



HANNOVER INTERNATIONAL
AKTIENGESELLSCHAFT FÜR INDUSTRIEVERSICHERUNGEN

Allgemeine Bedingungen für die Unfallversicherung (AUVB 1998)

INHALTSVERZEICHNIS

ABSCHNITT A: VERSICHERUNGSSCHUTZ

| | | |
|---------------------------------|---------|--|
| Was ist versichert? | Art. 1: | Gegenstand der Versicherung |
| 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: | Beginn des Versicherungsschutzes, vorläufige Deckung |
| Was ist ein Unfall? | Art. 6: | Beginn des Unfalles |

ABSCHNITT B: VERSICHERUNGSLEISTUNGEN

| | | |
|---|----------|--|
| Was kann versichert werden? | Art. 7: | Dauernde Invaldität |
| | Art. 8: | Todesfall |
| | Art. 9: | Taggeld |
| | Art. 10: | Spitalgeld |
| | Art. 11: | Unfallkosten |
| | Art. 12: | Kinderlähmung, Frühsommer-Meningoencephalitis |
| | Art. 13: | Zusatzleistungen |
| Was zahlt der Versicherer zusätzlich? | | |
| Wann sind die Leistungen des Versicherers fällig und wann verfahren sie? | Art. 14: | Fälligkeit der Leistung des Versicherers und Verjährung |
| In welchen Fällen und nach welchen Regeln entscheidet die Ärztekommision? | Art. 15: | Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten (Ärztekommision) |

ABSCHNITT C: BEGRENZUNGEN DES VERSICHERUNGSSCHUTZES

| | | |
|--|----------|--|
| Wer kann nicht versichert werden? | Art. 16: | Unversicherbare Personen |
| In welchen Fällen zahlt der Versicherer nicht? | Art. 17: | Ausschlüsse |
| | Art. 18: | Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes |

ABSCHNITT D: PFLICHTEN DES VERSICHERUNGSNEHMERERS

| | | |
|--|----------|--|
| Wann ist die Prämie zu bezahlen? | Art. 19: | Prämie |
| Was ist bei Änderung des Berufes oder der Beschäftigung zu beachten? | Art. 20: | Anzeige der Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung des Versicherten |
| Was ist vor Eintritt eines Versicherungs-falles zu beachten? | Art. 21: | Obliegenheiten |
| Was ist nach Eintritt eines Versicherungsfalles zu tun? | | |

ABSCHNITT E: SONSTIGE VERTRAGSBESTIMMUNGEN

| | | |
|--|----------|--|
| Was gilt als Versicherungsperiode? | Art. 22: | Versicherungsperiode, Vertragsdauer |
| Unter welchen Voraussetzungen und wann kann der Versicherungsvertrag gekündigt werden? | Art. 23: | Kündigung, Erlöschen des Vertrages |
| Wann erlischt der Versicherungsvertrag ohne Kündigung? | Art. 24: | Rechtsstellung der am Vertrag beteiligten Personen |
| Wem steht die Ausübung der Rechte aus dem Versicherungsvertrag zu, wer hat die Pflichten aus dem Versicherungsvertrag zu erfüllen? | | |
| Wo können Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag gerichtlich geltend gemacht werden? | Art. 25: | Gerichtsstand |
| Wie sind die Erklärungen abzugeben? | Art. 26: | Form der Erklärungen |

ANHANG

Die in den Bedingungen zitierten Bestimmungen des Gesetzes: Rententafel

ABSCHNITT A: VERSICHERUNGSSCHUTZ

Artikel 1

Gegenstand der Versicherung

Der Versicherer bietet Versicherungsschutz, wenn dem Versicherten ein Unfall zustößt.

Die Leistungen, die versichert werden können, ergeben sich aus Abschnitt B. Aus der Police ist ersichtlich, welche Leistungen und Versicherungssummen vereinbart sind.

Artikel 2

Versicherungsfall

Versicherungsfall ist der Eintritt eines Unfalles (Art.6)

Artikel 3

Örtlicher Geltungsbereich

Die Versicherung gilt auf der ganzen Erde.

Artikel 4

Zeitlicher Geltungsbereich

Versichert sind Unfälle, die während der Wirksamkeit des Versicherungsschutzes (Laufzeit des Versicherungsvertrages unter Beachtung der §§ 38 ff. VersVG) eingetreten sind.

Artikel 5

Beginn des Versicherungsschutzes, vorläufige Deckung

1. Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz wird mit der Einlösung der Police (Art.19), jedoch nicht vor dem vereinbarten Versicherungsbeginn wirksam. Wird die erste oder die einmalige Prämie erst danach eingefordert, dann aber binnen 14 Tagen oder ohne schuldhaften Verzug gezahlt, ist der Versicherungsschutz ab dem vereinbarten Versicherungsbeginn gegeben.

2. Vorläufige Deckung

Soll der Versicherungsschutz schon vor Einlösung der Police beginnen (vorläufige Deckung), ist die ausdrückliche Zusage der vorläufigen Deckung durch den Versicherer erforderlich.

Ist eine vorläufige Deckung vereinbart, endet diese mit Aushändigung der Police. Wird die Annahme des Antrages vom Versicherer abgelehnt, ist gleichzeitig die vorläufige Deckung mit einer Frist von 1 Woche schriftlich zu kündigen.

Dem Versicherer gebührt in diesem Fall die auf die Zeit des Versicherungsschutzes entfallende anteilige Prämie.

Artikel 6

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 Unfall gelten auch folgende vom Willen des Versicherten unabhängige Ereignisse:

Ertrinken,

Verbrennungen, Verbrühungen, Einwirkungen von Blitzschlag oder elektrischem Strom;
Einatmen von Gasen oder Dämpfen, Einnehmen von gifigen oder ätzenden Stoffen, es sei denn, daß diese Einwirkungen allmählich erfolgen;

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.

3. Krankheiten gelten nicht als Unfälle, übertragbare Krankheiten auch nicht als Unfallfolgen. Dies gilt nicht für Kinderlähmung und die durch Zeckenbiß übertragene Frühsommer-Meningoenzephalitis im Rahmen der Bestimmungen des Art.12 sowie für Wundstarrkrampf und Tollwut, verursacht durch einen Unfall gemäß Pkt.1.

4. Der Versicherungsschutz bezieht sich auch auf Unfälle des Versicherten als Fluggast in motorischen Luftfahrzeugen mit Ausnahme von Motorseglern und Ultralights, welche für die Verwendungsart Personenbeförderung zugelassen sind.

Als Fluggast gilt, wer weder mit dem Betrieb des Luftfahrzeuges in ursächlichem Zusammenhang steht oder Besatzungsmitglied ist, noch mittels des Luftfahrzeuges eine berufliche Betätigung ausübt.

ABSCHNITT B: VERSICHERUNGSSLEISTUNGEN

Artikel 7

Dauernde Invalidität

Soweit nichts anderes vereinbart ist, gilt:

1. Ergibt sich innerhalb eines Jahres vom Unfalltag 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 gelten folgende Bestimmungen:
 - 2.1. bei völligem Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit 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 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 oder eines Fußes.....50%

| | | |
|-----------------|---------|------|
| einer Zehe..... | großen | 5% |
| einer Zehe..... | anderen | 2% |
| der Augen..... | beider | 100% |
| der Augen..... | eines | 35% |

sofern 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 Geruchsinnes.....10%

des Geschmacksinnes.....5%

2.2. Bei teilweisem Verlust oder teilweiser Funktionsunfähigkeit der vorgenannten Körperteile oder Organe werden die Sätze des Pkt.2.1. anteilig angewendet.

Bei Funktionseinschränkungen von Armen oder Beinen ist der Satz für die gesamte Extremität anteilig anzuwenden.

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

4. Mehrere sich aus den Punkten 2 und 3 ergebende Prozentsätze werden zusammengerechnet. Der Invaliditätsgrad aus einem Unfall ist jedoch mit 100% begrenzt.

5. Im ersten Jahr nach dem Unfall wird eine Invaliditätsleistung 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 der Versicherte als auch der Versicherer berechtigt, den Invaliditätsgrad jährlich bis 4 Jahre ab dem Unfalltag ärztlich neu bemessen zu lassen, und zwar ab zwei Jahren nach dem Unfalltag durch die Ärztekommision.

Ergibt in einem solchen Falle die endgültige Bemessung eine höhere Invaliditätsleistung als der Versicherer bereits erbracht hat, so ist der Mehrbetrag ab Fälligkeit des Vorschusses (Art.14 Pkt.2) mit 4 % jährlich zu verzinsen.

7. Stirbt der Versicherte

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

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

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

8. Hatte der Versicherte am Unfalltag das 75. Lebensjahr bereits vollendet, tritt anstelle der Kapitalzahlung eine Rente, die - sofern nichts anderes vereinbart ist - nach der im Anhang beigedruckten

Rententafel unter Zugrundelegung des vom Versicherten am Unfalltag vollendeten Lebensjahres zu bemessen ist.

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 Unfalltag folgt. Sie endet mit Ablauf des Kalendermonats, in dem der Versicherte stirbt.

Artikel 8

Todesfall

Soweit nichts anderes vereinbart ist, gilt:

1. Tritt innerhalb eines Jahres vom Unfalltag an gerechnet der Tod als Folge des Unfalles ein, wird die für den Todesfall versicherte Summe gezahlt.
2. Auf die Todesfalleistung 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.

3. Für Personen unter 15 Jahren werden im Rahmen der Versicherungssumme nur die aufgewendeten angemessenen Begräbniskosten ersetzt.

Artikel 9

Taggeld

Soweit nichts anderes vereinbart ist, gilt:

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 Unfalltag gezahlt.

Artikel 10

Spitalgeld

Soweit nichts anderes vereinbart ist, gilt:

1. Spitalgeld wird für jeden Kalendertag, an dem sich der Versicherte wegen eines Versicherungsfalles in medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung befindet, längstens für 365 Tage innerhalb von 2 Jahren ab dem Unfalltag gezahlt.

2. Als Spitäler gelten Krankenanstalten und Sanatorien, die sanitätsbehördlich genehmigt sind, unter ständiger ärztlicher Leitung und Betreuung stehen und sich nicht auf die Anwendung bestimmter Behandlungsmethoden beschränken, sowie Rehabilitationszentren der Sozialversicherungsträger, Werksspitäler und Krankenreviere der Exekutive.

3. Nicht als Spitäler gelten z.B. Heil- und Pflegeanstalten für Lungenkranke sowie für unheilbar chronisch Erkrankte, Erholungs- und Genesungshäuser, Altersheime und deren Krankenabteilungen sowie Kuranstalten, ferner Heil- und Pflegeanstalten für Nerven- und Geisteskranke.

Artikel 11

Unfallkosten

Soweit nichts anderes vereinbart ist, gilt:

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

Ersatz zu leisten ist oder von einem sonstigen Leistungsträger Ersatz geleistet wurde.

Unfallkosten sind:

1. Heilkosten, die zur Behebung der Unfallfolgen aufgewendet wurden und nach ärztlicher Verordnung notwendig waren. Hierzu zählen auch die notwendigen Kosten des Verletztentransportes, der 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. Bergungskosten, die notwendig werden, wenn der Versicherte

2.1. einen Unfall erlitten hat oder in Berg- oder Wassernot geraten ist und verletzt oder unverletzt geborgen werden muß;

2.2. durch einen Unfall oder infolge Berg- oder Wassernot den Tod erleidet und seine Bergung erfolgen muß.

Bergungskosten sind die nachgewiesenen Kosten des Suchens nach dem Versicherten und seines Transportes bis zur nächsten befahrbaren Straße oder bis zum dem Unfallort nächstgelegenen Spital.

3. Rückholkosten, das sind die unfallbedingten Kosten des ärztlich empfohlenen Verletztentransportes des außerhalb seines Wohnortes verunfallten Versicherten von der Unfallstelle bzw. dem Krankenhaus, in welches der Versicherte nach dem Unfall gebracht wurde, an seinen Wohnort bzw. zu seinem Wohnort nächstgelegenen Krankenhaus. Bei einem tödlichen Unfall werden auch die Kosten der Überführung des Toten zu dessen letztem Wohnort in Österreich bezahlt.

Artikel 12

Kinderlähmung, Frühsummer-Meningoencephalitis

Soweit nichts anderes vereinbart ist, gilt:

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf die Folgen der Kinderlähmung und der durch Zeckenbiß übertragenen Frühsummer-Meningoencephalitis, wenn 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 oder Frühsummer-Meningoencephalitis diagnostizierten Krankheit zu Rate gezogen wurde.

Eine Leistung wird nur für Tod oder dauernde Invalidität erbracht. Die Leistung bleibt im Rahmen der vereinbarten Versicherungssumme mit öS 200.000 (€ 14.534,57) begrenzt.

Artikel 13

Zusatzleistung

Soweit nichts anderes vereinbart ist, gilt:

Der Versicherer übernimmt die erforderlichen Kosten, die durch Erfüllung der in Art.21 Pkt.2 bestimmten Obliegenheiten entstehen. Ausgenommen bleiben hiervon Kosten nach Pkt.2.4. des Art.21.

Artikel 14

Fähigkeit der Leistung des Versicherers und Verjährung

1. Der Versicherer ist verpflichtet, innerhalb eines Monats, bei Ansprüchen auf Leistung für dauernde Invalidität innerhalb dreier Monate, zu erklären, ob und in welcher Höhe er eine Leistungspflicht

anerkennt. Die Fristen beginnen mit dem Eingang der Unterlagen, die der Anspruchserhebende zur Feststellung des Unfallherganges und der Unfallfolgen und über den Abschluß des Heilverfahrens beizubringen hat.

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 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 könnten, und der Versicherer diesem Verlangen nicht binnen eines Monats entspricht.

3. Steht die Leistungspflicht nur dem Grunde nach fest, kann der Versicherungsnehmer Vorschüsse bis zu der Höhe des Betrages verlangen, den der Versicherer nach Lage der Sache mindestens zu zahlen haben wird.

4. Für die Verjährung gilt § 12 VersVG.

Artikel 15

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 Art. 7, Pkt. 6., entscheidet die Ärztekommision.

2. In den nach Pkt. 1. der Ärztekommision zur Entscheidung vorbehaltenen Meinungsverschiedenheiten kann der Versicherungsnehmer innerhalb von 6 Monaten nach Zugang der Erklärung des Versicherers gemäß Art.14, Pkt.1 unter Bekanntgabe seiner Forderung Widerspruch erheben und die Entscheidung der Ärztekommision beantragen.

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

4. Für die Ärztekommision 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.

5. 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.

6. Die Ärztekommision hat über ihre Tätigkeit ein Protokoll zu führen; in diesem ist die Entscheidung schriftlich zu begründen. Bei Nichtteilnahme 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.

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

Der Anteil der Kosten, den der Versicherungsnehmer zu tragen hat, ist mit 5 % der für Tod und Invalidität zusammen versicherten Summe, höchstens jedoch mit 25 % des strittigen Betrages, begrenzt.

ABSCHNITT C: BEGRENZUNGEN DES VERSICHERUNGSSCHUTZES

Artikel 16

Unversicherbare Personen

Soweit nichts anderes vereinbart ist, gilt:

1. Unversicherbar und jedenfalls nicht versichert sind Personen, die dauernd vollständig arbeitsunfähig oder von schwerem Nervenleiden befallen sind, sowie Geisteskranke.

Vollständige Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn dem Versicherten infolge Krankheit oder Gebrechen nach medizinischen Gesichtspunkten die Ausübung einer Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann und auch tatsächlich keine Erwerbstätigkeit vorliegt.

2. Hinsichtlich einer unversicherbaren Person kommt ein Versicherungsvertrag nicht zustande.

Wenn der Versicherte während der Laufzeit des Versicherungsvertrages unversicherbar geworden ist, erlischt der Versicherungsschutz. Gleichzeitig endet der Vertrag für diesen Versicherten.

Artikel 17

Ausschlüsse

Soweit nichts anderes vereinbart ist, umfaßt der Versicherungsschutz nicht Unfälle:

1. bei der Benutzung von Luftfahrgeräten und bei Fallschirmabsprüngen sowie bei der Benutzung von Luftfahrzeugen, soweit sie nicht unter die Bestimmungen des Art.6 Pkt.4 fällt;
2. die bei Beteiligung an motorsportlichen Wettbewerben (auch Wertungsfahrten und Rallies) und den dazugehörigen Trainingsfahrten entstehen;
3. bei der Teilnahme an Landes-, Bundes- oder internationalen Wettbewerben auf dem Gebiet des Schilaufens, Schispringens, Snowboardens, Bob- oder Schibob- oder Skeletonfahrens sowie am offiziellen Training für diese Veranstaltungen;
4. die bei der Ausübung von Extremsportarten, insbesondere beim Raftering, Bungee Jumping sowie Free Climbing, eintreten;
5. die beim Versuch oder der Begehung gerichtlich strafbarer Handlungen durch den Versicherten eintreten, für die Vorsatz Tatbestandsmerkmal ist;
6. die unmittelbar oder mittelbar mit Kriegereignissen jeder Art zusammenhängen;
7. durch innere Unruhen, wenn der Versicherte daran auf seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;
8. die mittelbar oder unmittelbar
 - durch den Einfluß ionisierender Strahlen im Sinne des Strahlenschutzgesetzes (BGBl. Nr. 227/1969) in der jeweils geltenden Fassung,
 - durch Kernenergieverursacht werden, soweit nicht ein Versicherungsfall hiezu der Anlaß war.

9. die der Versicherte infolge eines ihn treffenden Herzinfarktes oder Schlaganfalles erleidet; ein Herzinfarkt gilt in keinem Fall als Unfallfolge;

10. die der Versicherte infolge einer Bewußtseinsstörung erleidet, oder infolge einer wesentlichen Beeinträchtigung seiner psychischen Leistungsfähigkeit durch Alkohol, Suchtgifte oder Medikamente;

11. durch körperliche Schädigung bei Heilmaßnahmen und Eingriffen, die der Versicherte an seinem Körper vornimmt oder vornehmen läßt, soweit nicht ein Versicherungsfall hiezu der Anlaß war.

Artikel 18

Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes

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

Darüber hinausgehend gilt, soweit nichts anderes vereinbart ist:

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 3 bemessen.

2. Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch ein Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, ist im Falle einer Invalidität der Prozentsatz des Invaliditätsgrades, entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens zu vermindern, sofern dieser Anteil mindestens 20 % davon 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.

Die Seelische Fehlhaltungen (Neurosen, Psychoneurosen) gelten nicht als Unfallfolgen.

4. 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.

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.

ABSCHNITT D : PFLICHTEN DES VERSICHERUNGSNEHMERS

Artikel 19

Prämie

Die erste oder die einmalige Prämie einschließlich Gebühren und Versicherungssteuer ist vom Versicherungsnehmer innerhalb von 14 Tagen nach dem Abschluß des Versicherungsvertrages (Zugang der Police oder einer gesonderten Antragsannahmeerklärung) und nach der Aufforderung zur Prämienzahlung zu bezahlen (Einlösung der Police). Die Folgeprämien einschließlich Gebühren und Versicherungssteuer sind zu den vereinbarten Fälligkeitsterminen zu entrichten.

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

Artikel 20

Anzeige der Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung des Versicherten

Veränderungen des im Antrag angegebenen Berufes oder der im Antrag angegebenen Beschäftigung des Versicherten sind unverzüglich anzuzeigen. Einberufungen zum ordentlichen Präsenzdienst, zum Zivildienst sowie zu kurzfristigen militärischen Reserveübungen gelten nicht als Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung.

- Ergibt sich für die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung des Versicherten nach dem zur Zeit der Veränderung gültigen Tarif des Versicherers eine niedrigere Prämie, so ist vom Zugang der Anzeige an nur diese Prämie zu bezahlen.

- Ergibt sich eine höhere Prämie, so wird auf die Dauer von drei Monaten ab dem Zeitpunkt, zu welchem dem Versicherer die Anzeige hätte zugehen müssen, auch für die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung der volle Versicherungsschutz gewährt. Tritt ein auf die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung zurückzuführender Versicherungsfall nach Ablauf der drei Monate ein, ohne daß inzwischen eine Einigung über die Mehrprämie erreicht worden wäre, so werden die Leistungen des Versicherers in der Weise bemessen, daß dem Vertrag als Versicherungssummen jene Beiträge zugrundegelegt werden, welche sich nach den für die neue Berufstätigkeit bzw. Beschäftigung erforderlichen Prämienätzen aufgrund der tatsächlichen in der Police berechneten Prämien ergeben.

- Bietet der Versicherer für die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung grundsätzlich keinen Versicherungsschutz an, finden die Bestimmungen der §§ 23 ff VersVG (Gefahrerhöhung) Anwendung.

Artikel 21

Obliegenheiten

1. Obliegenheiten vor Eintritt des Versicherungsfalles

Als Obliegenheit, deren Verletzung die Leistungsfreiheit des Versicherers gemäß § 6 Abs. 2 VersVG bewirkt, wird bestimmt, daß der Versicherte als Lenker eines Kraftfahrzeuges kraftfahrrechtlich berechtigt ist; dies gilt auch dann, wenn das Fahrzeug nicht auf Straßen mit öffentlichem Verkehr gelenkt wird.

2. Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalles

Soweit nichts anderes vereinbart ist, gilt:

Als Obliegenheiten, deren Verletzung die Leistungsfreiheit des Versicherers gemäß § 6 Abs. 3 VersVG bewirkt, werden bestimmt:

2.1. Ein Unfall ist dem Versicherer unverzüglich, spätestens innerhalb einer Woche, schriftlich anzuzeigen.

2.2. Ein Todesfall ist dem Versicherer innerhalb von 3 Tagen anzuzeigen, und zwar auch dann, wenn der Unfall bereits gemeldet ist.

2.3. Dem Versicherer ist das Recht einzuräumen, die Leiche durch Ärzte besichtigen, auch öffnen 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.

2.5. Nach Erhalt des Formulars für Unfallanzeigen ist dieses ohne Verzug dem Versicherer ausgefüllt zuzusenden; außerdem sind dem Versicherer 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 vom Versicherer 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 vom Versicherer verlangten Auskünfte zu erteilen.

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

2.9. Ist auch Spitalgeld versichert, so ist dem Versicherer, wenn der Versicherte in ein Spital (Art.10, Pkt.2) eingewiesen ist, nach der Entlassung aus dem Spital eine Bescheinigung der Spitalverwaltung einzusenden, in welcher der volle Vor- und Zuname des Versicherten, dessen Geburtsdaten, der Tag der Aufnahme in das Spital und der Tag der Entlassung sowie die Diagnose angegeben sein müssen.

2.10. Im Falle der Mitversicherung von Unfallkosten sind dem Versicherer die Originalbelege zu überlassen.

ABSCHNITT E: SONSTIGE VERTRAGSBESTIMMUNGEN

Artikel 22

Versicherungsperiode, Vertragsdauer

1. Versicherungsperiode

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

2. Vertragsdauer

Beträgt die vereinbarte Vertragsdauer mindestens ein Jahr, verlängert sich der Vertrag jeweils um ein Jahr, wenn er nicht ein Monat vor Ablauf gekündigt wird. Beträgt die Vertragsdauer weniger als ein Jahr, endet der Vertrag ohne Kündigung.

Artikel 23

Kündigung, Erlöschen des Vertrages

1. Kündigung nach Eintritt des Versicherungsfalles

1.1. Nach Eintritt des Versicherungsfalles kann der Versicherungsnehmer kündigen, wenn der Versicherer einen gerechtfertigten Anspruch auf die Versicherungsleistung ablehnt oder seine Anerkennung verzögert.

In diesen Fällen ist die Kündigung vorzunehmen innerhalb eines Monats

- nach Ablehnung des gerechtfertigten Anspruches auf die Versicherungsleistung;

- nach Rechtskraft des Urteiles im Falle eines Rechtsstreites vor Gericht;

- nach Zustellung der Entscheidung der Ärztekommision (Art.15);

- nach Fälligkeit der Versicherungsleistung bei Verzögerung der Anerkennung (Art.14).

Die Kündigung kann mit sofortiger Wirkung oder zum Ende der laufenden Versicherungsperiode erfolgen.

1.2. Nach Eintritt des Versicherungsfalles kann der Versicherer kündigen, wenn er den Anspruch auf die Versicherungsleistung dem Grunde nach anerkannt oder die Versicherungsleistung erbracht hat, oder wenn der Versicherungsnehmer einen Anspruch auf Versicherungsleistung arglistig erhoben hat.

Die Kündigung ist vorzunehmen innerhalb eines Monats

- nach Anerkennung dem Grunde nach;
- nach erbrachter Versicherungsleistung;
- nach Ablehnung des arglistig erhobenen Anspruches auf Versicherungsleistung.

Die Kündigung kann nur unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist erfolgen.

Falls der Versicherungsnehmer einen Anspruch arglistig erhoben hat, kann der Versicherer mit sofortiger Wirkung kündigen.

1.3. Dem Versicherer gebührt die bis zur Vertragsauflösung anteilige Prämie.

2. Erlischt der Vertrag, weil der Versicherte gestorben oder unversicherbar geworden ist (Art. 16), so gebührt dem Versicherer die bis zur Vertragsauflösung anteilige Prämie.

3. Hat der Versicherer mit Rücksicht auf die vereinbarte Vertragszeit eine Ermäßigung der Prämie gewährt, so kann er bei einer vorzeitigen Auflösung des Vertrages die Nachzahlung des Betrages fordern, um den die Prämie höher bemessen worden wäre, wenn der Vertrag nur für den Zeitraum geschlossen worden wäre, während dessen er tatsächlich bestanden hat.

Artikel 24

Rechtsstellung der am Vertrag beteiligten Personen

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 §§ 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

ANHANG

Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz 1958 (VersVG)
(Wiedergabe der in den AUVB erwähnten Bestimmungen des Gesetzes)

§ 6. (1) Ist im Vertrag bestimmt, daß bei Verletzung einer Obliegenheit, die vor dem Eintritt des Versicherungsfalles dem Versicherer gegenüber zu erfüllen ist, der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei sein soll, so tritt die vereinbarte Rechtsfolge nicht ein, wenn die Verletzung als eine unverschuldete anzusehen ist. Der Versicherer kann den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen, es sei denn, daß die Verletzung als eine unverschuldete anzusehen ist. Kündigt der Versicherer innerhalb eines Monats nicht, so kann er sich auf die vereinbarte Leistungsfreiheit nicht berufen.

(1a) Bei der Verletzung einer Obliegenheit, die die dem Versicherungsvertrag zugrundeliegende Äquivalenz zwischen Risiko und Prämie aufrechterhalten soll, tritt die vereinbarte Leistungsfreiheit außerdem nur in dem Verhältnis ein, in dem die vereinbarte hinter der für das höhere Risiko tarifmäßig vorgesehenen Prämie zurückbleibt. Bei der Verletzung von Obliegenheiten zu sonstigen bloßen Meldungen und Anzeigen, die keinen Einfluß auf die Beurteilung des Risikos durch den Versicherer haben, tritt Leistungsfreiheit nur ein, wenn die Obliegenheit vorsätzlich verletzt worden ist.

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.

Artikel 25

Gerichtsstand

Der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen, die zur selbständigen Geltendmachung von Ansprüchen aus dem Versicherungsvertrag berechtigt sind, können diese auch bei den Gerichten geltend machen, in deren Sprengel sie ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt oder ihren Sitz im Inland haben.

Artikel 26

Form der Erklärungen

Alle Mitteilungen und Erklärungen sind nur in schriftlicher Form verbindlich

(2) Ist eine Obliegenheit verletzt, die vom Versicherungsnehmer zum Zweck der Verminderung der Gefahr oder der Verhütung einer Erhöhung der Gefahr dem Versicherer gegenüber - unabhängig von der Anwendbarkeit des Abs. 1a - zu erfüllen ist, so kann sich der Versicherer auf die vereinbarte Leistungsfreiheit nicht berufen, wenn die Verletzung keinen Einfluß auf den Eintritt des Versicherungsfalles oder soweit sie keinen Einfluß auf den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung gehabt hat.

(3) Ist die Leistungsfreiheit für den Fall vereinbart, daß eine Obliegenheit verletzt wird, die nach dem Eintritt des Versicherungsfalles dem Versicherer gegenüber zu erfüllen ist, so tritt die vereinbarte Rechtsfolge nicht ein, wenn die Verletzung weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruht. Wird die Obliegenheit nicht mit dem Vorsatz verletzt, die Leistungspflicht des Versicherers zu beeinflussen oder die Feststellung solcher Umstände zu beeinträchtigen, die erkennbar für die Leistungspflicht des Versicherers bedeutsam sind, so bleibt der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung weder auf die Feststellung des Versicherungsfalles noch auf die Feststellung oder den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung Einfluß gehabt hat.

§ 12. (1) Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Steht der Anspruch einem Dritten zu, so beginnt die Verjährung zu laufen, sobald diesem sein Recht auf die Leistung des Versicherers bekanntgeworden ist; ist dem Dritten dieses Recht nicht bekanntgeworden, so verjähren seine Ansprüche erst nach zehn Jahren.

(2) Ist ein Anspruch des Versicherungsnehmers beim Versicherer angemeldet worden, so ist die Verjährung bis zum Einlangen einer schriftlichen Entscheidung des Versicherers gehemmt, die zumindest mit der Anführung einer der Ablehnung derzeit zugrunde gelegten Tatsache und gesetzlichen oder vertraglichen Bestimmungen begründet ist. Nach zehn Jahren tritt jedoch die Verjährung jedenfalls ein.

(3) Der Versicherer ist von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Anspruch auf Leistung nicht innerhalb eines Jahres gerichtlich geltend gemacht wird. Die Frist beginnt erst, nachdem der Versicherer dem Versicherungsnehmer gegenüber den erhobenen Anspruch in einer dem Abs. 2 entsprechenden Weise sowie unter Angabe der mit dem Ablauf der Frist verbundenen Rechtsfolge abgelehnt hat; sie ist für die Dauer von Vergleichsverhandlungen über den erhobenen Anspruch und für die Zeit, in der der Versicherungsnehmer ohne sein Verschulden an der rechtzeitigen gerichtlichen Geltendmachung des Anspruches gehindert ist, gehemmt.

§ 23. (1) Nach Abschluß des Vertrages darf der Versicherungsnehmer ohne Einwilligung des Versicherers weder eine Erhöhung der Gefahr vornehmen noch ihre Vornahme durch einen Dritten gestatten.

(2) Erlangt der Versicherungsnehmer davon Kenntnis, daß durch eine von ihm ohne Einwilligung des Versicherers vorgenommene oder gestattete Änderung die Gefahr erhöht ist, so hat er dem Versicherer unverzüglich Anzeige zu machen.

§ 38. (1) Ist die erste oder einmalige Prämie innerhalb von 14 Tagen nach dem Abschluß des Versicherungsvertrags und nach der Aufforderung zur Prämienzahlung nicht gezahlt, so ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, berechtigt, vom Vertrag zurückzutreten. Es gilt als Rücktritt, wenn der Anspruch auf die Prämie nicht innerhalb dreier Monate vom Fälligkeitstag an gerichtlich geltend gemacht wird.

(2) Ist die erste oder einmalige Prämie zur Zeit des Eintritts des Versicherungsfalls und nach Ablauf der Frist des Abs. 1 noch nicht gezahlt, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, es sei denn, daß der Versicherungsnehmer an der rechtzeitigen Zahlung der Prämie ohne sein Verschulden verhindert war.

(3) Die Aufforderung zur Prämienzahlung hat die im Abs. 1 und 2 vorgesehenen Rechtsfolgen nur, wenn der Versicherer den Versicherungsnehmer dabei auf diese hingewiesen hat.

(4) Die Nichtzahlung von Zinsen oder Kosten löst die Rechtsfolgen der Abs. 1 und 2 nicht aus.

§ 39. (1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, so kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten schriftlich eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen bestimmen; zur Unterzeichnung genügt eine Nachbildung der eigenhändigen Unterschrift. Dabei sind die Rechtsfolgen anzugeben, die nach Abs. 2 und 3 mit dem Ablauf der Frist verbunden sind. Eine Fristbestimmung, ohne Beachtung dieser Vorschriften, ist unwirksam.

(2) Tritt der Versicherungsfall nach dem Ablauf der Frist ein und ist der Versicherungsnehmer zur Zeit des Eintritts mit der Zahlung der Folgeprämie in Verzug, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, es sei denn, daß der Versicherungsnehmer an der rechtzeitigen Zahlung ohne sein Verschulden verhindert war.

(3) Der Versicherer kann nach dem Ablauf der Frist das Versicherungsverhältnis ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen, wenn der Versicherungsnehmer mit der Zahlung im Verzug ist. Die Kündigung kann bereits mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, daß sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer in diesem Zeitpunkt mit der Zahlung im Verzug ist; darauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich aufmerksam zu machen. Die Wirkungen der Kündigung fallen fort, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, falls die Kündigung mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach dem Ablauf der Zahlungsfrist die Zahlung nachholt, sofern nicht der Versicherungsfall bereits eingetreten ist.

(4) Die Nichtzahlung von Zinsen oder Kosten löst die Rechtsfolgen der Abs. 1 bis 3 nicht aus.

§ 39 a. Ist der Versicherungsnehmer bloß mit nicht mehr als 10 vH der Jahresprämie, höchstens aber mit 800 S im Verzug, so tritt eine im § 38 oder § 39 vorgesehene Leistungsfreiheit des Versicherers nicht ein.

§ 75. (1) Bei der Versicherung für fremde Rechnung stehen die Rechte aus dem Versicherungsvertrag dem Versicherten zu. Die Aushändigung eines Versicherungsscheines kann jedoch nur der Versicherungsnehmer verlangen.

(2) Der Versicherte kann ohne Zustimmung des Versicherungsnehmers über seine Rechte nur dann verfügen und diese Rechte nur dann gerichtlich geltend machen, wenn er im Besitz eines Versicherungsscheines ist.

§ 76. (1) Der Versicherungsnehmer kann über die dem Versicherten aus dem Versicherungsvertrag zustehenden Rechte im eigenen Namen verfügen.

(2) Ist ein Versicherungsschein ausgestellt, so ist der Versicherungsnehmer ohne Zustimmung des Versicherten nur dann zur Annahme der Zahlung und zur Übertragung der Rechte des Versicherten befugt, wenn er im Besitz des Scheines ist.

(3) Der Versicherer ist zur Zahlung an den Versicherungsnehmer nur verpflichtet, wenn dieser ihm gegenüber nachweist, daß der Versicherte seine Zustimmung zur Versicherung erteilt hat.

§ 77. Der Versicherungsnehmer ist nicht verpflichtet, dem Versicherten oder, falls über das Vermögen des Versicherten der Konkurs eröffnet ist, der Konkursmasse den Versicherungsschein auszuliefern, bevor er wegen der ihm gegen den Versicherten in bezug auf die versicherte Sache zustehenden Ansprüche befriedigt ist. Er kann sich für diese Ansprüche aus der Entschädigungsforderung gegen den Versicherer und nach der Einziehung der Forderung aus der Entschädigungssumme vor dem Versicherten und dessen Gläubigern befriedigen.

§ 78. Soweit nach den Vorschriften dieses Bundesgesetzes die Kenntnis und das Verhalten des Versicherungsnehmers von rechtlicher Bedeutung ist, kommt bei der Versicherung für fremde Rechnung auch die Kenntnis und das Verhalten des Versicherten in Betracht.

§ 79. (1) Auf die Kenntnis des Versicherten kommt es nicht an, wenn der Vertrag ohne sein Wissen abgeschlossen worden ist oder eine rechtzeitige Benachrichtigung des Versicherungsnehmers nicht tunlich war.

Hat der Versicherungsnehmer den Vertrag ohne Auftrag des Versicherten abgeschlossen und beim Abschluß das Fehlen des Auftrages dem Versicherer nicht angezeigt, so braucht dieser die Einwendung, daß der Vertrag ohne Wissen des Versicherten abgeschlossen worden ist, nicht gegen sich gelten zu lassen.

Rententafel

aufgrund der österreichischen allgemeinen Sterbetafel OEM 80/82 und eines Zinsfußes von jährlich 3% (Art. 7 Pkt. 8).

Jahresbetrag der monatlich im voraus zahlbaren **l e b e n s l a n g e n** Rente für einen Kapitalbetrag von S 1.000,—.

| | | | | | | |
|-----------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Alter | 75 | 76 | 77 | 78 | 79 | 80 |
| Jahres- rente in S | 155,31 | 163,71 | 172,68 | 182,27 | 192,58 | 203,62 |