auf Lebenszeit ebenfalls beeinträchtigt wird, ist bei der Bemessung der Dauernden Invalidität hinsichtlich der Nieren ausschließlich Punkt 3.3 anzuwenden.

- 3.2. Bei Teilverlust oder teilweiser Funktionsbeeinträchtigung der in Punkt 3.1 angeführten Körperteile oder Sinnesorgane gilt der entsprechende Teil des jeweiligen Prozentsatzes.
- 3.3. 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.
- 3.4. Waren betroffene Körperteile oder Sinnesorgane bereits vor dem Unfall auf Lebenszeit in ihrer Funktionsfähigkeit beeinträchtigt, wird vom Invaliditätsgrad der Grad der Vorinvalidität abgezogen. Diese Vorinvalidität ist hinsichtlich der in Punkt 3.1 angeführten Körperteile oder Sinnesorgane nach den im genannten Punkt angeführten Modalitäten zu bemessen, hinsichtlich anderer Körperteile oder Sinnesorgane nach Punkt 3.3.
- 3.5. Ist die Funktion mehrerer Körperteile oder Sinnesorgane durch den Unfall beeinträchtigt, werden die nach den vorstehenden Bestimmungen ermittelten Invaliditätsgrade zusammengerechnet. Mehr als 100 % werden jedoch nicht berücksichtigt.
- 3.6. Im ersten Jahr nach dem Unfall wird eine Invaliditätsleistung vom Versicherer nur erbracht, wenn Art und Umfang der

Unfallfolgen aus ärztlicher Sicht eindeutig feststehen und mit hoher Wahrscheinlichkeit auszuschließen ist, dass die versicherte Person innerhalb eines Jahres nach dem Unfall durch die Unfallfolgen verstirbt.

- 3.7. Steht der Grad der dauernden Invalidität nicht eindeutig fest, sind sowohl die versicherte Person als auch der Versicherer berechtigt, den Invaliditätsgrad jährlich bis 4 Jahre ab dem Unfalltag ärztlich neu bemessen zu lassen.

Artikel 9 Todesfall

1. Tritt innerhalb eines Jahres vom Unfalltag an gerechnet der Tod als Folge des Unfalls ein, wird die für den Todesfall versicherte Summe gezahlt.
2. Auf die Todesfallleistung werden nur Zahlungen, die für dauernde Invalidität aus demselben Ereignis geleistet werden sind, angerechnet. Einen Mehrbetrag an Leistung für dauernde Invalidität kann vom Versicherer nicht zurückverlangen werden.
3. Im Falle unserer Verpflichtung zur Auszahlung der für den Todesfall vereinbarten Summe werden zusätzlich zur Leistung gemäß Punkt 1. die nachweislich aufgewendeten Kosten der Überführung der Leiche und der Bestattung (einschließlich Grabstelle und Grabstein) ersetzt. Der Kostensatz ist mit 10% der für den Fall des Todes versicherten Summe begrenzt.
4. Für Personen, die im Zeitpunkt ihres unfallbedingten Ablebens noch nicht 15 Jahre alt waren, werden im Rahmen der Versicherungssumme nur die tatsächlich aufgewendeten Kosten für die Überführung der Leiche und der Bestattung (einschließlich Grabstelle und Grabstein) ersetzt. Dieser Ersatz erfolgt bis zur Höhe des von der Finanzmarktaufsicht (FMA) mittels Beerdigungskostenverordnung (aktuell BGBl II 172/2015 in der Fassung BGBl II 161/2020) festgesetzten Höchstbetrags (aktuell sind dies EUR 15.000), wobei die im Unfallzeitpunkt geltende Fassung dieser Verordnung maßgebend ist.

Artikel 10 Taggeld

Taggeld wird bei dauernder oder vorübergehender unfallbedingter Invalidität für die Dauer der dadurch verursachten vollständigen Arbeitsunfähigkeit im Beruf oder in der Beschäftigung der versicherten Person für längstens 365 Tage innerhalb von 2 Jahren ab dem Unfalltag gezahlt.

Artikel 11 Unfallkosten

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

Unfallkosten sind:

2. Heilkosten (unter Beachtung und nach Maßgabe des Punktes 2.2.), die

- 2.1. zur Behebung der Unfallfolgen aufgewendet wurden und nach ärztlicher Verordnung notwendig waren; hierzu zählen auch aufgewendete Kosten der nach ärztlicher Verordnung notwendigen Rehabilitation.

Heilkosten sind auch die medizinisch und wirtschaftlich notwendigen Kosten

- des Verletzentransportes zur Erstbehandlung oder zu weiteren Behandlungen durch einen Arzt oder im Krankenhaus (sofern die versicherte Person gehunfähig ist)
- der erstmaligen Anschaffung künstlicher Gliedmaßen und eines Zahnersatzes (bei bereits vor dem Unfall wurzelbehandelten und/oder überkronten Zähnen findet Art 19 Pkt. 2 sinngemäß Anwendung) sowie anderer, nach ärztlichem Ermessen erforderlicher erstmaliger Anschaffungen. Für versicherte Kinder tritt hinsichtlich der Kosten für die erstmalige Anschaffung eines Zahnersatzes an Stelle der in Punkt 1. angeführten Frist folgende Regelung: Die aufgewandten Kosten müssen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres aufgelaufen sein.

- 2.2. Kosten der Sonderklasse in Spitätern, Krankenanstalten, Rehabilitationszentren, privaten Sanatorien, sowie private Operations- und Ordinationskosten und Kosten der privaten Physiotherapie, werden nicht ersetzt. Auch Kosten für Behandlungen, die von der Schulmedizin nicht überwiegend anerkannt sind (alternativmedizinische Behandlungen), werden nicht ersetzt.

Kosten für Bade- und Erholungsaufenthalte und/oder -reisen sowie Kuraufenthalte, ferner Kosten der Reparatur oder der Wiederbeschaffung eines Zahnersatzes, künstlicher Gliedmaßen oder sonstiger künstlicher Behelfe werden nicht ersetzt.

3. Rückholkosten

Wenn die Versicherung für Tod und/oder dauernde Invalidität genommen ist, übernimmt der Versicherer die Kosten des Rücktransports verunfallter versicherter Personen aus dem europäischen Ausland zu ihrem Wohnsitz in Österreich, wenn der versicherten Person infolge der medizinischen Unfallfolgen eine Heimreise mit dem Fahrzeug nicht möglich ist. Im Falle eines tödlichen Unfalles einer versicherten Person werden vom Versicherer auch die Kosten der Überführung dieser Person zu deren letztem Wohnsitz in Österreich getragen. Die vorstehenden Leistungen für alle Insassen zusammen sind mit 5% der für Todesfall und dauernde Invalidität zusammen versicherten Summen, höchstens aber mit EUR 3.633,64. begrenzt.

Artikel 12 Zusatzeistungen

Wir übernehmen die erforderlichen Kosten, die durch Erfüllung der in Artikel 17, Punkt 2., Obliegenheiten, bestimmten Obliegenheiten entstehen. Ausgenommen bleiben davon Kosten nach Artikel 17, Punkt 2.1, Punkt 2.2, Punkt 2.4.und Punkt 2.5.

Artikel 13 Fälligkeit der Versicherungsleistung und Verjährung

1. Die Versicherungsleistung wird nach Abschluss der für ihre Feststellung notwendigen Erhebungen fällig. Für Leistungen aus dem Titel einer „Dauernden Invalidität“ ist überdies Artikel 8. Punkte 6. und 7. zu beachten.

2. Die Fälligkeit tritt jedoch unabhängig vom Abschluss der notwendigen Erhebungen ein, wenn der Versicherungsnehmer nach Ablauf zweier Monate seit dem Begehr 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 Monats entspricht.
3. Steht die Eintrittspflicht 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 Schadensanzeige nicht feststellen, hat der Versicherer auf Verlangen der VersicherungsnehmerInnen angemessene Vorschüsse in Höhe jenes Betrages zu leisten, den er nach Lage der Sache mindestens zu zahlen hat. Für Leistung aus dem Titel einer „Dauernden Invalidität“ ist Art. 8 Pkt. 6 und 7 zu beachten.
4. Für die Verjährung von Ansprüchen aus dem Versicherungsvertrag gilt § 12 VersVG (siehe Beilage).

Artikel 14 Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten

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 entscheidet verbindlich ein Schiedsgutachter, sofern dies der Versicherungsnehmer bzw. der jeweilige Bezugsberechtigte (im Folgenden: der Anspruchsberechtigte) oder der Versicherer verlangen und diese Meinungsverschiedenheiten auf insofern abweichenden medizinischen Gutachten des vom Versicherer im Anlassfall beizogenen sowie eines vom Anspruchsberechtigten beauftragten Gutachterarztes beruhen.
2. Gemäß § 184 VersVG ist die Entscheidung des Schiedsgutachters nur dann nicht verbindlich, wenn sie offenbar von der wirklichen Sachlage erheblich abweicht. In diesem Rahmen kann die Entscheidung des Schiedsgutachters auch gerichtlich überprüft werden und erfolgt die Feststellung dann durch Urteil. Letzteres gilt auch, wenn der Schiedsgutachter die Feststellung nicht treffen kann oder will oder sie verzögert oder wenn der Schiedsgutachter nicht entscheidet, weil der Anspruchsberechtigte zwar die Entscheidung des Schiedsgutachters verlangt hat, innerhalb der 4-Wochen-Frist des Punktes 8.2. aber nicht erklärt hat, mit dem ihm mitgeteilten Maximalbetrag einverstanden zu sein.
3. Das Recht, die Entscheidung eines Schiedsgutachters zu verlangen, steht sowohl dem Anspruchsberechtigten als auch dem Versicherer zu. Verlangt der Anspruchsberechtigte die Entscheidung des Schiedsgutachters, so hat dies unter Bekanntgabe seiner Forderung bzw. Auffassung und unter Vorlage eines diese Forderung/Auffassung begründenden medizinischen Gutachtens zu erfolgen. Auf dieses Recht sowie die dafür geltenden Erfordernisse und Rahmenbedingungen wird der Versicherer den Anspruchsberechtigten in seiner Entscheidung über den Anspruch und/oder die strittige Fragestellung in geschriebener Form hinweisen.
4. Als Schiedsgutachter bestellen der vom Versicherer im Anlassfall beizogene sowie der vom Anspruchsberechtigten mit der bisherigen Fallbeurteilung beauftragte Gutachterarzt einvernehmlich einen in die österreichischen Ärzteliste

- eingetragenen Arzt mit ius practicandi (Recht zur Berufsausübung), welcher in die österreichische Liste der allgemein beeideten und gerichtlich zertifizierten medizinischen Sachverständigen eingetragen ist.
5. Der Schiedsgutachter hat über die strittigen Punkte im Sinne des Punktes 1. zu entscheiden. Einigen sich die beiden Ärzte über die Person des Schiedsgutachters nicht, wird über Antrag des Anspruchsberechtigten und/oder des Versicherers (die Parteien können sich bei dieser Antragstellung von den im Anlassfall beizugezogenen Gutachterärzten vertreten lassen) ein für die Beurteilung der strittigen Fragen zuständiger medizinischer Sachverständiger durch die österreichische Ärztekammer als Schiedsgutachter bestellt.
 6. Die Obliegenheiten gemäß Artikel 17 Punkt 3.5. bis 3.9. gelten sinngemäß für das Schiedsgutachterverfahren. Die versicherte Person trifft demnach auch die Obliegenheit, sich vom Schiedsgutachter untersuchen zu lassen.
 7. Der Schiedsgutachter hat ein Gutachten zu erstatten. Im Gutachten ist die getroffene Entscheidung schriftlich zu begründen, wobei sich die Begründung auch mit den im Anlassfall bereits vorliegenden medizinischen Gutachten auseinanderzusetzen hat.
 8.
 - 8.1. Verlangt der Versicherer die Entscheidung des Schiedsgutachters, so trägt er dessen Kosten allein.
 - 8.2. Verlangt der Anspruchsberechtigte die Entscheidung des Schiedsgutachters, hat der Versicherer dem Anspruchsberechtigten vor Aufnahme der Tätigkeit des Schiedsgutachters in geschriebener Form den Maximalbetrag der vom Anspruchsberechtigten zu tragenden Kosten mitzuteilen. Dieser Maximalbetrag ist vom Versicherer unter Bedachtnahme auf die zu erwartenden objektiv notwendigen Kosten des Schiedsgutachters zu bestimmen und darf nicht mehr als 1 % der für Tod und Invalidität zusammen versicherten Summe, höchstens jedoch 25 % des strittigen Betrages betragen. Der Schiedsgutachter wird nur dann tätig, wenn der Anspruchsberechtigte innerhalb von vier Wochen ab Erhalt der Mitteilung erklärt, mit dem ihm mitgeteilten Maximalbetrag einverstanden zu sein. Die endgültigen Kosten des Schiedsgutachters werden von ihm anhand der im Rahmen seiner Tätigkeit angefallenen objektiv notwendigen Kosten festgesetzt und sind im Verhältnis des Obsiegens der beiden Parteien zu tragen, vom Anspruchsberechtigten jedoch höchstens bis zur Höhe des ihm mitgeteilten Maximalbetrags. Bei Unverbindlichkeit der Entscheidung des Schiedsgutachters (siehe Punkt 2.) trägt der Versicherer die Kosten des Schiedsgutachters.
- Abschnitt C:**
Begrenzungen des Versicherungsschutzes
- Artikel 15**
Ausschlüsse
1. Der Versicherungsschutz erstreckt sich nicht auf Unfälle,
 - 1.1. die bei Fahrten auf Rennstrecken, Motocross-Strecken oder bei Beteiligung an motorsportlichen Wettbewerben (auch Wertungsfahrten und Rallyes) und den dazugehörenden Trainingsfahrten eintreten;
 - 1.2. die beim Versuch, bei der Vorbereitung oder bei Begehung gerichtlich strafbarer Handlungen durch den Versicherungsnehmer eintreten, für die Vorsatz Tatbestandsmerkmal ist;
 - 1.3. die in ursächlichem Zusammenhang stehen mit:
 - Kriegsereignissen jeder Art, mit oder ohne Kriegserklärung,
 - bewaffneten Konflikten und Gewalthandlungen zwischen Staaten,
 - Gewalthandlungen politischer Organisationen bzw. terroristischer Organisationen oder Einzelpersonen,
 - Revolution, Rebellion, Aufruhr, Aufstand,
 - 1.4. die in ursächlichem Zusammenhang stehen mit:
 - atomaren, chemischen oder biologischen Waffen,
 - Einwirkung von Kernenergie,
 - dem Einfluss von ionisierenden Strahlen im Sinne der im Unfallszeitpunkt geltenden Fassung des Strahlenschutzgesetzes, sofern die Bestrahlung nicht durch Heilbehandlungen aufgrund eines vom Versicherungsschutz umfassten Unfalls veranlasst war.
 - Erdbeben
 - 1.5. die die versicherte Person infolge einer Bewusstseinsstörung oder einer wesentlichen Beeinträchtigung ihrer psychischen Leistungsfähigkeit durch Alkohol, Suchtgifte oder Medikamente erleidet;
 - 1.6. bei Fahrten, die ohne Willen des über das Fahrzeug Verfügbaren berechtigten vorbereitet, ausgeführt oder ausgedehnt werden;
 2. Darüber hinaus besteht kein Versicherungsschutz für Gesundheitsschäden, die durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person entstehen. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Heilmaßnahmen oder Eingriffe durch einen vom Versicherungsschutz umfassten Unfall medizinisch bedingt waren.

Artikel 16 **Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes**

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

Darüberhinausgehend gilt:

1. Bei der Bemessung des Invaliditätsgrades wird ein Abzug in Höhe einer Vorinvalidität nur vorgenommen, wenn durch den Unfall Körperteile oder Sinnesorgane oder deren Funktionsfähigkeit betroffen sind, die schon vorher auf Lebenszeit beeinträchtigt waren (siehe dazu im Einzelnen Artikel 7., Punkt 4).
2. Haben Krankheiten, Gebrechen oder krankheitswertige Abnutzungerscheinungen, wie beispielsweise Arthrosen, bei der durch ein Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, mindert sich

- im Falle einer Invalidität der Prozentsatz des Invaliditätsgrades
 - bei allen anderen Versicherungsleistungen die jeweilige Leistung entsprechend dem Anteil der Krankheit, des Gebrechens oder der krankheitswertigen Abnützungerscheinung.
3. Für Gesundheitsschädigungen, die aufgrund akuter Mangel durchblutung des Herzmuskel 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 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 Krankheiten, Gebrechen oder krankheitswertigen Abnützungerscheinungen handelt.
6. Für Bauch- und Unterleibsbrüche jeder Art wird eine Leistung nur erbracht, wenn sie durch eine von außen kommende mechanische Einwirkung direkt herbeigeführt wurden sind und nicht anlagebedingt waren.

Abschnitt D: Pflichten des Versicherungsnehmers

Die Bestimmungen über die Prämienzahlungspflicht finden sich in Art. 5.

Artikel 17 Vereinbarte Obliegenheiten

Obliegenheiten, welche die dem Versicherungsvertrag zugrundeliegende Äquivalenz zwischen Risiko und Prämie aufrechterhalten sollen

1. Für den Fall der Verletzung einer der nachstehenden Obliegenheiten im Zeitpunkt des Versicherungsfalles wird Leistungsfreiheit des Versicherers nach Maßgabe des § 6 Abs. 1 und Abs. 1a VersVG (welche die Voraussetzungen und Begrenzungen der Leistungsfreiheit näher bestimmen; siehe Abdruck in der Beilage) vereinbart:

Vereinbarungen über die Verwendung des Fahrzeugs sind einzuhalten.

Obliegenheiten zum Zweck der Verminderung der Gefahr oder der Verhütung einer Erhöhung der Gefahr

2. Für den Fall der Verletzung einer der nachstehenden Obliegenheiten im Zeitpunkt des Versicherungsfalles wird Leistungsfreiheit des Versicherers nach Maßgabe des § 6 Abs. 2

VersVG (welcher die Voraussetzungen und Begrenzungen der Leistungsfreiheit näher bestimmt; siehe Abdruck in der Beilage) vereinbart:

- 2.1. der Lenker muss in jedem Fall die kraftfahrrichtliche Berechtigung besitzen, die für das Lenken des Fahrzeugs auf Straßen mit öffentlichem Verkehr vorgeschrieben ist; dies gilt auch dann, wenn das Fahrzeug nicht auf Straßen mit öffentlichem Verkehr gelenkt wird;
- 2.2. der Lenker darf sich nicht in einem durch Alkohol oder Suchtgifte beeinträchtigten Zustand im Sinne der Straßen Verkehrs vorschriften befinden;
- 2.3. mit dem Fahrzeug dürfen Personen nur unter Einhaltung der betreffenden kraftfahrrichtlichen Vorschriften befördert werden.

Die Leistungspflicht bleibt jedenfalls in den Fällen der Punkt 2.1 und 2.2 gegenüber dem Versicherungsnehmer und anderen mitversicherten Personen als dem Lenker bestehen, sofern für diese die Obliegenheitsverletzung ohne Verschulden nicht erkennbar war.

Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalles

3. Für den Fall der Verletzung einer der nachstehenden Obliegenheiten, die dem Versicherer gegenüber nach Eintritt des Versicherungsfalles zu erfüllen sind, wird Leistungsfreiheit des Versicherers nach Maßgabe des § 6 Abs. 3 VersVG (welcher die Voraussetzungen und Begrenzungen der Leistungsfreiheit näher bestimmt; siehe Abdruck in der Beilage) vereinbart:
 - 3.1. Dem Versicherer ist innerhalb einer Woche
 - der Versicherungsfall unter möglichst genauer Angabe des Sachverhaltes sowie
 - die Einleitung eines damit im Zusammenhang stehenden verwaltungsbehördlichen oder gerichtlichen Verfahrens in geschriebener Form mitzuteilen.
 - 3.2. Dem Versicherer ist ein Todesfall innerhalb von drei Tagen anzugeben, und zwar auch dann, wenn der Unfall bereits dem Versicherer gemeldet wurde.
 - 3.3. Es ist nach Möglichkeit zur Feststellung des Sachverhaltes beizutragen; dem Versicherer sind alle verlangten sachdienlichen Auskünfte nach Möglichkeit zu erteilen.
 - 3.4. 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.
 - 3.5. Der Versicherer kann verlangen, dass sich die versicherte Person durch die von ihm bezeichneten Ärzte untersuchen lässt; einem solchen Verlangen ist Folge zu leisten.
 - 3.6. Im Falle der Mitversicherung von Unfallkosten sind dem Versicherer die Originalbelege zu überlassen.

Abschnitt E: Sonstige Vertragsbestimmungen

Artikel 18

Versicherungsperiode, Vertragsdauer

1. Versicherungsperiode

Als Versicherungsperiode gilt, wenn der Versicherungsvertrag nicht für eine kürzere Zeit abgeschlossen ist, der Zeitraum eines Jahres; dies gilt auch dann, wenn die Jahresprämie vertragsgemäß in Teilbeträgen zu entrichten ist.

2. Vertragsdauer

- 2.1. Beträgt die vereinbarte Vertragsdauer weniger als ein Jahr, endet der Vertrag ohne Kündigung zum vereinbarten Zeitpunkt.
- 2.2. Beträgt die vereinbarte Vertragsdauer mindestens ein Jahr, gilt der Versicherungsvertrag zunächst für die vertraglich vereinbarte Dauer.

2.2.1. Die Vertragslaufzeit verlängert sich aber jeweils automatisch um ein weiteres Jahr, wenn der Vertrag nicht spätestens einen Monat vor Ablauf gekündigt wird. Für den Zugang der Erklärung der Ablaufkündigung steht die gesamte Vertragslaufzeit unter Beachtung der vorerwähnten Frist von einem Monat zur Verfügung.

2.2.2. Für Versicherungsverträge, deren Abschluss nicht zum Betrieb eines Unternehmens des Versicherungsnehmers gehört (Verbraucherverträge) ist vereinbart, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer frühestens vier Monate, spätestens aber drei Monate vor Ablauf der vereinbarten Laufzeit darüber informieren wird, dass dieser den Versicherungsvertrag zum Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer kündigen kann; dabei wird der Versicherer auch auf die Rechtsfolgen der Vertragsverlängerung bei unterbliebener Kündigung sowie der Vertragsbeendigung bei Vornahme der Kündigung besonders hinweisen.

2.3. Für den neuerlichen Ablauf der verlängerten Vertragsdauer gelten wiederum die Regelungen der Punkte 2.2.1. und 2.2.2.

Artikel 19

Interessewegfall

Bei Wegfall des versicherten Interesses gelten die Bestimmungen des § 68 VersVG.

Artikel 20

Rechtsstellung der am Vertrag beteiligten Personen

1. Die Unfallversicherung 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 §§ 74 bis 80 VersVG, Versicherung für fremde Rechnung, sind mit der Maßgabe anzuwenden, dass die Ausübung der Rechte aus dem Versicherungsvertrag und die Verfügung darüber 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 geltenden Bestimmungen gelten sinngemäß auch für versicherte und jene Personen, die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag geltend machen.

Insbesondere sind diese Personen neben dem Versicherungsnehmer für die Erfüllung der Obliegenheiten verantwortlich.

Artikel 21

Wann und unter welchen Voraussetzungen ändert sich die Prämie? (Prämienanpassung)

1. Die Anpassung (Erhöhung oder Reduktion) der Prämie und der Versicherungssumme(n) erfolgt einmal jährlich zur Hauptfälligkeit des jeweiligen Versicherungsvertrages. Angepasst wird nach Maßgabe der Entwicklung des von der Bundesanstalt Statistik Austria verlautbarten Verbraucherpreisindex 2000 (bei dessen Entfall nach dem an seine Stelle tretenen Nachfolgeindex), wobei die veröffentlichten endgültigen Monatswerte herangezogen werden.

Prämienhauptfälligkeit ist jener Tag und Monat, welcher im Versicherungsvertrag als Ablaufdatum der Versicherung verenbart wurde (z.B.: vereinbartes Ablaufdatum 01.06.2020 – Prämienhauptfälligkeit ist der 01.06. jedes Jahres

Bei Vertragsbeginn wird der Prämie und der/den Versicherungssumme(n) die veröffentlichte Indexzahl jenes Monats zugrunde gelegt, der vier Monate vor jenem des Vertragsbeginns gelegen ist (Basismonat). Der Indexwert für den Basismonat ist in der Polizze angeführt.

Für die Berechnung und die Beobachtung der Indexentwicklung wird jeweils der endgültige Indexwert für jenen Monat herangezogen, der vier Monate vor jenem der Hauptfälligkeit des Versicherungsvertrages gelegen ist (Berechnungsmonat).

Die erstmalige Anpassung erfolgt nach jenem Verhältnis, in dem sich die für die Hauptfälligkeit heranzuziehende Indexzahl des Berechnungsmonats gegenüber der bei Vertragsbeginn zugrunde gelegten Indexzahl des Basismonats verändert hat. (Punkt 2. findet Anwendung.)

Jede weitere Anpassung erfolgt nach jenem Verhältnis, in dem sich die für die Hauptfälligkeit heranzuziehende Indexzahl des Berechnungsmonats gegenüber der bei der letzten Indexanpassung zugrunde gelegten Indexzahl verändert hat.

Bei Veränderungen unter 0,5% unterbleibt eine Anpassung der Prämie und der Versicherungssumme(n). Dieser Unterschied ist allerdings bei späteren Prämienanpassungen mitzuberücksichtigen.

Allgemeine Vorschriften über Vertragsbestimmungen, die eine Änderung des Entgeltes vorsehen, bleiben unberührt.

2. Anpassungen der Prämie und der Versicherungssumme(n) aufgrund des Punktes 1. können rechtswirksam frühestens nach einem Jahr ab Versicherungsbeginn und in der Folge nicht in kürzeren als einjährigen Abständen vorgenommen werden.

3. Eine Prämienerhöhung aufgrund des Punktes 1. wird jedenfalls erst mit Zugang einer entsprechenden Mitteilung an den Versicherungsnehmer wirksam.

Artikel 22 **Abtretungsverbot**

Versicherungsansprüche dürfen vor ihrer endgültigen Feststellung ohne ausdrückliche Zustimmung des Versicherers weder abgetreten noch verpfändet werden; dies gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer Unternehmer ist.

Artikel 23 **Anzuwendendes Recht**

Für diesen Vertrag gilt österreichisches Recht

Artikel 24 **Form der Erklärungen des Versicherungsnehmers; Anschriftwechsel**

Für sämtliche Anzeigen, Erklärungen und Informationen des Versicherungsnehmers an den Versicherer ist die geschriebene Form erforderlich, sofern die Schriftform nicht ausdrücklich und mit gesonderter Erklärung vereinbart wurde.

Der geschriebenen Form wird durch Zugang eines Textes in Schriftzeichen entsprochen, aus dem die Person des Erklärenden hervorgeht. Eine eigenhändige Unterschrift des Erklärenden ist in der geschriebenen Form nicht erforderlich. Anzeigen, Erklärungen und Informationen in geschriebener Form können z.B. per Telefax, E-Mail oder auf dem Postweg übermittelt werden.

Schriftform bedeutet, dass dem Erklärungsempfänger das Original der Erklärung mit eigenhändiger Originalunterschrift des Erklärenden zugehen muss; auch eine "qualifizierte elektronische Signatur" (Der Begriff "qualifizierte elektronische Signatur" bestimmt sich gemäß Art 3 Z 12 der Verordnung (EU) des Europäischen Parlaments und des Rates vom 23.7.2014 über elektronische Identifizierung und Vertrauensdienste für elektronische Transaktionen im Binnenmarkt (ABl L 257 vom 28.8.2014; siehe Abdruck in der Beilage]) erfüllt das Schriftformerfordernis.

Änderungen der Anschrift des Versicherungsnehmers sind dem Versicherer bekannt zu geben. Solange der Versicherungsnehmer die Änderung seiner Anschrift dem Versicherer nicht bekannt gibt und der Versicherer keine Kenntnis von der neuen Anschrift des Versicherungsnehmers hat, gelten Erklärungen des Versicherers an die ihm vom Versicherungsnehmer (oder von dessen zur Angabe der Anschrift Bevollmächtigten) zuletzt bekannt gegebene Anschrift als dem Versicherungsnehmer in jenem Zeitpunkt zugegangen, in welchem sie ohne Änderung der Anschrift bei regelmäßiger Beförderung dem Versicherungsnehmer zugegangen wären.

Rententafel in EUR

auf Grund der österreichischen Sterbetafel OEM 2010/2012 und eines Zinsfußes von jährlich 1,5%

Jahresbetrag der monatlich im Voraus zahlbaren lebenslänglichen ¹⁾ Rente für die kapitalmäßige Berechnungsgrundlage von EUR 100,00.

Alter ²⁾	Jahresrente										
0	2,17	20	2,57	40	3,37	60	5,42	80	12,89	100	43,97
1	2,18	21	2,59	41	3,44	61	5,59	81	13,69	101	46,08
2	2,19	22	2,62	42	3,50	62	5,76	82	14,56	102	48,21
3	2,21	23	2,65	43	3,57	63	5,95	83	15,51	103	50,35
4	2,23	24	2,68	44	3,64	64	6,15	84	16,53	104	52,50
5	2,24	25	2,71	45	3,71	65	6,37	85	17,63	105	54,67
6	2,26	26	2,74	46	3,79	66	6,60	86	18,81	106	56,87
7	2,28	27	2,78	47	3,88	67	6,84	87	20,08	107	59,13
8	2,30	28	2,81	48	3,96	68	7,11	88	21,44	108	61,59
9	2,32	29	2,85	49	4,05	69	7,40	89	22,88	109	64,71
10	2,33	30	2,89	50	4,15	70	7,71	90	24,42	110	70,44
11	2,36	31	2,93	51	4,25	71	8,06	91	26,04	111	100,00
12	2,38	32	2,97	52	4,35	72	8,43	92	27,75		
13	2,40	33	3,01	53	4,46	73	8,83	93	29,54		
14	2,42	34	3,06	54	4,58	74	9,27	94	31,40		
15	2,44	35	3,10	55	4,70	75	9,75	95	33,34		
16	2,47	36	3,15	56	4,83	76	10,28	96	35,35		
17	2,49	37	3,20	57	4,97	77	10,85	97	37,41		
18	2,52	38	3,26	58	5,11	78	11,47	98	39,53		
19	2,54	39	3,32	59	5,26	79	12,15	99	41,71		

1) Bei zeitlich begrenzten Renten ist die Höhe der auf eine Versicherungssumme von EUR 100,00 entfallenden Jahresrente aus denselben Rechnungsgrundlagen zu erstellen.

2) Für die Berechnung der Rente ist das Alter des Rentners an seinem dem Beginne des Rentenbezuges nächstgelegenen Geburtstage maßgebend.

Staaten, die das Übereinkommen zwischen den nationalen Versicherungsbüros der Mitgliedsstaaten des Abkommens des europäischen Wirtschaftsraums und anderen assoziierten Staaten vom 30. Mai 2002, Abl. Nr. L 192 vom 31. Juli 2003, S 23 unterzeichnet haben:

(Stand 1. Jänner 2015)

Andorra	Estland	Irland	Liechtenstein	Norwegen	Schweden	Spanien
Belgien	Finnland	Island	Litauen	Österreich	Schweiz	Tschechien
Bulgarien	Frankreich	Italien	Luxemburg	Polen	Serben	Ungarn
Dänemark	Griechenland	Kroatien	Malta	Portugal	Slowakei	Zypern
Deutschland	Großbritannien	Lettland	Niederlande	Rumänien	Slowenien	

Zum örtlichen Geltungsbereich gem. Art. 3 der AK1 gehören ferner:

Albanien	Mazedonien	Montenegro	Türkei (gesamt)
Bosnien-Herzegowina	Moldawien	Russland (europ.Teil)	Tunesien
Marokko	Monaco	San Marino	Vatikanstaat