

Fall der dauernden Invalidität – unabhängig vom Invaliditätsgrad – 100 % der dafür versicherten Summe (gilt nicht für Kompaktschutz). Ist die Leistung aufgrund der Progression höher als 100 %, erbringen wir die höhere Leistung. Diese Vereinbarung gilt nicht für Berufssportler sowie für Personen ohne Berufsausübung. Vollständige Berufsunfähigkeit bedeutet: Der Versicherte ist infolge des Unfalles voraussichtlich auf Lebenszeit überwiegend (mehr als 50 % im Vergleich mit einem körperlich und geistig Gesunden mit vergleichbaren Fähigkeiten und Kenntnissen) außerstande seinen zum Zeitpunkt des Unfalles ausgeübten Beruf auszuüben. Diese Erwerbstätigkeit darf dann auch tatsächlich nicht mehr ausgeübt werden. Eine bereits zum Unfallzeitpunkt bestehende teilweise Berufsunfähigkeit ist als Vorinvalidität im Sinne des Art. 21 Pkt.2 von der Leistung abzuziehen. Eine Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen an der Berufsunfähigkeit ist gleichfalls im Sinne des Art. 21 Pkt. 3 zu berücksichtigen.

Ist die versicherte Person zum Zeitpunkt des Unfalles im Karenzurlaub oder vorübergehend arbeitslos, so gilt der zuletzt ausgeübte Beruf. Voraussetzung dafür ist, dass die letzte Berufstätigkeit nicht länger als 18 Monate zurückliegt. Der Anspruch auf Leistung infolge dauernder Berufsunfähigkeit erlischt mit dem Tag, an dem der Versicherte das 62. Lebensjahr erreicht hat. Ist die versicherte Person zum Zeitpunkt des Unfalles bereits in Pension, besteht kein Anspruch auf Leistung infolge dauernder Berufsunfähigkeit.

7. Im ersten Jahr nach dem Unfall wird eine Invaliditätsleistung von uns nur erbracht, wenn Art und Umfang der Unfallfolgen aus ärztlicher Sicht eindeutig feststehen.
8. Steht der Grad der dauernden Invalidität nicht eindeutig fest, sind sowohl die versicherte Person als auch wir berechtigt, den Invaliditätsgrad jährlich bis 4 Jahre ab dem Unfalltag ärztlich neu bemessen zu lassen.
9. Garantierte Sofortleistung nach Spitalsaufenthalt bei dauernder Invalidität (ausgenommen Kompaktschutz). Gilt nur, wenn eine Versicherung nach Art. 7, Pkt. 5.1, Pkt. 5.2 oder Pkt. 5.3 besteht.
Nach einem unfallbedingten, ununterbrochenen Spitalsaufenthalt von mindestens 11 Tagen werden sofort EUR 1.500,- als Vorauszahlung auf eine zu erwartende Leistung für dauernde Invalidität geleistet. Damit können unfallbedingte, zusätzliche Kosten sofort bezahlt werden.
10. Kosmetische Operationen
Gilt nur, wenn eine Versicherung nach Art. 7, Pkt. 5.1, Pkt. 5.2 oder Pkt. 5.3 (gilt nicht für Kompaktschutz) besteht. Bis zu EUR 10.000,- übernehmen wir auch die Kosten für kosmetische Operationen, wenn deren Notwendigkeit durch einen Unfall verursacht wurde (siehe Art. 13 Pkt. 5).
11. Wird innerhalb von 6 Wochen nach einem unfallbedingten Spitalsaufenthalt eine stationäre Heilbehandlung in einem Rehabilitationszentrum notwendig, bezahlen wir 1 % der Versicherungssumme für dauernde Invalidität (gilt für alle DI-Varianten inklusive Kompaktschutz) als Rehabilitationspauschale. Als Medizinische Rehabilitation gelten alle Maßnahmen, die geeignet sind, eine unfallbedingte dauernde Invalidität zu beseitigen oder zu verbessern.
12. Stirbt die versicherte Person

12.1. unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall, bezahlen wir keine Leistung für dauernde Invalidität;

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

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

13. Hatte die versicherte Person am Unfalltag das 75. Lebensjahr bereits vollendet, bezahlen wir anstelle der Kapitalzahlung eine Rente. Die Berechnung der Rente erfolgt anhand des am Unfalltag vollendeten Lebensjahres und der Rententafel AVÖ1999P Gen. 1950. Nach Feststellung unserer Leistungspflicht und der Rentenhöhe beginnt die Rentenleistung rückwirkend mit dem Monatsersten, der dem Unfalltag folgt. Die Rentenzahlung endet mit dem Ablauf des Kalendermonats, in dem die versicherte Person stirbt.

Lebensrente – Artikel 8

Führt der Unfall zu einer dauernden Invalidität gem. Art. 7 von mindestens 50 %, wird unabhängig vom Lebensalter der versicherten Person die volle Unfallrente bezahlt.

Beträgt der festgestellte Invaliditätsgrad mindestens 35 % – jedoch weniger als 50 %, gelangt die Hälfte der vereinbarten Monatsrente zur Auszahlung.

Wird der Versicherte durch den Versicherungsfall dauernd vollständig berufsunfähig, bezahlen wir im Fall der dauernden Invalidität von mindestens 35 % die volle Unfallrente. Diese Vereinbarung gilt nicht für Berufssportler sowie für Personen ohne Berufsausübung.

Vollständige Berufsunfähigkeit bedeutet: Der Versicherte ist infolge des Unfalles voraussichtlich auf Lebenszeit überwiegend (mehr als 50 % im Vergleich mit einem körperlich und geistig Gesunden mit vergleichbaren Fähigkeiten und Kenntnissen) außerstande seinen zum Zeitpunkt des Unfalles ausgeübten Beruf auszuüben. Diese Erwerbstätigkeit darf dann auch tatsächlich nicht mehr ausgeübt werden. Eine bereits zum Unfallzeitpunkt bestehende teilweise Berufsunfähigkeit ist als Vorinvalidität im Sinne des Art. 21 Pkt. 2 von der Leistung abzuziehen. Eine Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen an der Berufsunfähigkeit ist gleichfalls im Sinne des Art. 21 Pkt. 3 zu berücksichtigen.

Ist die versicherte Person zum Zeitpunkt des Unfalles im Karenzurlaub oder vorübergehend arbeitslos, so gilt der zuletzt ausgeübte Beruf. Voraussetzung dafür ist, dass die letzte Berufstätigkeit nicht länger als 18 Monate zurückliegt.

Der Anspruch auf Leistung infolge dauernder Berufsunfähigkeit erlischt mit dem Tag, an dem der Versicherte das 62. Lebensjahr erreicht hat. Die Zahlung der Unfallrente erfolgt monatlich im Voraus bis zum Ende des Monats, in dem

- a) der Versicherte stirbt, oder
- b) wenn die ärztliche Bemessung gemäß Art. 7 Pkt. 8 ergeben hat, dass der Invaliditätsgrad unter 35 % gesunken ist.

Nach Feststellung unserer Leistungspflicht und der Rentenhöhe beginnt die Rentenleistung rückwirkend mit dem Monatsersten der dem Unfalltag folgt.

äußere Erscheinungsbild der versicherten Person hierdurch dauernd beeinträchtigt ist. Entschließt sich die versicherte Person zur Behebung dieser Schäden zu einer kosmetischen Operation, so übernehmen wir die mit der Operation und der klinischen Behandlung im Zusammenhang stehenden Kosten für Arzthonorare, Medikamente, Verbandszeug und sonstige ärztlich verordnete Heilmittel sowie die Kosten für die Unterbringung und Verpflegung in der Klinik.

6. Begleitperson im Spital

Bei Krankenhausaufenthalten aufgrund eines versicherten Unfalles werden auch die nachgewiesenen Verpflegskosten für eine Begleitperson bis maximal EUR 55,- für maximal 10 Tage von uns ersetzt. Diese Kostenersatz-Versicherung gilt nur für Kinder und insoweit diese Kosten nicht bereits in einem anderen Versicherungsvertrag versichert und zu ersetzen sind bzw. von einem sonstigen Leistungsträger ersetzt werden.

Knochenbruch – Artikel 14

Wir leisten eine Entschädigung in der Höhe der vereinbarten Versicherungssumme, wenn die versicherte Person nach einem Unfall einen Knochenbruch, unabhängig von der Anzahl der gebrochenen Knochen, erlitten hat. Der knöcherne Abriss einer Sehne sowie Knochensplittierungen und ähnliche Verletzungen gelten nicht als Knochenbruch. Die Versicherungsleistung kommt auch dann zur Auszahlung, wenn bei Kindern (bis zum 18. Lebensjahr) durch einen Unfall eine Wachstumsfuge verletzt und daraufhin therapiert wird.

Kinderlähmung, Frühsommer-Meningoencephalitis, Lyme-Borreliose – Artikel 15

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf die Folgen der Kinderlähmung und der durch Zeckenbiss übertragenen Frühsommer-Meningoencephalitis und Lyme-Borreliose. Voraussetzung ist, dass 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 konsultiert wurde. Eine Leistung erbringen wir nur für Tod oder dauernde Invalidität.

Was zahlen wir zusätzlich? – Artikel 16

1. Zusatzleistung

Wir übernehmen die erforderlichen Kosten, die durch Erfüllung der in Artikel 24 Pkt. 2 bestimmten Obliegenheiten entstehen. Ausgenommen davon bleiben Kosten nach Pkt. 2.4 des Art. 24 Obliegenheiten.

2. Prämienfreie Mitversicherung eines neugeborenen Kindes

Kinder, die während der Laufzeit des Vertrages geboren werden, gelten ab Geburt für 3 Monate mit den Versicherungssummen der Mutter mitversichert. Ausgenommen davon sind Taggeldleistungen und Leistungen aus der Lebensrente. Die Leistung für Unfalltod ist mit EUR 10.000,- begrenzt. Der prämienfreie Versicherungsschutz für neugeborene Kinder gilt nur im Rahmen von Einzel- und Familienversicherungen mit Versicherungsschutz für Berufs- und Freizeitunfälle.

3. Prämienfreistellung für Kinder

Stirbt der Versicherungsnehmer einer Familienunfallversicherung, übernehmen wir die weitere Prämienzahlung für die mitversicherten Kinder bis zum vollendeten 18. Lebensjahr.

Wann sind unsere Leistungen fällig und wann verjähren sie? – Artikel 17

1. Wir sind verpflichtet, innerhalb eines Monats, bei Ansprüchen auf Leistung für dauernde Invalidität innerhalb von drei Monaten, zu erklären, ob und in welcher Höhe wir eine Leistungspflicht anerkennen. Die Fristen beginnen mit dem Eingang der Unterlagen, die der Anspruchsberechtigte zur Feststellung des Unfallherganges, der Unfallfolgen und den Abschluss des Heilverfahrens uns vorzulegen 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 Anspruchsberechtigte nach Ablauf von zwei Monaten seit dem Begehren nach einer Geldleistung eine Erklärung von uns verlangt, aus welchen Gründen die Erhebungen noch nicht beendet werden konnten und wir diesem Verlangen nicht binnen eines Monats entsprechen.
3. Steht die Leistungspflicht nur dem Grunde nach fest, kann der Anspruchsberechtigte von uns Vorschüsse bis zu der Höhe des Betrages verlangen, den wir nach Lage der Sache mindestens zu zahlen haben werden.
4. Für die Verjährung gilt § 12 VersVG – Verjährung.

In welchen Fällen und nach welchen Regeln entscheidet die Ärztekommision? – Artikel 18

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 über die Beeinflussung der Unfallfolgen durch Krankheiten und Gebrechen sowie im Falle des unter „Dauernde Invalidität“ angeführten Artikel 7 Pkt. 8 entscheidet die Ärztekommision.
2. In den nach Pkt. 1 der Ärztekommision zur Entscheidung vorbehaltenen Meinungsverschiedenheiten kann der Anspruchsberechtigte innerhalb von 6 Monaten nach Zugang unserer Erklärung Widerspruch erheben und mit Vorlage eines medizinischen Gutachtens unter Bekanntgabe seiner Forderung (gemäß Art. 17, Pkt. 1 – Fälligkeit unserer Leistungen) die Entscheidung der Ärztekommision beantragen.
3. Das Recht, die Entscheidung der Ärztekommision zu beantragen, steht auch uns zu.
4. Für die Ärztekommision bestimmen der Anspruchsberechtigte und wir je einen in der österreichischen Ärzteliste eingetragenen Arzt mit ius practicandi (Recht zur Berufsausübung). Wenn eine der beiden Parteien innerhalb von zwei Wochen nach schriftlicher Aufforderung 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

direkte mechanische Einwirkung von außen auf den Brustkorb verursacht worden ist. Unfälle infolge von Herzinfarkt und Schlaganfall gelten auch als mitversichert.

4. Für organisch bedingte Störungen des Nervensystems erbringen wir nur eine Leistung, wenn und soweit diese Störung auf eine durch den Unfall verursachte organische Schädigung zurückzuführen ist. Seelische Fehlhaltungen (Neurosen, Psychoneurosen) gelten nicht als Unfallfolgen.
5. Bei Bandscheibenhernien wird eine Leistung nur erbracht, wenn sie durch 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 anlagebedingt waren.

Pflichten des Versicherungsnehmers

Wann ist die Prämie zu bezahlen? – Artikel 22

Die erste oder einmalige Prämie einschließlich Gebühren und Versicherungssteuer ist von Ihnen 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. Wird Ratenzahlung vereinbart, so haben wir 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 und 39 VersVG – Prämienzahlungsverzug.

Was ist bei Änderung des Berufes oder der Beschäftigung sowie besonders gefährlichen Freizeitaktivitäten zu beachten? – Artikel 23

Veränderungen der im Antrag anzugebenden Berufstätigkeit, Beschäftigung oder im Antrag anzugebender besonders gefährlicher Freizeitaktivitäten der versicherten Person 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 oder die besonders gefährlichen Freizeitaktivitäten der versicherten Person nach unserem zur Zeit der Veränderung gültigen Tarif eine niedrigere Prämie, so ist vom Zugang der Anzeige an nur diese Prämie zu bezahlen. Ergibt sich eine höhere Prämie, so besteht für die Dauer von drei Monaten ab dem Zeitpunkt, ab dem uns die Anzeige hätte zugehen müssen, auch für die neue Berufstätigkeit, Beschäftigung oder besonders gefährlichen Freizeitaktivitäten der volle Versicherungsschutz. Tritt ein auf die neue Berufstätigkeit, Beschäftigung oder besonders gefährliche Freizeitaktivitäten zurückzuführender Versicherungsfall nach Ablauf der drei Monate ein, ohne dass inzwischen eine Einigung über die Mehrprämie erreicht worden wäre, so werden unsere Leistungen in der Weise bemessen, dass dem Vertrag als Versicherungssummen jene Beträge zugrunde gelegt werden, welche sich nach den für die neue Berufstätigkeit

bzw. Beschäftigung bzw. besonders gefährlichen Freizeitaktivitäten erforderlichen Prämiensätzen aufgrund der tatsächlichen in der Police berechneten Prämien ergeben. Bieten wir für die neue Berufstätigkeit, Beschäftigung oder die besonders gefährlichen Freizeitaktivitäten grundsätzlich keinen Versicherungsschutz an, finden die Bestimmungen der §§ 23 ff VersVG (Gefahrerhöhung) Anwendung.

Was ist vor Eintritt eines Versicherungsfalles zu beachten?

Was ist nach Eintritt eines Versicherungsfalles zu tun? – Artikel 24

1. Obliegenheiten vor Eintritt des Versicherungsfalles
Als Obliegenheit, deren Verletzung unsere Leistungsfreiheit gemäß § 6 Abs. 2 VersVG (Obliegenheitsverletzung) bewirkt, wird bestimmt, dass die versicherte Person als Lenker eines Kraftfahrzeuges die jeweils kraftfahrrechtliche Berechtigung, die zum Lenken dieses oder eines typengleichen Kraftfahrzeuges erforderlich wäre, besitzt; dies gilt auch dann, wenn dieses Fahrzeug nicht auf Straßen mit öffentlichem Verkehr gelenkt wird.
2. Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalles
Als Obliegenheiten, deren Verletzung unsere Leistungsfreiheit gemäß § 6 Abs. 3 VersVG (Obliegenheitsverletzung) bewirkt, werden bestimmt:
 - 2.1. Ein Unfall ist uns unverzüglich, spätestens innerhalb einer Woche, schriftlich anzuzeigen.
 - 2.2. Ein Todesfall ist uns innerhalb von 3 Tagen anzuzeigen, und zwar auch dann, wenn der Unfall bereits gemeldet ist.
 - 2.3. Uns ist das Recht einzuräumen, die Leiche durch Ärzte obduzieren 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. Darüber hinaus hat der Versicherte nach Möglichkeit zur Feststellung des Sachverhaltes beizutragen.
 - 2.5. Die Unfallanzeige ist uns unverzüglich zuzusenden; außerdem sind uns 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 von uns 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 von uns verlangten Auskünfte zu erteilen.
 - 2.8. Wir können verlangen, dass sich die versicherte Person durch die von uns bezeichneten Ärzte untersuchen lässt.
 - 2.9. Ist auch Spitalgeld oder Genesungsgeld versichert, so ist uns, wenn die versicherte Person in ein Spital (Art. 11, Pkt. 2) eingewiesen

In der Mitteilung hat der Versicherer den Versicherungsnehmer auf das Widerspruchsrecht, die Widerspruchsfrist und die Rechtsfolgen eines unterlassenen Widerspruchs besonders hinzuweisen. Die Änderung der Bedingungen wird mit dem in der Mitteilung genannten Zeitpunkt wirksam, frühestens jedoch mit dem Ablauf der Widerspruchsfrist.

Welches Recht ist anzuwenden? – Artikel 30
Es gilt österreichisches Recht.

Rententafel

Männer

Alter	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85
Jahresrente	104,67	109,14	113,90	118,99	124,43	130,24	136,47	143,15	150,25	157,83	165,97

Frauen

Alter	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85
Jahresrente	88,67	92,79	97,26	102,09	107,34	113,06	119,33	126,18	133,66	141,80	150,66

auf Grund der Sterbetafel AVÖ1999P Gen. 1950 und eines Zinsfußes von jährlich 2,5 % (Art. 7 Pkt. 13.)
Jahresbetrag der monatlich im Voraus zahlbaren **l e b e n s l a n g e n** Rente für eine kapitalmäßige Berechnungsgrundlage von EUR 1.000,-

Allgemeine Bestimmungen, Vertragsgrundlagen

Auf Ihren Versicherungsvertrag finden außer den vorliegenden Bedingungen folgende Bestimmungen Anwendung:

- Die in der Polizza getroffenen Vereinbarungen (z.B. Vertragsklausel)
- Das Versicherungsvertragsgesetz in der jeweils geltenden Fassung

Besondere Bedingungen für die Kollektiv-Unfallversicherung 2005

Die Klipp & Klar Bedingungen für die Unfallversicherung – Fassung 12/2007 finden insoweit Anwendung, als in den nachstehenden Besonderen Bedingungen keine Sonderregelung getroffen wird.

1. Versicherungsformen
Der Versicherungsvertrag gilt je nach der vereinbarten Versicherungsform abgeschlossen als Kollektiv-Unfallversicherung
 - ohne Namensangabe
 - oder mit Namensangabe der Versicherten
2. Gemeinsame Bestimmungen
 - 2.1. Versicherungssummen
Vereinbart sind
 - fixe Versicherungssummen oder
 - das Vielfache (Teil) des Jahresbezuges des einzelnen Versicherten
 - 2.2. Jahresbezug
 - 2.2.1. Begriffsbestimmung
Anzurechnen sind alle Löhne, Gehälter, Provisionen und sonstige Entgelte, welche Bezeichnung sie auch immer tragen (z.B. Gefahren-, Montage-, Schmutzzulage, Weggelder usw.). Nicht anzurechnen sind nur die freiwilligen außerordentlichen, nicht wiederkehrenden Zuwendungen, wie bei Betriebs- oder Dienstjubiläen, Unglücks-

oder Krankheitsfällen und Betriebsveranstaltungen.

- 2.2.2. Jahresbezug als Versicherungssumme
Als Jahresbezug des Versicherten gelten seine tatsächlichen Bezüge während der dem Unfalltag vorangegangenen 12 Monate; wenn während dieser Zeit kein ununterbrochenes Dienstverhältnis bestanden hat, der so errechnete Jahresbezug eines vergleichbaren Dienstnehmers.
- 2.2.3. Als Höchstgrenze eines der Berechnung der Versicherungsleistung wie auch der Prämienberechnung zugrundezulegenden einfachen Jahresbezuges gemäß Pkt. 2.2.1. „Begriffsbestimmung“ des einzelnen Versicherten wird ein Betrag von EUR 110.000,- bestimmt.

2.3. Kumulrisiko

Als Höchstgrenze der Versicherungsleistungen ist pro Ereignis (Ereigniskumul) ein Betrag von EUR 4 Mio. festgelegt.

Erleiden mehrere durch gegenständlichen Versicherungsvertrag versicherte Personen einen Unfall durch dasselbe Ereignis und überschreitet die Summe der Ansprüche der Versicherten den Betrag von EUR 4 Mio., so wird die Leistung für jeden einzelnen Versicherten im Verhältnis der