



**Rahmenvereinbarung für eine
Fakultative
Unfallversicherung
für Familienangehörige von Ärzten**

abgeschlossen zwischen der

Österreichischen Zahnärztekammer

und der

UNIQA Österreich Versicherungen AG
1029 Wien, Untere Donaustraße 21

und der

WIENER STÄDTISCHEN Versicherung AG
1010 Wien, Schottenring 30, Ringturm

Fassung 07/2025

Artikel 1 Vertragsverhältnis

Die UNIQA Österreich Versicherungen AG und die Wr.Städtische Versicherung AG als Versicherer schließen mit der Österreichischen Zahnärztekammer eine Rahmenvereinbarung zum Abschluss von Unfallversicherungsverträgen ab. Versicherbar sind alle in die Liste einer Österreichischen Zahnärztekammer eingetragenen Zahnärzte. Versicherungsnehmer und Hauptversicherter ist das jeweilige Kammermitglied. Der Versicherungsschein (die Police) wird an den jeweiligen Hauptversicherten (Versicherungsnehmer) ausgestellt.

Artikel 2 Versicherte Personen/Rechtsstellung/unversicherbare Personen

1. Als versicherbarer Personenkreis gelten alle Familienangehörigen der Zahnärzte. Nachfolgender Personenkreis gilt als Familienangehörige: Der Ehegatte/die Ehegattin bzw. der Lebensgefährte/die Lebensgefährtin, die Kinder (leibliche, Stief- und Adoptivkinder) bis zum 26. Lebensjahr.

Voraussetzung für den Abschluss ist, dass der Versicherungsnehmer im Rahmen der fakultativen Unfallversicherung für Zahnärzte bei der UNIQA oder der Wr. Städtischen Versicherung AG versichert ist.

Sofern der Ehegatte/die Ehegattin bzw. der Lebensgefährte/die Lebensgefährtin nach dieser Rahmenvereinbarung versichert sind, gelten neugeborene Kinder ohne Anzeige beim Versicherer, bis zum vollendeten dritten Monat mit den Versicherungssummen für die Grunddeckung/Kinder nach dieser Rahmenvereinbarung als prämienfrei mitversichert.

Der Abschluss kann bis zum vollendeten 60. Lebensjahr erfolgen. Für die Beantragung ist das vom Versicherer zur Verfügung gestellte Formular zu verwenden. Die Zugehörigkeit der zu versichernden Person zum versicherbaren Personenkreis ist vom Versicherungsnehmer (Zahnarzt/-ärztin) zu bestätigen.

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.
3. Der Versicherungsnehmer erteilt im Sinne des § 75, Abs. 2 VersVG generell die Zustimmung dazu, dass die aus dem Vertrag berechtigten Personen bzw. Bezugsberechtigten ihre Ansprüche in eigenem Namen und auf eigene Rechnung direkt gegen den Versicherer geltend machen können.
4. Nicht versicherbar im Rahmen dieser Versicherung sind Personen mit folgender Berufsausübung: Berufssportler, Sprengmeister und Sprenggehilfen, Pyrotechniker, Bereiter und Jockeys.

Artikel 3

Gegenstand der Versicherung/Versicherungsfall

Der Versicherer bietet Versicherungsschutz, wenn dem Versicherten ein Unfall zustößt. Versicherungsfall ist der Eintritt eines Unfalles.

Artikel 4

Versicherungsbeginn /Vertragsdauer/Versicherungsende

1. Der Rahmenvertrag wird mit Beginn 01.01.2003, 00 Uhr, abgeschlossen. Die vereinbarte Vertragsdauer beträgt fünf Jahre und verlängert sich weiter von Jahr zu Jahr, sofern sie nicht von der Österreichischen Ärztekammer mit einer Frist von sechs Monaten schriftlich gekündigt wird.
2. Der Versicherer hat das Recht den Rahmenvertrag jährlich mit einer Frist von sechs Monaten, frühestens jedoch zum 29.02.2008, zu kündigen.
3. Der Versicherungsschutz beginnt mit dem in der Polizza festgesetzten Zeitpunkt, sofern die Polizza rechtzeitig (Art. 9) oder ohne schuldhaften weiteren Verzug eingelöst wird; sonst mit dem Zeitpunkt der späteren Prämienzahlung.
4. Der einzelne Versicherungsnehmer (Arzt) kann den Vertrag nach Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer von 3 Jahren mit einer Frist von einem Monat schriftlich kündigen.
5. Als Hauptfälligkeit wird der 1. März festgesetzt. Änderungen aufgrund des Anzahlenachlasses (Art. 8) werden jeweils zum 1. März durchgeführt.
6. Scheidet ein Versicherungsnehmer aus der Österreichischen Ärztekammer aus, so endet die Versicherung für ihn und allfällig mitversicherte Personen mit dem Tag der Streichung aus dem Verzeichnis der Ärzte. Das Ausscheiden aus der Österreichischen Ärztekammer ist dem Versicherer unverzüglich schriftlich zu melden.
7. Wird die gegenständliche Rahmenvereinbarung von der Österreichischen Ärztekammer gemäß Pkt. 1 gekündigt, erlöschen die bestehenden Einzelverträge der jeweiligen versicherten Personen ohne dass es einer Kündigung bedarf. Auf die Rückforderung des Dauerrabattes wird in diesem Fall verzichtet.
Die Kündigung der gegenständlichen Rahmenvereinbarung hat keine Auswirkung auf die fakultative Versicherung der Ärzte.
8. Wird die als Voraussetzung für diese Rahmenvereinbarung notwendige fakultative Versicherung für Ärzte von der Österreichischen Ärztekammer gekündigt, erlöschen die bestehenden Einzelverträge der gemäß dieser Rahmenvereinbarung versicherten Personen ohne dass es einer Kündigung bedarf. Auf die Rückforderung des Dauerrabattes wird in diesem Fall verzichtet.
9. Nach Ablauf eines jeden Versicherungsjahres wird dem Versicherer eine Liste sämtlicher Standesmitglieder zur Verfügung gestellt. Der Versicherer hat das Recht, die Angaben des Versicherungsnehmers nachzuprüfen. Der Versicherungsnehmer hat zu diesem Zweck Einblick in sämtliche maßgebenden Unterlagen zu gewähren.

Artikel 5

Versicherungssummen und mögliche Varianten

1. Die Versicherungssummen und die zur Auswahl stehenden Varianten sind aus der als Anhang zu diesem Rahmenvertrag beigeschlossenen Leistungsübersicht ersichtlich. Jeder Versicherte hat jederzeit das Recht, eine andere Variante aus der Leistungsübersicht zu wählen. Die Wirksamkeit der Änderung ist mit dem Tag des Einlangens der Meldung bei der führenden Versicherungsgesellschaft, einer der Landesdirektionen des Versicherers oder beim vermittelnden Makler gegeben.
2. Mit Vollendung des 71. Lebensjahres gilt der Versicherungsschutz nur mehr nach Variante 3. Eine Änderung auf eine andere Variante ist ab diesem Zeitpunkt nicht mehr möglich.

Artikel 6

Progression

Beträgt der festgestellte Invaliditätsgrad mehr als 25 %, so wird an Stelle der für dauernde Invalidität versicherten Summe für die Berechnung der Entschädigung folgende Versicherungssumme zugrunde gelegt:

- Für den 25 %, nicht aber 50 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die dreifache Versicherungssumme;
- Für den 50 %, nicht aber 75 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die fünffache Versicherungssumme;
- Für den 75 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die siebenfache Versicherungssumme
- Bei einer dauernden Invalidität von 100 % beträgt die Leistung somit 400 % der Versicherungssumme.

Artikel 7

Prämie

Die Jahresprämie pro versicherter Person und der auf die Anzahl der hauptversicherten Kammermitglieder bezogene Anzahlnachlass ist im Anhang festgehalten.

Artikel 8

Anzahlnachlass

Gilt gestrichen und wird durch den Anhang 2 ersetzt.

Artikel 9

Prämienzahlung

Der Versicherungsnehmer hat die erste Prämie einschließlich Nebengebühren innerhalb von 14 Tagen nach Abschluss des Versicherungsvertrages und Aufforderung zur Prämienzahlung zu bezahlen (Einlösung der Polizze). Folgeprämien einschließlich Nebengebühren sind zu den vereinbarten Fälligkeitsterminen zu entrichten.

Wird Ratenzahlung vereinbart, so hat der Versicherer gleichwohl mit Beginn des Versicherungsjahres Anspruch auf die gesamte Jahresprämie. Die nach der 1. Prämienrate zu zahlenden Raten sind bis zu den in der Ratenvereinbarung festgelegten Fälligkeitsterminen gestundet.

Für die Folgen nicht rechtzeitiger Prämienzahlung gelten die §§ 38, 39 und 39a VersVG.

Artikel 10

Begriff des Unfalles/Kinderlähmung, Frühsommer-Meningoencephalitis, Lyme-Borreliose

1. Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.
2. Als Unfall gelten auch folgende Ereignisse:
Verrenkungen von Gliedern sowie Zerrungen und Zerreißen von an Gliedmaßen und an der Wirbelsäule befindlichen Muskeln, Sehnen, Bändern und Kapseln sowie Meniskusverletzungen.
Hinsichtlich krankhaft abnutzungsbedingter Einflüsse findet insbesondere Art. 11 Pkt. 3, sachlicher, örtlicher und zeitlicher Geltungsbereich, Anwendung.
3. Krankheiten gelten nicht als Unfälle. Übertragbare Krankheiten gelten auch nicht als Unfallfolgen. Dies gilt nicht für Kinderlähmung, die durch Zeckenbiss übertragene Frühsommer-Meningoencephalitis und Lyme-Borreliose im Rahmen der Bestimmungen des Art. 10 Pkt. 5 sowie für Wundstarrkrampf und Tollwut.
4. Der Versicherungsschutz gilt auch für Unfälle, die die versicherte Person als Fluggast, Pilot oder Besatzungsmitglied in zum zivilen Luftfahrtverkehr zugelassenen Motorflugzeugen (ausgenommen Motorsegler und Ultralights) erleidet. Die Versicherung erstreckt sich jedoch nicht auf die Teilnahme an Wettbewerben, das Ausführen von Rekord- oder Kunstflügen, das Einfliegen von Neukonstruktionen und bewilligungspflichtigen Erprobungsflügen, sowie Flüge mit Spezialaufgaben (Schädlingsbekämpfung, Lichtbildaufnahmen, Lastenabwürfe etc.).
Ausgeschlossen von der Versicherung sind Unfälle:
bei der Benützung von Luftfahrtgeräten und bei Fallschirmabsprüngen sowie bei der Benützung von Luftfahrzeugen, soweit sie nicht unter die o.a. Bestimmungen fallen, sowie bei der Benützung von Militärluftfahrzeugen oder von Zivilluftfahrzeugen zu militärischen Zwecken;
5. Der Versicherungsschutz erstreckt sich auch auf die Folgen der Kinderlähmung und der durch Zeckenbiss übertragenen Frühsommer-Meningoencephalitis und Lyme-Borreliose, wenn die Erkrankung serologisch festgestellt und frühestens 15 Tage nach Beginn, jedoch spätestens 15 Tage nach Erlöschen der Versicherung zum Ausbruch kommt. Als Krankheitsbeginn (Zeitpunkt des Versicherungsfalles) gilt der Tag, an dem erstmals ein Arzt wegen der als Kinderlähmung, Frühsommer-Meningoencephalitis oder Lyme-Borreliose diagnostizierten Krankheit zu Rate gezogen wurde. Die Leistung bleibt mit der vereinbarten Versicherungssumme für dauernde Invalidität begrenzt.

Artikel 11

Sachlicher, örtlicher und zeitlicher Geltungsbereich

1. Eine Versicherungsleistung wird für die durch den eingetretenen Unfall hervorgerufenen Folgen (körperliche Schädigung oder Tod) erbracht.
2. 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 Artikel 14, Pkt. 2 und 3 bemessen.
3. Haben Krankheiten oder Gebrechen, die schon vor dem Unfall bestanden haben, den Eintritt des Unfalles und/oder die Unfallfolgen beeinflusst, 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.
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 Unfallfolge.
5. Für 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.
6. Für Bauch- und Unterleibsbrüche jeder Art wird eine Leistung nur erbracht, wenn sie durch eine von außen kommende mechanische Einwirkung direkt herbeigeführt worden sind und nicht anlagenbedingt waren.
7. Die Versicherung erstreckt sich auf berufliche und außerberufliche Unfälle der versicherten Personen und gilt auf der ganzen Erde.
8. Versichert sind Unfälle, die während der Wirksamkeit des Versicherungsschutzes eingetreten sind.

Artikel 12

Besondere Vereinbarungen Herzinfarkt/Schmerzensgeld

1. Der Versicherungsschutz erstreckt sich auch auf Unfälle, die durch einen Herzinfarkt herbeigeführt werden sowie auf Unfälle infolge von Schlaganfällen, Geistes- und Bewusstseinsstörungen (jedoch nicht durch Alkohol- oder Suchtgifteinfluss). In keinem Fall gilt jedoch ein Herzinfarkt als Unfallfolge.
2. Wird für den Unfall im Sinne des Artikels 10 ein ununterbrochener Spitalaufenthalt von mindestens 7 Tagen innerhalb eines Jahres nach Eintritt des Unfalles unbedingt notwendig, leistet der Versicherer für diesen Unfall ein einmaliges Schmerzensgeld gemäß der gewählten Variante.

Artikel 13 Kriegsrisiko

1. In teilweiser Abänderung des Artikels 18, Pkt. 5, erstreckt sich der Versicherungsschutz für vorübergehend im Ausland befindliche Versicherte auch auf Unfälle, die durch Kriegseignisse oder innere Unruhen verursacht werden, wenn die Versicherten nicht wissentlich auf seiten der kriegführenden Parteien oder der Unruhestifter an Auseinandersetzungen teilgenommen haben. Voraussetzung für den Versicherungsschutz ist, dass die Versicherten sich bei Ausbruch der inneren Unruhen oder der Kriegshandlungen bereits im betroffenen Land aufhalten.
2. Der Einschluss des passiven Kriegsrisikos für den Überraschungsfall ist begrenzt auf maximal sieben Tage nach Mitternacht des Tages, an dem die Feindseligkeiten ausgebrochen sind.
3. Der Versicherungsschutz gilt nicht für Unfälle gem. Artikel 10, Pkt. 4 (Fluggastrisiko).
4. Für die Erweiterung des Versicherungsschutzes auf Personen mit längeren Aufenthalten bzw. Reisen in und durch Länder, in denen bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht, ist der Abschluss einer besonderen Vereinbarung notwendig.
5. Vom Versicherungsschutz bleiben ausgeschlossen:
 - 5.1 Unfälle durch Abc-Waffen (atomare, biologische oder chemische Waffen),
 - 5.2 Unfälle im Zusammenhang mit einem Krieg oder kriegsähnlichen Zustand zwischen den Weltmächten (China, Frankreich, Großbritannien, Japan, GUS, USA) und
 - 5.3 Unfälle, die eintreten, wenn die Republik Österreich in einen Krieg oder kriegsähnlichen Zustand verwickelt wird.
6. Die aktive Teilnahme an Kriegshandlungen bleibt in jedem Fall vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

Artikel 14 Invaliditätsleistung

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.
Ein Anspruch auf Leistung für dauernde Invalidität ist innerhalb von 24 Monaten vom Unfalltag an geltend zu machen und unter Vorlage eines ärztlichen Befundberichtes zu begründen.
2. Für die Bemessung des Invaliditätsgrades gilt folgende Bestimmung:
 - 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 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 oder eines Fußes	50 %
• einer großen Zehe	5 %
• einer anderen Zehe	2 %
• der Sehkraft beider Augen	100 %
• der Sehkraft eines Auges	35 %
sofern die Sehkraft des anderen Auges vor Eintritt des	
• Versicherungsfalles bereits verloren war	65 %
• des Gehörs beider Ohren	100 %
• des Gehörs eines Ohres	35 %
sofern jedoch das Gehör des anderen Ohres vor Eintritt des	
• Versicherungsfalles bereits verloren war	65 %
• des Geruchssinnes	10 %
• des Geschmacksinnes	5 %
• der Stimme	100 %

- 2.2 Bei teilweisem Verlust oder teilweiser Funktionseinschränkung der vorgenannten Körperteile oder Organe werden die vorstehenden Sätze anteilig angewendet.
Bei Funktionseinschränkungen von Armen oder Beinen ist der Satz für die gesamte Extremität 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 vorstehenden Punkten ergebende Prozentsätze werden zusammengerechnet, bis maximal 100 %.
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 vier Jahre ab dem Unfalltag ärztlich neu bemessen zu lassen, und zwar ab zwei Jahren nach dem Unfalltag auch durch die Ärztekommision.
Ergibt in einem solchen Fall die endgültige Bemessung eine höhere Invaliditätsleistung als der Versicherer bereits erbracht hat, so ist der Mehrbetrag ab Fälligkeit des Vorschusses 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.

Artikel 15 Todesfall

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 16 Bezugsberechtigung für die Todesfalleistung

1. Zur Bestimmung des Bezugsberechtigten ist allein der Versicherte berechtigt. Er kann eine Verfügung jederzeit widerrufen oder abändern. Bezugsberechtigte sind mit Namen zu bestimmen. Einsetzung, Widerruf oder Abänderungen sind gegenüber dem Versicherer nur wirksam, wenn sie schriftlich erfolgen und vor Eintritt des Versicherungsfalles in der Generaldirektion oder einer der Landesdirektionen des Versicherers einlangen. Mehrere bestimmte Personen sind im Zweifel zu gleichen Teilen bezugsberechtigt. Der von einem Bezugsberechtigten nicht erworbene Anteil wächst den übrigen Bezugsberechtigten zu. Ein Bezugsberechtigter erwirbt sein Recht nur, wenn er den Versicherungsfall erlebt. Ist kein Bezugsberechtigter wirksam bestimmt, so sind diejenigen, welche zur Zeit des Todes der versicherten Person als Erben berufen sind, nach dem Verhältnis der Erbteile bezugsberechtigt. Eine Ausschlagung der Erbschaft hat auf die Berechtigung keinen Einfluss.

Artikel 17 Unfallkosten

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. In den Versicherungsschutz eingeschlossen sind auch die Kosten einer kosmetischen Operation,

die zur Behebung der Unfallfolgen vorgenommen wird. 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. zum, seinem Wohnort nächstgelegenen, Krankenhaus. Bei einem tödlichen Unfall werden auch die Kosten der Überführung des Toten zu dessen letztem Wohnort in Österreich bezahlt.

Zusätzlich mitversichert sind Rückholkosten bis zur Höhe von EUR 15.000,–. Rückholkosten 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. zum, seinem Wohnort nächstgelegenen, Krankenhaus. Bei einem tödlichen Unfall werden auch die Kosten der Überführung des Toten zu dessen letztem Wohnort in Österreich bezahlt.

Für Leistungen aus Unfallkosten ist ein Selbstbehalt von EUR 800,– vereinbart.

Artikel 18 Ausschlüsse

Ausgeschlossen von der Versicherung sind Unfälle

1. bei der Benützung von Luftfahrtgeräten und bei Fallschirmabsprüngen sowie bei der Benützung von Luftfahrzeugen, soweit sie nicht unter die Bestimmung des Artikels 10, Pkt. 4 fällt;
2. die bei der Beteiligung an motorsportlichen Wettbewerben (auch Wertungsfahrten und Rallyes) und den dazugehörigen Trainingsfahrten entstehen;
3. bei der Teilnahme an Landes-, Bundes- oder internationalen Wettbewerben auf dem Gebiet des Schilaufens, Schispringens, Bob-, Schibob- oder Skeletonfahrens sowie am offiziellen Training für diese Veranstaltungen;

4. die beim Versuch oder der Begehung gerichtlich strafbarer Handlungen durch den Versicherten eintreten, für die Vorsatz Tatbestandsmerkmal ist;
5. die unmittelbar oder mittelbar mit Kriegseignissen jeder Art zusammenhängen (siehe jedoch Artikel 13);
6. durch innere Unruhen, wenn der Versicherte daran auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;
7. die unmittelbar oder mittelbar
 - durch den Einfluss ionisierender Strahlen im Sinne des Strahlenschutzgesetzes (BGBl Nr. 227/1969) in der jeweils geltenden Fassung,
 - durch Kernenergieverursacht werden;
8. die der Versicherte infolge einer wesentlichen Beeinträchtigung seiner psychischen Leistungsfähigkeit durch Alkohol, Suchtgifte oder Medikamente;
9. 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; soweit ein Versicherungsfall der Anlass war, findet Pkt. 7 keine Anwendung.

Artikel 19 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 auf Straßen mit öffentlichem Verkehr die kraftfahrrechtliche Berechtigung dazu besitzt.

2. Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalles

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

- 2.1 Nach Möglichkeit zur Feststellung des Sachverhaltes beizutragen.
- 2.2 Ein Unfall ist dem Versicherer unverzüglich, spätestens innerhalb von vier Wochen schriftlich anzuzeigen.
- 2.3 Ein Todesfall ist dem Versicherer innerhalb von 4 Wochen anzuzeigen, und zwar auch dann, wenn der Unfall bereits gemeldet ist.
- 2.4 Dem Versicherer ist das Recht einzuräumen, die Leiche durch Ärzte besichtigen, auch öffnen und nötigenfalls exhumieren zu lassen, wenn es berechtigte Zweifel an den Todesumständen gibt.

- 2.5 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.
- 2.6 Nach Erhalt des Formulars für Unfallanzeigen ist dieses ohne Verzug dem Versicherer ausgefüllt zuzusenden; außerdem sind dem Versicherer alle verlangten sachdienlichen Auskünfte zu erteilen.
- 2.7 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.
- 2.8 Die mit dem Unfall befassten Behörden sind zu ermächtigen und zu veranlassen, die vom Versicherer verlangten Auskünfte zu erteilen.
- 2.9 Der Versicherer kann verlangen, dass sich der Versicherte durch die vom Versicherer bezeichneten Ärzte untersuchen lässt.

Artikel 20 Zusatzleistung

Der Versicherer übernimmt die erforderlichen Kosten, die durch Erfüllung der in Artikel 19, Pkt. 2 bestimmten Obliegenheiten — ausgenommen Pkt. 2.5. — entstehen.

Artikel 21 Fälligkeit der Leistung des Versicherers

1. Geldleistungen des Versicherers sind mit Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfanges der Leistung des Versicherers nötigen Erhebungen fällig.

Die Fälligkeit tritt jedoch unabhängig davon ein, wenn der Versicherte 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 Monats entspricht.

2. Sind diese Erhebungen bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles nicht beendet, so kann der Versicherte in Anrechnung auf die Gesamtforderung Abschlagszahlungen in der Höhe des Betrages verlangen, den der Versicherer nach Lage der Sache mindestens zu zahlen hat.
3. Der Lauf der Frist des Abs. 2 ist gehemmt, solange die Beendigung der Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherten oder des Versicherungsnehmers gehindert ist.

4. Eine Vereinbarung, durch welche der Versicherer von der Verpflichtung, Verzugszinsen zu zahlen, befreit wird, ist unwirksam.

Artikel 22

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, entscheidet die Ärztekommision. Auch bei Meinungsverschiedenheiten über die Beeinflussung der Unfallfolgen durch Krankheiten oder Gebrechen entscheidet die Ärztekommision.
2. In den nach Pkt. 1 der Ärztekommision zur Entscheidung vorbehaltenen Meinungsverschiedenheiten kann der Anspruchsberechtigte innerhalb von 6 Monaten nach Zugang der Erklärung des Versicherers Widerspruch erheben und mit Vorlage eines medizinischen Gutachtens unter Bekanntgabe seiner Forderung die Entscheidung der Ärztekommision beantragen.
3. Das Recht, die Entscheidung der Ärztekommision zu beantragen, steht auch dem Versicherer zu. Über dessen Aufforderung ist der Anspruchsberechtigte verpflichtet, die Höhe seiner Forderung bekannt zu geben.
4. Für die Ärztekommision bestimmen der Anspruchsberechtigte und der Versicherer je einen in der österreichischen Ärzteliste eingetragenen Arzt mit ius practicandi (Recht zur Berufsausübung). Wenn eine der beiden Parteien innerhalb von zwei Wochen nach Aufforderung in geschriebener Form keinen Arzt benennt, wird dieser von der österreichischen Ärztekammer bestellt. Die beiden Ärzte bestellen einvernehmlich vor Beginn ihrer Tätigkeit einen weiteren Arzt als Obmann, der für den Fall, dass sie sich nicht oder nur zum Teil einigen sollten, im Rahmen der durch die Gutachten der beiden Ärzte gegebenen Grenzen entscheidet. Einigen sich die beiden Ärzte über die Person des Obmannes nicht, wird ein für den Versicherungsfall zuständiger medizinischer Sachverständiger durch die österreichische Ärztekammer als Obmann bestellt.
5. Die versicherte Person ist verpflichtet, sich von den Ärzten der Kommission untersuchen zu lassen und sich jenen Maßnahmen zu unterziehen, die diese Kommission für notwendig hält.
6. Die Ärztekommision hat über ihre Tätigkeit ein Protokoll zu führen; in diesem ist die Entscheidung schriftlich zu begründen. Einigen sich die Ärzte nicht, hat jeder Arzt seine Auffassung im Protokoll gesondert darzustellen. Ist eine Entscheidung durch den Obmann erforderlich, begründet auch er sie in einem Protokoll. Die Akte des Verfahrens werden vom Versicherer verwahrt.
7. Die Entscheidung der Ärztekommision ist dann nicht verbindlich, wenn sie offenbar von der wirklichen Sachlage erheblich abweicht. Die Feststellung erfolgt in diesem Fall durch gerichtliches Urteil. Das Gleiche gilt, wenn die Sachverständigen die Feststellung nicht treffen können oder wollen oder sie verzögern.
8. Die Kosten der Ärztekommision werden von ihr festgesetzt und sind im Verhältnis des Obsiegens der beiden Parteien zu tragen. Für den Fall der Anrufung der Ärztekommision wird der Versicherer dem Versicherungsnehmer, nach Bekanntwerden der Forderung

durch die versicherte Person und vor Aufnahme der Tätigkeit der Ärztekommision, den maximalen, ihn treffenden Kostenbetrag in geschriebener Form mitteilen. Der Anteil der Kosten, den der Anspruchsberechtigte zu tragen hat, ist mit 5 % der für Tod und Invalidität zusammen versicherten Summe, höchstens jedoch mit 50 % des strittigen Betrages, begrenzt.

Artikel 23 Anwendbares Recht

Es gilt österreichisches Recht. Insbesondere kommt das VersVG zur Anwendung, sofern in dieser Rahmenvereinbarung keine anderen Regelungen getroffen werden.

Artikel 24 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 im Inland haben. Liegt der Wohnsitz oder der gewöhnliche Aufenthalt nicht in einem Mitgliedsstaat des Lugano-Abkommens, so ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

Artikel 25 Form der Erklärungen und Zustellung nach Wohnsitzwechsel

Für sämtliche Anzeigen und Erklärungen des Versicherungsnehmers an den Versicherer ist die geschriebene Form erforderlich, sofern nicht die Schriftform 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. Schriftform bedeutet, dass dem Erklärungsempfänger das Original der Erklärung mit eigenhändiger Unterschrift des Erklärenden zugehen muss. Die qualifizierte elektronische Signatur ist der eigenhändigen Unterschrift nicht gleichgestellt.

Der Versicherungsnehmer hat einen Wechsel seiner Anschrift dem Versicherer bekanntzugeben. Eine rechtlich bedeutsame Erklärung gilt auch dann als zugegangen, wenn der Versicherungsnehmer seiner Verpflichtung zur Bekanntgabe des Anschriftwechsels nicht nachkommt und der Versicherer die Erklärung an die zuletzt bekanntgegebene Anschrift des Versicherungsnehmers sendet.

Alle Mitteilungen und Erklärungen sind nur in schriftlicher Form verbindlich.

Artikel 26 Maklerklausel

Der gesamte Geschäftsverkehr im Zusammenhang mit gegenständlichem Vertrag wird mit dem Versicherungsmakler

RUBAS & CO Versicherungsmaklergesellschaft m.b.H.
Rotenlöwengasse 15
1090 Wien



beziehungsweise einer von ihm bekanntzugebenden Firma, an welcher er als Gesellschafter beteiligt bzw. Geschäftsführer ist, abgewickelt.

Anzeigen und Erklärungen des Versicherungsnehmers gelten dem Versicherer als zugegangen, wenn diese beim Makler eingelangt sind. Der Makler ist zu deren unverzüglichen Weiterleitung an den Versicherer verpflichtet.

Versicherungsanträge, sowie Anzeigen und Willenserklärungen des Versicherungsnehmers, die ein Versicherungsverhältnis begründen oder den Deckungsumfang eines bestehenden Versicherungsverhältnisses erweitern sollen, gelten jedoch erst mit dem tatsächlichen Eingang beim Versicherer als diesem zugegangen.

Artikel 27 Risikoträger

Risikoträger der Versicherung ist die UNIQA Österreich Versicherungen AG und die Wiener Städtische Versicherung AG zu gleichen Teilen.

Artikel 28 Bestklausel

Werden die Musterbedingungen des VVO im Laufe der Versicherungsdauer zugunsten des Versicherungsnehmers geändert, so gelten die diesbezüglichen Bestimmungen auch für diese Verträge.

.....
UNIQA Österreich Versicherungen AG

.....
WIENER STÄDTISCHE Versicherung AG
Vienna Insurance Group

Wien,

.....
Österreichische Zahnärztekammer

ANHANG 1

Leistungsübersicht für Familienangehörige von Zahnärzten

Grunddeckung

• Dauernde Invalidität ab 20 %	EUR	350.000,–
• Unfalltod	EUR	100.000,–
• Schmerzensgeld ab dem 7. Tag eines unfallbedingten Spitalsaufenthaltes	EUR	5.000,–
Erhöhung nach einem unfallbedingten Spitalsaufenthalt von mind. 21 Tagen auf	EUR	10.000,–
• Unfallkosten	EUR	15.000,–
mit einem Selbstbehalt von EUR 800,–		
• Rückholkosten	EUR	15.000,–

Leistungsbeispiele für dauernde Invalidität:

Invaliditätsgrad in %	Leistung in %	Leistung in EUR
25 %	25 %	EUR 87.500,–
50 %	100 %	EUR 350.000,–
75 %	225 %	EUR 787.500,–
90 %	330 %	EUR 1.155.000,–
100 %	400 %	EUR 1.400.000,–

Für Invaliditätsgrade unter 20 % wird keine Leistung erbracht.

Variante 1

• Dauernde Invalidität	EUR	200.000,–
• Unfalltod	EUR	20.000,–
• Unfallkosten	EUR	15.000,–
mit einem Selbstbehalt von EUR 800,–		
• Rückholkosten	EUR	15.000,–

Leistungsbeispiele für dauernde Invalidität:

Invaliditätsgrad in %	Leistung in %	Leistung in EUR
25 %	25 %	EUR 50.000,–
50 %	100 %	EUR 200.000,–
75 %	225 %	EUR 450.000,–
90 %	330 %	EUR 660.000,–
100 %	400 %	EUR 800.000,–

Leistung ab jedem Invaliditätsgrad.

Variante 2

• Dauernde Invalidität ab 20 %	EUR	160.000,–
• Unfalltod	EUR	300.000,–
• Unfallkosten mit einem Selbstbehalt von EUR 800,–	EUR	15.000,–
• Rückholkosten	EUR	15.000,–

Leistungsbeispiele für dauernde Invalidität:

Invaliditätsgrad in %	Leistung in %	Leistung in EUR
25 %	25 %	EUR 40.000,–
50 %	100 %	EUR 160.000,–
75 %	225 %	EUR 360.000,–
90 %	330 %	EUR 528.000,–
100 %	400 %	EUR 640.000,–

Für Invaliditätsgrade unter 20 % wird keine Leistung erbracht.

Variante 3 (automatisch gültig ab Vollendung des 71. Lebensjahres)

• Dauernde Invalidität ab 20 %	EUR	350.000,–
• Unfalltod	EUR	100.000,–
• Schmerzensgeld ab dem 7. Tag eines unfallbedingten Spitalsaufenthaltes	EUR	5.000,–
Erhöhung nach einem unfallbedingten Spitalsaufenthalt von mind. 21 Tagen auf	EUR	10.000,–
• Unfallkosten mit einem Selbstbehalt von EUR 800,–	EUR	15.000,–
• Rückholkosten	EUR	15.000,–

Leistungsbeispiele für dauernde Invalidität:

Invaliditätsgrad in %	Leistung in %	Leistung in EUR
25 %	25 %	EUR 87.500,–
50 %	100 %	EUR 350.000,–
75 %	225 %	EUR 787.500,–
90 %	330 %	EUR 1.155.000,–
100 %	400 %	EUR 1.400.000,–

Für Invaliditätsgrade unter 20 % wird keine Leistung erbracht.

Bei Kindern bis zum 19. Lebensjahr senkt sich die Versicherungssumme für den Unfalltod in allen Varianten auf EUR 10.000,--.

ANHANG 2

Prämie und Anzahlnachlass

Die Jahresprämie pro versicherter Person beträgt derzeit **EUR 259,20** und beinhaltet die Versicherungssteuer von derzeit 4 %. Die Prämie gilt für jede der in der Leistungsübersicht angeführten Varianten.

Die Prämie pro mitversichertem Kind beträgt derzeit **EUR 129,60** (50 % der Erwachsenenprämie). Ab dem 19. Lebensjahr wird die Erwachsenenprämie verrechnet.

Anzahlnachlass

Als Stichtag für die Berechnung des Anzahlnachlasses gilt jeweils der 31. Dezember des Vorjahres. Für die Berechnung des Anzahlnachlasses werden alle Hauptversicherten als Mitglieder aller Kammern der selbstständig Erwerbstätigen herangezogen. Bei Erreichen der nachfolgenden Anzahl an Hauptversicherten gilt für alle Verträge der Kammern der selbstständig Erwerbstätigen folgende Prämie:

Vertragsanzahl	Währung	Prämie
• ab 2.000 Verträgen	EUR	270,00
• ab 3.000 Verträgen	EUR	264,00
• ab 4.000 Verträgen	EUR	259,20
• ab 5.000 Verträgen	EUR	254,40
• ab 6.000 Verträgen	EUR	248,40
• ab 7.000 Verträgen	EUR	243,60
• ab 8.000 Verträgen	EUR	238,80

Wertanpassung nach dem Verbraucherpreisindex

Die Versicherungssummen sowie die Prämien werden jährlich zur Hauptfälligkeit der Prämie um den Prozentsatz erhöht oder vermindert, der den Schwankungen der Verbraucherpreise gemäß dem Verbraucherpreisindex oder gemäß dem an seine Stelle getretenen Index seit letzter Hauptfälligkeit entspricht. Die neuen Versicherungssummen bzw. Prämien werden dem Versicherungsnehmer jeweils schriftlich bekanntgegeben.

Der Ausgangsindex ist in der Polizze angeführt. Bei der Anpassung werden die Versicherungssummen für dauernde Invalidität, Tod und Schmerzensgeld auf volle EUR 10,- gerundet.

Die Versicherungssummen für Unfallkosten und Rückholkosten bleiben unverändert.

Für die Berechnung des Prozentsatzes der Änderung wird der in den vom Österr. Institut für Wirtschaftsforschung herausgegebenen Monatsberichten jeweils letztmals vor Prämienhauptfälligkeit veröffentlichte Verbraucherpreisindex oder der an seine Stelle getretene Index herangezogen.

Auf wertangepasste Prämien wird der Anzahlnachlass aus o.a. Prämientabelle prozentmäßig umgelegt.

ANHANG 3

Erhöhtes Risiko

Für risikoträchtiges Freizeitverhalten bzw. intensive Ausübung von risikoträchtigen Sportarten wird ein Prämienzuschlag gerechnet. Dieser Prämienzuschlag beträgt 50 %.

Z.B. Klettern ab Schwierigkeitsgrad V (UIAA), Klettersteige ab Schwierigkeitsgrad D, Tauchen, Downhill (Rad), Höhlentrekking, Hydro Speed, Kite Surfen, House Running.

Auch für die Teilnahme an Landesmeisterschaften für Sportarten wie American Football, Eishockey, Fußball, Gewichtheben, Handball, Judo, Jiu-Jitsu, Karate, Polo, Reiten, Ringen, Rock'n Roll Akrobatik, Taekwondo etc.

Diese Aufzählung ist nicht vollständig. Der Versicherer behält sich vor, für oben nicht genannte Sportarten ebenfalls einen Prämienzuschlag zu verlangen bzw. sehr gefährliche Sportausübung (Extremsport) vom Versicherungsschutz auszuschließen.