

PANTAENIUS-YACHT-INSASSENUNFALL-BEDINGUNGEN (PYIUB)
71007/AT/0110

§ 1 Geltungsbereich der Versicherung

1. Die Versicherung bezieht sich weltweit auf Unfälle im ursächlichen Zusammenhang mit dem Gebrauch des in der Polizza bezeichneten Fahrzeuges und seiner Beiboote auf privaten Fahrten und Regatten sowie während des Festmachens, des Liegens und der Benutzung in Häfen, während des Auf- und Abklippens, der Instandhaltung, der Wartung, des Umbaus und der Reparatur. Ebenfalls mit umfasst ist die Ausübung von Sport mit zum Fahrzeug gehörenden Wassersportgeräten (Jetskis, Wasserski), Schwimmen, Schnorcheln und Tauchen, vorausgesetzt, dass dies im Zusammenhang mit dem Gebrauch des Fahrzeuges geschieht.

2. Die Versicherung gilt auch für Unfälle, welche sich im Zusammenhang mit dem Gebrauch einer seitens des Versicherungsnehmers gecharterten und von ihm geführten Yacht ereignen, es sei denn, die Charter beträgt mehr als 2 Wochen, beinhaltet die Teilnahme an Regatten oder eine kommerzielle Nutzung der Yacht.

§ 2 Versicherte Personen

1. Versicherte Personen sind der Fahrzeugeigner sowie folgende berechnete Personen: Schiffsführer, Crewmitglieder, Besucher und Gäste und unentgeltlich beauftragte Personen, die mit der Wartung, dem Instandhalten, dem Auf- und Abklippen, dem Umbau und der Reparatur beschäftigt sind.

2. Im Falle der Nutzung einer gecharterten Yacht gem. § 1 Nr. 2 gelten lediglich der Versicherungsnehmer als Schiffsführer sowie dessen Crewmitglieder als versichert.

§ 3 Gegenstand der Versicherung

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:

- a) wenn durch eine erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule ein Gelenk verrenkt wird oder Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerzt oder zerrissen werden oder Bauch- oder Unterleibsbrüche entstehen. Dies gilt auch für Bandscheibenvorfälle, soweit keine Vorschädigung oder Degeneration vorliegt (siehe auch § 5);
- b) Ertrinkungs- bzw. Erstickungstod unter Wasser. Von einem Ertrinken wird auch dann ausgegangen, wenn eine versicherte Person über Bord gegangen ist und nicht innerhalb eines Monats wiedergefunden werden kann;
- c) tauchtypische Gesundheitsschädigungen bei lizenzierten oder in Ausbildung befindlichen Tauchern wie Caissionskrankheit oder Barotrauma, ohne dass ein Unfallereignis festgestellt werden kann. Kosten für eine notwendige Behandlung in einer Dekompressionskammer sind im Rahmen von § 4 Nr. 4 ebenfalls mitversichert;
- d) Gesundheitsschädigungen durch plötzlich ausströmende Gase und Dämpfe, Dünste, Staubwolken und Säuren;
- e) wenn die versicherte(n) Person(en) unfallbedingt unter Tollwut, Wundstarrkrampf, Wundinfektionen leidet.
- f) Nahrungsmittelvergiftungen durch eine einmalige Einnahme eines giftigen Nahrungsmittels, vorausgesetzt, eine daraus resultierende Gesundheitsschädigung tritt innerhalb von 48 Stunden ein und wird innerhalb dieser Zeit ärztlich festgestellt.
- g) Gesundheitsschäden versicherter Personen durch die rechtmäßige Verteidigung oder beim Bemühen zur Rettung von Menschen oder Sachen.

3. Seenotrettungs- und Suchkosten sind im Leistungsumfang von § 4 Nr. 3 ebenfalls versichert.

4. Ein Unfall liegt auch dann vor, wenn die versicherte Person infolge einer Entführung oder Geiselnahme, die während der Dauer des Versicherungsschutzes begann, Gesundheitsschädigung durch Nahrungsmittel- oder Medikamentenentzug bzw. von unsachgemäßer Verabreichung notwendiger Pharmaka oder Nahrungsmittel erleidet.

§ 4 Vereinbarte Leistung

Die vereinbarten Leistungsarten und die Versicherungssummen ergeben sich aus dem Vertrag.

Die Versicherung gilt nach dem Pauschalsystem. Der Teilbetrag pro versicherte Person ergibt sich daher aus der vereinbarten Pauschalsumme geteilt durch die versicherten Personen an Bord. Er ist begrenzt durch die vereinbarte Höchstversicherungssumme pro Person.

Für die Entstehung des Anspruchs und die Bemessung der Leistungen gelten die nachfolgenden Bestimmungen.

1. Invaliditätsleistung

a) Voraussetzung für die Leistung

Die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person ist unfallbedingt dauerhaft beeinträchtigt (Invalidität).

Eine Beeinträchtigung ist dauerhaft, wenn sie voraussichtlich länger als drei Jahre bestehen wird und eine Änderung des Zustandes nicht erwartet werden kann.

Die Invalidität ist innerhalb von 12 Monaten nach dem Unfall eingetreten und innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt in Textform festgestellt und von Ihnen unter Vorlage eines Arztattestes bei uns geltend gemacht worden.

Kein Anspruch auf Invaliditätsleistung besteht, wenn die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall stirbt.

b) Art und Höhe der Leistung

Die Invaliditätsleistung wird als Kapitalbetrag gezahlt.

Grundlage für die Berechnung der Leistung bilden die Versicherungssumme und der Grad der unfallbedingten Invalidität. Bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane gelten ausschließlich die folgenden Invaliditätsgrade:

- Arm	75%
- Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	70%
- Arm unterhalb des Ellenbogengelenks	65%
- Hand	60%
- Daumen	25%
- Zeigefinger	16%
- anderer Finger	10%
- mehrere Finger einer Hand jedoch maximal	60%
- Bein über der Mitte des Oberschenkels	75%
- Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	70%
- Bein bis unterhalb des Knies	65%
- Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	60%
- Fuß	50%
- großen Zehe	8%
- andere Zehe	4%
- Auge	50%
- sofern jedoch die Sehkraft des anderen Auges vor dem Unfall bereits verloren war	75%
- Gehör auf einem Ohr	35%
- sofern jedoch das Gehör des anderen Ohres vor dem Unfall bereits verloren war	50%
- Geruchssinn	15%
- Geschmackssinn	10%
- Stimme	70%

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

- c) Für andere Körperteile und Sinnesorgane bemisst sich der Invaliditätsgrad danach, inwieweit die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit insgesamt beeinträchtigt ist. Dabei sind ausschließlich medizinische Gesichtspunkte zu berücksichtigen.
- d) Waren betroffene Körperteile oder Sinnesorgane oder deren Funktionen bereits vor dem Unfall dauernd beeinträchtigt, wird der Invaliditätsgrad um die Vorinvalidität gemindert. Diese ist nach § 4 Nr. 1 b) und c) zu bemessen.
Bei vollständigem Verlust des Gehörs oder des Augenlichts durch den Unfall wird eine vorher bestehende dauernde Beeinträchtigung mit dem Prozentsatz nicht mindernd angerechnet, mit dem die Beeinträchtigung durch akustische oder optische Hilfen (Hörgeräte, Brillen, Linsen) beseitigt wurde.
- e) Sind mehrere Körperteile oder Sinnesorgane durch den Unfall beeinträchtigt, werden die nach den vorstehenden Bestimmungen ermittelten Invaliditätsgrade zusammengerechnet. Mehr als 100% werden jedoch nicht berücksichtigt.
- f) Mehrleistung ab 90% Invalidität
Die doppelte Invaliditätsleistung wird gezahlt, wenn folgende Voraussetzungen vorliegen:
Der Invaliditätsgrad wird nach § 4 Nr. 1 b) bis e) ermittelt und der Unfall ereignet sich vor Vollendung des 65. Lebensjahres der versicherten Person und der Unfall führt zu einem Invaliditätsgrad von mindestens 90%.
Die Mehrleistung wird für jede versicherte Person auf höchstens EUR 200.000,- beschränkt.
- g) 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 und war ein Anspruch auf Invaliditätsleistung entstanden, wird nach dem Invaliditätsgrad geleistet, mit dem aufgrund der ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

2. Todesfall-Leistung

- a) Voraussetzungen für die Leistung
Als Voraussetzung für die Leistung gilt, dass die versicherte Person infolge des Unfalls innerhalb eines Jahres gestorben ist. Auf die besonderen Pflichten nach § 7 Nr. 6 wird hingewiesen.
- b) Höhe der Leistung
Die Todesfall-Leistung wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme gezahlt.

3. Seenotrettungs-, Bergungs- und Suchkosten

Ersetzt werden bis zu einer Höhe von EUR 50.000,- die notwendigen Rettungs-, Bergungs- und Suchkosten von öffentlich-rechtlichen oder privatrechtlichen Unternehmen, wenn die versicherte Person einen Seenotfall erlitten hat, ihr ein Seenotfall drohte oder nach den konkreten Umständen zu vermuten war, auch wenn die Suche vergeblich war.

4. Krankentransportkosten

Erstattet werden unfallbedingte Transportkosten bis zu einer Summe von EUR 50.000,-:

- die entstandenen Kosten für den ärztlich angeordneten Transport der verletzten Person zum Krankenhaus oder zur Spezialklinik;
- den Mehraufwand bei der Rückkehr der verletzten Person zu ihrem Wohnsitz, soweit die Mehrkosten auf ärztliche Anordnung zurückgehen oder nach der Verletzungsart unvermeidbar waren;
- bei einem Unfall im Ausland die zusätzlich entstehenden Heimfahrt- oder Unterbringungskosten für mitreisende minderjährige Kinder und den mitreisenden Partner der versicherten Person;
- bei einem unfallbedingten Todesfall die Kosten für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz;
- bei einem unfallbedingten Todesfall im Ausland wahlweise statt der Überführung zum Wohnsitz die Kosten für die Bestattung im Ausland;

- die Kosten für einen notwendigen Aufenthalt lizenziierter und in Ausbildung befindlicher Taucher in einer Dekompressionskammer, sofern dies nach einem Tauchgang notwendig wurde.

5. Medizinische Notfallkosten im Ausland

Ersetzt werden unfallbedingte notwendige medizinische Kosten ab EUR 50,- bis EUR 22.500,- (bis zu EUR 45.000,- außerhalb Europas) in Notfällen, d.h. eine Verletzung außerhalb des Heimatlandes der versicherten Person, die eine sofortige stationäre oder ambulante Behandlung durch einen anerkannten Arzt erforderlich macht und die nicht bis zu ihrer Rückreise in ihr Heimatland aufgeschoben werden kann.

6. Yacht-Rücküberführungskosten

a) Voraussetzungen für die Leistung

Der versicherte Unfall hat einen unmittelbaren stationären Krankenhausaufenthalt des Schiffsführers erforderlich gemacht. Eine durch den Unfall verursachte Invalidität ist in diesem Fall nicht erforderlich.

Die Rücküberführung der versicherten Yacht durch den Schiffsführer ist nicht möglich und ein Ersatz-Schiffsführer steht nicht zur Verfügung.

b) Art und Höhe der Leistung

Der Versicherungsschutz erstreckt sich bis zu einer Höhe von EUR 10.000,- auf notwendige Rücküberführungskosten der in der Polizza genannten Yacht zu ihrem Heimathafen.

7. Kosmetische Operationen

a) Voraussetzungen für die Leistung

Als Voraussetzung für die Leistung gilt, dass sich die versicherte Person nach einem unter den Vertrag fallenden Unfall einer kosmetischen Operation unterzogen hat.

Als kosmetische Operation gilt eine nach Abschluss der Heilbehandlung durchgeführte ärztliche Behandlung mit dem Ziel, eine unfallbedingte Beeinträchtigung des äußeren Erscheinungsbildes der versicherten Person zu beheben.

Die kosmetische Operation muss innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall, bei Unfällen Minderjähriger spätestens vor Vollendung des 21. Lebensjahres, erfolgt sein.

b) Art und Höhe der Leistung

Geleistet wird insgesamt bis EUR 10.000,- Ersatz für nachgewiesene Arzthonorare, sonstige Operationskosten, notwendige Kosten für Unterbringung und Verpflegung im Krankenhaus sowie für Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten, die durch einen unfallbedingten Verlust oder Teilverlust von Schneide- und Eckzähnen entstanden sind.

8. Zusatzleistungen

Für die in Nr. 3 bis Nr. 7 genannten Leistungen gilt als Voraussetzung, dass ein Dritter (z.B. ein anderer Versicherter) nicht zur Leistung verpflichtet ist, seine Leistungspflicht bestreitet oder seine Leistung erbracht hat, welche aber zur Begleichung der Kosten nicht ausgereicht hat.

Bestehen für die versicherte Person mehrere Unfallversicherungen bei den an diesem Vertrag beteiligten Versicherern, können diese Leistungen nur aus einem dieser Verträge geltend gemacht werden.

§ 5 Vorherige Krankheiten und Gebrechen

Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch ein Unfallereignis verursachten Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, mindert sich im Falle einer Invalidität der Prozentsatz des Invaliditätsgrades, im Todesfall und, soweit nichts anderes bestimmt ist, in allen anderen Fällen die Leistung entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens.

Beträgt der Mitwirkungsanteil weniger als 35%, unterbleibt jedoch die Minderung.

§ 6 Ausschlüsse vom Versicherungsschutz

Kein Versicherungsschutz besteht für folgende Unfälle:

1. Unfälle der versicherten Person durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen; auch infolge von Drogenmissbrauch, sowie durch Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen.

Versicherungsschutz besteht jedoch,

- wenn diese Störungen oder Anfälle durch ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis verursacht waren; dies gilt nicht für Leistungsfälle unter § 4 Nr. 3;
- für Unfälle durch Bewusstseinsstörungen, die auf Trunkenheit beruhen; beim Führen eines Wassersportfahrzeuges jedoch nur, wenn der Blutalkoholgehalt zum Zeitpunkt des Unfalles unter 1,1 ‰ liegt.

2. Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie vorsätzlich eine Straftat ausführt oder versucht.

3. Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht sind.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die versicherte Person auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen wird.

Dieser Versicherungsschutz erlischt am Ende des 14. Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staates, in dem sich die versicherte Person aufhält.

Die Erweiterung gilt nicht bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht. Sie gilt auch nicht für die aktive Teilnahme am Krieg oder Bürgerkrieg sowie für Unfälle durch ABC-Waffen und im Zusammenhang mit einem Krieg oder kriegsähnlichen Zustand zwischen den Ländern China, Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Japan, Russland oder USA.

4. Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie sich an Fahrtveranstaltungen von Motorfahrzeugen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten beteiligt, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt. Dies gilt nicht für die Teilnahme an Segelregatten.

5. Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht sind.

6. Unfälle von gegen Entgelt angestellten Crewmitgliedern,

7. Unfälle der Versicherten Person als Berufstaucher oder Lizenzsportler.

8. Unfälle von Personen, die das in der Polizze bezeichnete Fahrzeug gechartert haben und von Personen, die mit den Charterern dieses Fahrzeug gemeinsam nutzen, soweit nicht anderweitig vereinbart.

9. Ausgeschlossen sind außerdem folgende Beeinträchtigungen:

a) Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis nach § 3 die überwiegende Ursache ist.

b) Gesundheitsschäden durch Strahlen.

Versicherungsschutz besteht jedoch für Gesundheitsschäden durch unfallbedingte Einwirkung von Röntgen-, Laser-, Maser- und künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen.

c) Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Heilmaßnahmen oder Eingriffe, auch strahlendiagnostische und -therapeutische, durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall veranlasst waren, sowie für gewaltsame Eingriffe durch Dritte.

d) Infektionen mit Ausnahme der in § 3 Nr. 2 e) genannten;

e) Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund, mit Ausnahme der in § 3 Nr. 2 f) genannten Nahrungsmittelvergiftungen;

f) Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, die sich nicht unmittelbar und ursächlich auf eine organische Verletzung/einen organischen Schaden zurückführen lassen, auch wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden.

§ 7 Obliegenheiten im Leistungsfall und Folgen von Obliegenheitsverletzungen

1. Nach einem Unfall, der voraussichtlich eine Leistungspflicht herbeiführt, muss der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person unverzüglich einen Arzt hinzuziehen, dessen Anordnungen befolgen und den Versicherer unterrichten.

2. Die übersandte Unfallanzeige muss wahrheitsgemäß ausgefüllt und unverzüglich zurückgesendet werden; darüber hinaus geforderte sachdienliche Auskünfte müssen in gleicher Weise erteilt werden.

3. Werden Ärzte von dem Versicherer beauftragt, muss sich die versicherte Person auch von diesen untersuchen lassen. Die notwendigen Kosten einschließlich eines dadurch entstandenen Verdienstaufalles trägt der Versicherer.

4. Ist bei Selbständigen der Verdienstaufall nicht nachzuweisen, wird ein fester Betrag erstattet, der 1 ‰ der versicherten Invaliditätssumme, maximal EUR 500,- beträgt.

5. Die Ärzte, die die versicherte Person auch aus anderen Anlässen behandelt oder untersucht haben, Krankenhäuser oder sonstige Krankenanstalten, andere Personenversicherer, gesetzliche Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden sind zu ermächtigen, alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen. Der Versicherer wird die versicherte Person über die Erhebung personenbezogener Gesundheitsdaten unterrichten, sofern ihm schon vor dem Unfall die Einwilligung vorliegt. Die versicherte Person kann einer Erhebung widersprechen; dies kann jedoch zu einem Verlust der Leistungsansprüche führen. Die versicherte Person kann jederzeit verlangen, dass eine Erhebung der Daten nur erfolgt, wenn jeweils in die einzelne Erhebung eingewilligt worden ist.

6. Hat der Unfall den Tod zur Folge, ist dies dem Versicherer innerhalb von 48 Stunden nach Kenntnis zu melden, auch wenn der Unfall schon angezeigt war.

Dem Versicherer ist das Recht zu verschaffen, gegebenenfalls eine Obduktion durch einen beauftragten Arzt vornehmen zu lassen.

7. Bei den einzelnen Leistungsarten sind zum Teil noch weitere Fristen zu beachten, bei denen es sich allerdings nicht um Obliegenheiten, sondern um Anspruchsvoraussetzungen handelt.

8. Wird eine nach Eintritt des Unfalles zu erfüllende Obliegenheit verletzt, so ist der Versicherer von der Leistungspflicht frei, es sei denn, dass die Verletzung weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruht. Bei grob fahrlässiger Verletzung bleibt er zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung weder Einfluss auf die Feststellung des Unfalles noch auf die Bemessung der Leistung gehabt hat.

9. Eine Obliegenheitsverletzung liegt insbesondere nicht vor, wenn die versicherte Person einen Arzt erst dann hinzuzieht, wenn der wirkliche Umfang erkennbar wird oder wenn zunächst anzunehmen war, dass die Unfallfolgen nicht eintreten und eine unverzügliche Schadenmeldung deshalb unterblieb oder; wenn die Erfüllung einer Obliegenheit versehentlich unterblieb, aber nach ihrem Erkennen unverzüglich erfüllt wurde.

§ 8 Fälligkeit der Leistungen

1. Der Versicherer ist verpflichtet, innerhalb eines Monats -beim Invaliditätsanspruch innerhalb von drei Monaten- zu erklären, ob und in welcher Höhe er einen Anspruch anerkennt. Die Fristen beginnen mit dem Eingang des Nachweises des Unfallhergangs und der Unfallfolgen sowie beim Invaliditätsanspruch zusätzlich des Nachweises über den Abschluss des Heilverfahrens, soweit es für die Bemessung der Invalidität notwendig ist.

2. Die ärztlichen Gebühren, die zur Begründung des Leistungsanspruchs entstehen, übernimmt der Versicherer, sofern er das Gutachten in Auftrag gegeben hat. Sonstige Kosten übernimmt der Versicherer nicht.

3. Erkennt der Versicherer den Anspruch an oder besteht über Grund und Höhe Einigung, erfolgt die Leistung innerhalb von zwei Wochen.

4. Für die Invaliditätsleistung gilt:

Steht die Leistungspflicht zunächst nur dem Grunde nach fest, wird auf Wunsch ein angemessener Vorschuss bezahlt. Vor Abschluss des Heilverfahrens kann eine Invaliditätsleistung innerhalb eines Jahres nach dem Unfall nur bis zur Höhe einer vereinbarten Todesfallsumme beansprucht werden.

5.

a) Versicherer und versicherte Person sind berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich erneut ärztlich bemessen zu lassen.

Dieses Recht gilt bis zu drei Jahre, bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres jedoch bis zu fünf Jahre nach dem Unfall.

Dieses Recht muss von dem Versicherer zusammen mit der Erklärung über die Leistungspflicht nach § 8 Nr. 1 und vom Versicherungsnehmer vor Ablauf der Frist ausgeübt werden. Um das Recht des Versicherungsnehmers auf Neubemessung der Invalidität fristgemäß durchführen zu können, muss der Versicherungsnehmer dem Versicherer die Möglichkeit geben, einen Arzt rechtzeitig vor Ablauf der Frist mit der Untersuchung der versicherten Person zu beauftragen. Die Erklärung, dieses Recht ausüben zu wollen, sollte dem Versicherer daher möglichst drei Monate nach der Erklärung über die Leistungspflicht, muss aber spätestens drei Monate vor Ablauf der Frist von fünf Jahren nach dem Unfall vorliegen.

b) Ergibt die endgültige Bemessung des Invaliditätsgrades für die Invaliditätsleistung nach § 4 eine höhere Leistung als bereits erbracht wurde, ist der Mehrbetrag mit 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz der EZB jährlich zu verzinsen.

§ 9 Beginn und Ende des Versicherungsschutzes

1. Der Versicherungsschutz beginnt mit dem in der Police genannten Zeitpunkt. Der Einwand, dass bis zur Zahlung der Erstprämie Leistungsfreiheit bestehe (§ 38 Abs. 2 Vers.VG), ist ausgeschlossen.

2. Der Versicherungsvertrag wird auf die Dauer eines Jahres fest abgeschlossen. Er verlängert sich jeweils um ein weiteres Jahr, wenn er nicht spätestens drei Monate vor Ablauf des jeweiligen Vertragsjahres schriftlich gekündigt wird.

3. Der Vertrag kann beendet werden durch schriftliche Kündigung eines der Vertragspartner, wenn der Versicherer eine Leistung nach § 4 erbracht hat oder gegen ihn Klage auf eine solche Leistung erhoben worden ist. Die Kündigung muss spätestens einen Monat nach Leistung oder - im Falle eines Rechtsstreits - nach Klagerücknahme, Anerkenntnis, Vergleich oder Rechtskraft des Urteils zugegangen sein. Sie wird nach Ablauf eines Monats ab Zugang wirksam.

§ 10 Rechtsverhältnisse der beteiligten Personen

1. Eine mitversicherte Person kann Leistungen aus der Unfallversicherung ohne Zustimmung des Versicherungsnehmers unmittelbar bei dem Versicherer geltend machen. In diesem Fall erfolgt die Leistung direkt an die versicherte Person.

2. Der Versicherungsnehmer informiert jede mitversicherte Person über den im Rahmen dieses Vertrages bestehenden Versicherungsschutz und über das Recht der versicherten Person gemäß § 10 Nr. 1.

Die Ausübung sonstiger Rechte aus dem Vertrag steht nicht der mitversicherten Person sondern nur dem Versicherungsnehmer zu.

Der Versicherungsnehmer ist neben den mitversicherten Personen für die Erfüllung der Obliegenheiten verantwortlich.

3. Alle für den Versicherungsnehmer geltenden Bestimmungen sind auf dessen Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller entsprechend anzuwenden.

§ 11 Anzeigen und Willenserklärungen

Alle für den Versicherer bestimmten Anzeigen und Willenserklärungen des Versicherungsnehmers im Rahmen dieses Versicherungsvertrags können rechtswirksam gegenüber der Firma Pantaenius vorgenommen werden.

§ 12 Währung, Recht, Übertragung, zusätzlich geltenden Bestimmungen

1. Die Leistungen des Versicherers und des Versicherungsnehmers erfolgen in der Währung, in der die Versicherungssumme und die Prämie in der Police ausgewiesen sind.

2. Es gilt österreichisches Recht vereinbart.

3. Die Leistungsansprüche aus diesem Versicherungsvertrag können ohne ausdrückliche Zustimmung des Versicherers nicht übertragen werden.

4. Ergänzend gilt für diesen Vertrag das Versicherungsvertragsgesetz (Vers.VG).

5. Gerichtsstand und Erfüllungsort für die Parteien ist Wien.