

20V - ALLGEMEINE BEDINGUNGEN FÜR DIE UNFALLVERSICHERUNG (AUVB UNFALLVORSORGE PREMIUM)

Analog den Formulierungen im Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) beziehen sich personenbezogene Bezeichnungen auf Frauen und Männer in gleicher Weise.

INHALTSVERZEICHNIS

ABSCHNITT A: VERSICHERUNGSSCHUTZ

- Artikel 1 Wer ist versichert?
- Artikel 2 Was ist versichert, was gilt als Versicherungsfall?
- Artikel 3 Wo gilt die Versicherung?
- Artikel 4 Wann gilt die Versicherung?
- Artikel 5 Wann beginnt die Versicherung?
- Artikel 6 Was ist ein Unfall?

ABSCHNITT B: VERSICHERUNGSLEISTUNGEN

- Artikel 7 Was versteht man unter dauernder Invalidität, wann wird dafür eine Leistung erbracht?
- Artikel 8 Was versteht man unter Unfallrente, wann wird dafür eine Leistung erbracht?
- Artikel 9 Wann bezahlen wir den TOP-Zuschuss?
- Artikel 10 Was gilt bei Tod durch Unfall vereinbart?
- Artikel 11 Was gilt für Taggeld vereinbart?
- Artikel 12 Was ist im Rahmen des Spitalgeldes versichert?
- Artikel 13 Was ist im Rahmen von Unfallkosten versichert?
- Artikel 14 Welche Leistungen sind bei Kinderlähmung und Erkrankung durch Zeckenbiß vereinbart?
- Artikel 15 Was bezahlen wir zusätzlich?
- Artikel 16 Was gilt bei Prämienurlaub im Krankheitsfall vereinbart?
- Artikel 17 Ersatz der Fixkosten
- Artikel 18 Prämienfreie Mitversicherung eines Neugeborenen in der Einzel- und Partnersversicherung
- Artikel 19 Wann sind die Versicherungsleistungen fällig?
- Artikel 20 In welchen Fällen und wie entscheidet die Ärztekommision?

ABSCHNITT C: BEGRENZUNGEN DES VERSICHERUNGSSCHUTZES

- Artikel 21 Wer kann nicht versichert werden?
- Artikel 22 Welche Unfälle sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen?
- Artikel 23 Welche sachlichen Begrenzungen des Versicherungsschutzes sind vereinbart?

ABSCHNITT D: PFLICHTEN DES VERSICHERUNGSNEHMERS

- Artikel 24 Wann ist die Prämie zu bezahlen?
- Artikel 25 Wann kann eine prämienfreie Weiterführung des Versicherungsschutzes vereinbart werden?
- Artikel 26 Was ist bei Änderung des Berufes oder der Beschäftigung zu beachten?
- Artikel 27 Was ist vor bzw. nach Eintritt eines Versicherungsfalles zu beachten?

ABSCHNITT E: SONSTIGE VERTRAGSBESTIMMUNGEN

- Artikel 28 Was gilt als Versicherungsperiode und was gilt als Vertragsdauer?
- Artikel 29 Unter welchen Voraussetzungen und wann kann der Vertrag gekündigt werden?
- Artikel 30 Wem steht die Ausübung der Rechte aus dem Vertrag zu, wer hat die Pflichten aus dem Vertrag zu erfüllen?
- Artikel 31 Wo können Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag gerichtlich geltend gemacht werden?
- Artikel 32 Wie sind Erklärungen abzugeben?
- Artikel 33 Rechtsgrundlagen

ABSCHNITT A: VERSICHERUNGSSCHUTZ

Artikel 1 Wer ist versichert?

1.1. Einzel-Unfallversicherung
Versicherungsschutz besteht für die in der Polizza angeführte Person.

1.2. Partner-Unfallversicherung
Versichert ist der Versicherungsnehmer und dessen Ehepartner oder Lebensgefährte im Zeitpunkt des Versicherungsfalles, sofern dieser im gemeinsamen Haushalt mit dem Versicherungsnehmer lebt.

1.3. Alleinerzieher mit Kind(ern)
Versichert ist der Versicherungsnehmer sowie dessen leibliche oder adoptierte Kinder, sofern diese im gemeinsamen Haushalt mit dem Versicherungsnehmer leben und keine wie immer gearteten Einkünfte aus selbständiger oder unselbständiger Tätigkeit erzielen. Eine bloße Lehrlingsentschädigung gilt nicht als Einkommen im Sinne dieser Bestimmung, eine geringfügige Beschäftigung, ein Präsenzdienst oder Zivildienst führt nicht zum Verlust des Versicherungsschutzes. Der Versicherungsschutz für die Kinder gilt auch dann, wenn die Voraussetzung des gemeinsamen Haushaltes aufgrund einer weiterführenden Ausbildung (z.B. Studium) nicht gegeben ist, längstens bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres und erlischt für diese versicherte Person ohne einer Kündigung. Der Versicherungsschutz für die mitversicherten Kinder erlischt jedenfalls bei Aufnahme einer beruflichen oder anderen entgeltlichen Tätigkeit auch vor Ablauf des 25. Lebensjahres.

1.4. Familien-Unfallversicherung
Versichert ist der Versicherungsnehmer und dessen Ehepartner oder Lebensgefährte im Zeitpunkt des Versicherungsfalles sowie deren leibliche oder adoptierte Kinder, sofern diese im gemeinsamen Haushalt mit dem Versicherungsnehmer leben und keine wie immer gearteten Einkünfte aus selbständiger oder unselbständiger Tätigkeit erzielen. Eine bloße Lehrlingsentschädigung gilt

nicht als Einkommen im Sinne dieser Bestimmung, eine geringfügige Beschäftigung, ein Präsenzdienst oder Zivildienst führt nicht zum Verlust des Versicherungsschutzes. Der Versicherungsschutz für die Kinder gilt auch dann, wenn die Voraussetzung des gemeinsamen Haushaltes aufgrund einer weiterführenden Ausbildung (z.B. Studium) nicht gegeben ist, längstens bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres und erlischt für diese versicherte Person ohne einer Kündigung. Der Versicherungsschutz für die mitversicherten Kinder erlischt jedenfalls bei Aufnahme einer beruflichen oder anderen entgeltlichen Tätigkeit auch vor Ablauf des 25. Lebensjahres.

Artikel 2

Was ist versichert, was gilt als Versicherungsfall?

Wir bieten Versicherungsschutz, wenn der versicherten Person ein Unfall zustößt.

Die möglichen Leistungen und Versicherungssummen ergeben sich aus Abschnitt B dieser Bedingungen, die tatsächlich versicherten Leistungen und Versicherungssummen sind in der Polizza festgehalten.

Versicherungsfall ist der Eintritt eines Unfalles.

Artikel 3

Wo gilt die Versicherung?

Die Versicherung gilt auf der ganzen Erde.

Artikel 4

Wann gilt die Versicherung?

Versichert sind Unfälle, die während der Wirksamkeit des Versicherungsschutzes eingetreten sind.

Artikel 5

Wann beginnt die Versicherung?

5.1. Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz wird mit der Einlösung der Polizza (Artikel 24), jedoch nicht vor dem vereinbarten Versicherungsbeginn wirksam. Wird die Polizza erst danach ausgehändigt, dann aber die Prämie binnen 14 Tagen gezahlt, ist Versicherungsschutz ab dem vereinbarten Versicherungsbeginn gegeben.

Versicherungsschutz ab dem vereinbarten Versicherungsbeginn besteht auch, wenn Sie ohne Verschulden an der rechtzeitigen Zahlung binnen 14 Tagen verhindert sind, die Zahlung jedoch sofort nach Wegfall des Verhinderungsgrundes nachgeholt wird.

5.2. Vorläufige Deckung

Soll der Versicherungsschutz vor der Einlösung der Polizza beginnen (vorläufige Deckung), ist eine besondere Zusage der vorläufigen Deckung durch uns erforderlich. Sie endet mit der Aushändigung der Polizza. Wir sind berechtigt, die vorläufige Deckung mit einer Frist von einer Woche schriftlich zu kündigen, und uns steht in diesem Fall die auf die Zeit des Versicherungsschutzes entfallende Prämie zu.

Artikel 6

Was ist ein Unfall?

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

6.2. Als Unfall gelten 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 abnützungsbedingter Einflüsse finden insbesondere die Bestimmungen des Art. 23 (Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes) unabhängig von der Anteilshöhe Anwendung.

Weiters gelten auch als Unfall

- Folgen der unabsichtlichen Einnahme von für den Verzehr nicht vorgesehener Stoffe oder verdorbener Lebensmittel
- Folgen des Verschluckens von Gegenständen bei Kindern bis zum 7. Lebensjahr
- Unfälle, die sich bei Rettungseinsätzen (Rettung von Menschenleben oder Sachen) ereignen sollten.
- Unfälle, die sich in Folge eines Herzinfarktes oder Schlaganfalles ereignen sollten. Ein Herzinfarkt oder Schlaganfall gilt jedoch in keinem Fall als Unfallfolge.
- Bei Vergiftungen durch Einatmen schädlicher Stoffe wird der Begriff der Plötzlichkeit des Unfallereignisses auch dann angenommen, wenn die versicherte Person den Einwirkungen innerhalb eines Zeitabschnittes von bis zu 7 Tagen ausgesetzt war.
- Unfälle, infolge einer Bewusstseinstörung die nicht durch Alkohol, Drogen oder Medikamenteneinfluss verursacht sind. Die Versicherungsleistung ist in diesen Fällen mit 50% der für Invalidität und Todesfall vereinbarten Versicherungssumme begrenzt (siehe dazu auch Art. 22.8.).

6.3. Krankheiten gelten nicht als Unfälle, übertragbare Krankheiten auch nicht als Unfallfolgen.

Dies gilt nicht für Kinderlähmung, die durch Zeckenbiß übertragene Frühsommer-Meningoencephalitis und eine Meningopolyneuritis aufgrund einer durch Zeckenbiß ausgelösten Borrelioseerkrankung im Rahmen der Bestimmungen des Artikel 14 sowie für Wundstarrkrampf und Tollwut verursacht durch einen Unfall gemäß Punkt 6.

6.3.1. Weiters gilt der Ausbruch folgender Infektionskrankheiten ebenfalls als Unfall:

Infektionskrankheiten, die durch Insektenstiche oder sonstige von Tieren verursachte Hautverletzungen (Tierbiß) übertragen wurden. Ein bloßes Einatmen oder Eindringen ohne derartiges Ereignis steht nicht unter Versicherungsschutz.

6.3.2. Als Unfallereignis gelten auch Schutzimpfungen gegen diese versicherten Infektionskrankheiten, wenn die versicherte Person dadurch dauerhafte Gesundheitsschäden erleidet.

6.3.3. Die Folgen eines Bisses von Schlangen, Skorpionen oder Spinnen und von Insektenstichen (z.B.: allergische Reaktionen).

Der Versicherungsschutz gemäß Art. 6.3.1 bis 6.3.3. besteht jedoch nur, wenn der Ausbruch der Erkrankung

frühestens drei Monate nach Ausstellung der Versicherungspolize bzw. spätestens bis drei Monate nach Beendigung des Versicherungsvertrages stattfand. Eine Leistung wird von uns nur für Tod oder dauernde Invalidität erbracht und bleibt mit der Höhe der vereinbarten Versicherungssummen begrenzt.

6.4. Der Versicherungsschutz gilt auch für Unfälle, die der versicherten Person als Fluggast in Motorflugzeugen, welche für die Personenbeförderung zugelassen sind, zustoßen sollten.

Kein Versicherungsschutz besteht demnach für Unfälle, die der versicherten Person

- als Luftfahrzeugführer (auch Luftsportgeräte führer), sowie als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeuges;
 - bei einer mit Hilfe eines Luftfahrzeuges auszu übenden beruflichen Tätigkeit;
 - bei der Benutzung von Raumfahrzeugen.
- zustoßen sollten.

ABSCHNITT B: VERSICHERUNGSLEISTUNGEN

Artikel 7

Was versteht man unter dauernder Invalidität, wann wird dafür eine Leistung erbracht?

7.1. Dauernde Invalidität mit Progression

Im Falle dauernder Invalidität wird die Versicherungsleistung bereits ab 1% erbracht und ab 25%iger Invalidität progressiv steigend nach folgendem Schema erbracht:

7.1.1. Variante Progression 400%:

Der 25% übersteigende und 50% nicht übersteigende Invaliditätsgrad wird verdreifacht, der 50% übersteigende und 75% nicht übersteigende Invaliditätsgrad verfünffacht und der 75% übersteigende Invaliditätsgrad wird versiebenfacht.

Ab 90%iger dauernder Invalidität bezahlen wir bereits 400% der vereinbarten Versicherungssumme.

7.1.2. Variante Progression 500%:

Der 25% übersteigende und 50% nicht übersteigende Invaliditätsgrad wird verdreifacht, der 50% übersteigende und 75% nicht übersteigende Invaliditätsgrad verfünffacht und der 75% übersteigende Invaliditätsgrad wird versiebenfacht.

Ab 90%iger dauernder Invalidität bezahlen wir bereits 500% der vereinbarten Versicherungssumme.

7.1.3. Variante Progression 600%:

Der 25% übersteigende und 50% nicht übersteigende Invaliditätsgrad wird vervierfacht, der 50% übersteigende und 75% nicht übersteigende Invaliditätsgrad versechsfacht und der 75% übersteigende Invaliditätsgrad wird verachtfachfacht.

Ab 90%iger dauernder Invalidität bezahlen wir bereits 600% der vereinbarten Versicherungssumme.

Welche dieser Varianten für den Versicherungsvertrag vereinbart worden ist, wird in der Polizza dokumentiert.

7.1.4. Invaliditäts-Vollschutz

Wir bezahlen die vereinbarte Versicherungssumme, wenn der durch den versicherten Unfall festgestellte Invaliditätsgrad 50% erreicht oder übersteigt. Unter 50% erfolgt keine Leistung. Für diese Versicherungssumme ist keine progressive Leistungssteigerung vorgesehen.

7.2.1. Voraussetzung für die Leistung ist:

- Die versicherte Person ist durch den Unfall auf Dauer in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt.
- Die Invalidität ist innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten und unter Vorlage eines ärztlichen Befundberichtes, aus dem Art und Umfang der Gesundheitsschädigung und die Möglichkeit einer auf Lebenszeit dauernden Invalidität hervorgeht und innerhalb von 24 Monaten ab dem Unfalltag gerechnet bei uns schriftlich geltend gemacht worden.

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

7.2.2. Die Invaliditätsleistung zahlen wir als Kapitalbetrag bei Unfällen der versicherten Person.

7.3.1. Bei völligem Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane gelten ausschließlich, soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, die folgenden Invaliditätsgrade:

eines Armes	80 %
einer Hand	60 %
eines Daumens	20 %
eines Zeigefingers	10 %
eines anderen Fingers	5 %
eines Beines	70 %
eines Fußes	50 %
einer großen Zehe	5 %
einer anderen Zehe	2 %
der Sehkraft beider Augen	100 %
der Sehkraft eines Auges	50 %
sofern die Sehkraft des anderen Auges vor Eintritt des Versicherungsfalles bereits verloren war	65 %
des Gehörs beider Ohren	80 %
des Gehörs eines Ohres	50 %
sofern jedoch das Gehör des anderen Ohres vor Eintritt des Versicherungsfalles bereits verloren war	50 %
des Geruchsinnes	10 %
des Geschmacksinnes	10 %
der Milz	10 %
der Stimme	50 %
einer Niere	20 %
wenn bereits die zweite Niere vor dem Unfall oder als Unfallfolge beeinträchtigt ist, ist Art. 7 Abs. 4 anzuwenden.	

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

7.4. Für andere Körperteile und Sinnesorgane bemisst sich der Invaliditätsgrad danach, inwieweit die normale körperliche oder geistige Funktionsfähigkeit insgesamt beeinträchtigt ist. Dabei sind ausschließlich medizinische Gesichtspunkte zu berücksichtigen. Waren betroffene Körperteile oder Sinnesorgane oder deren Funktion bereits vor dem Unfall dauernd beeinträchtigt, wird der Invaliditätsgrad um die Vorinvalidität gemindert.

7.5. 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.

7.6. Im ersten Jahr nach dem Unfall wird eine Invaliditätsleistung von uns nur erbracht, wenn Art und Umfang der Unfallfolgen aus ärztlicher Sicht eindeutig feststehen.

7.7. Steht der Grad der dauernden Invalidität nicht eindeutig fest, sind sowohl die versicherte Person als auch wir 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 Falle die endgültige Bemessung eine höhere Invaliditätsleistung als wir bereits erbracht haben, so ist der Mehrbetrag ab Fälligkeit des Vorschusses (Artikel 19) mit 4 % jährlich zu verzinsen.

7.8. Stirbt die versicherte Person

7.8.1. unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall, besteht kein Anspruch auf Invaliditäts- bzw. Unfallrentenleistung;

7.8.2. 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;

7.8.3. 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 8

Was versteht man unter Unfallrente, wann wird dafür eine Leistung erbracht?

8.1.1. Führt ein Unfall zu einer dauernden Invalidität im Sinne des Artikel 7, dann wird - unabhängig vom Alter der versicherten Person - die vereinbarte Unfallrente entsprechend der getroffenen Vereinbarung an die versicherte Person gezahlt.

Abhängig von der vertraglichen Vereinbarung wird eine Leistung für Unfallrente ab einem Invaliditätsgrad

- von mindestens 35% erbracht. Beträgt der festgestellte Invaliditätsgrad mindestens 35% jedoch weniger als 50%, dann wird die halbe vereinbarte Monatsrente ausbezahlt.
- von mindestens 50% erbracht.

Die jeweils getroffenen Vereinbarung für die Unfallrente ist in der Police dokumentiert.

8.1.2. Abweichend von Artikel 23.3 werden Vorgebrechen, die schon vor dem Unfall bestanden haben und die Unfallfolgen beeinflussen, unabhängig von der Anteilshöhe berücksichtigt (das heißt, auch wenn der Anteil unter 25% beträgt).

8.1.3. Die Unfall-Rente steht der versicherten Person nach Fälligkeit der Leistung gemäß Artikel 14 rückwirkend ab dem auf den Unfalltag folgenden Monatsersten zu.

8.1.4. Sollte eine neuerliche ärztliche Bemessung innerhalb von 4 Jahren nach dem Unfall ergeben, dass der unfallkausale Invaliditätsgrad unter 50% bzw. 35% gesunken ist, erlischt der Anspruch auf die Unfallrente mit dem Tag dieser Feststellung. Bis dahin bezahlte Rentenleistungen werden von uns jedoch nicht zurückverlangt.

8.1.5. Der Anspruch auf Rentenleistung erlischt mit Ablauf der vereinbarten Rentendauer, jedenfalls jedoch mit dem Tod der versicherten Person.

Kapitalrückgewähr im Falle des Todes bei der lebenslangen Rente

(Garantierente):

Stirbt die versicherte Person nach Fälligkeit der ersten Rente innerhalb von 20 Jahren, wird die Rentenzahlung jedenfalls für den auf die Dauer von 20 Jahren fehlenden Zeitraum an die bezugsberechtigte Person fortgesetzt. Diese Vereinbarung gilt nicht für versicherte oder mitversicherte Kinder und Jugendliche (Personen unter 18 Jahren).

8.2.1. Bezugsberechtigt sind:

Bei Einzel- und Alleinerzieher-Unfallversicherung gelten die Erben, bei der Partner- und Familien-Unfallversicherung der Ehepartner bzw. Lebensgefährte zum Zeitpunkt des Ablebens der rentenbeziehenden Person als bezugsberechtigt.

8.2.2. Gewinnbeteiligung

Sobald eine Unfallrente zur Auszahlung gelangt, nimmt sie im Wege der Gewinnbeteiligung an den von uns erzielten Überschüssen teil. Die Aufteilung der Überschüsse erfolgt über Gewinn- und Abrechnungsverbände, in denen alle gleichartigen Versicherungsverträge zusammengefasst sind. Liquide Unfallrenten gehören dem Gewinnverband U an.

Die Gewinnbeteiligung erhöht die laufende Rente. Der auf den vereinbarten Vertrag entfallende Gewinn wird alljährlich am 31. Dezember gutgeschrieben.

Die erstmalige Gutschrift erfolgt am 31. Dezember im ersten Kalenderjahr nach Fälligkeit der Leistung gemäß Artikel 19, d.h. nach der erstmaligen Rentenauszahlung. Für die Höhe des Gewinnanteiles sind die von den Unternehmensorganen des Versicherers diesbezüglich gefassten Beschlüsse maßgeblich.

Der Anspruch auf den Gewinnanteil entsteht mit der Beschlussfassung.

Vorangehende Zahlenangaben über die Gewinnbeteiligung sind Beispielrechnungen, die auf Schätzungen beruhen. Solche Angaben sind daher unverbindlich. Der Prozentsatz der Erhöhung wird von uns im jeweiligen Geschäftsbericht veröffentlicht.

8.3. Mehrleistung bei Pflegebedürftigkeit:

Wird die versicherte Person unfallbedingt auch pflegebedürftig, dann bezahlen wir ab der Pflegestufe V eine Mehrleistung von 25% auf die vereinbarte Versicherungssumme für die Unfallrente solange, wie diese Pflegebedürftigkeit gegeben ist. Bei Wegfall der Pflegestufe V oder einer höheren Stufe, erlischt der Anspruch auf diese Mehrleistung. Uns sind zum Nachweis des Anspruches alle erforderlichen Unterlagen (wie z.B.:

der Pflegebescheid) vorzulegen. Bei Änderung der Pflegestufen tritt anstelle der Stufe V jene Stufe, die einen Pflegeaufwand von zumindest 180 Stunden/Monat vorsieht. Die Pflegebedürftigkeit muss ausschließlich durch den versicherten Unfall entstanden sein.

Artikel 9 Wann bezahlen wir den TOP-Zuschuss?

Beträgt der nach Artikel 7 festgestellte Invaliditätsgrad zumindest 35%, dann leisten wir den TOP-Zuschuss in Höhe von 10% der für dauernde Invalidität versicherten Summe, maximal jedoch
EUR 15.000,- bei der Variante Progression 400%
EUR 25.000,- bei der Variante Progression 500%
EUR 35.000,- bei der Variante Progression 600%

Artikel 10 Was gilt bei Tod durch Unfall vereinbart?

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

Zusätzlich ersetzen wir auch die Kosten der Überführung des Toten zu dessen letztem Wohnort in Österreich sowie die Kosten der Bestattung bis 5% der für den Todesfall vereinbarten Versicherungssumme, insgesamt maximal jedoch EUR 7.000,-.

10.2. Auf die Todesfalleistung werden nur Zahlungen, die für dauernde Invalidität (Artikel 7) aus demselben Ereignis geleistet worden sind, angerechnet. Einen Mehrbetrag an Leistung für dauernde Invalidität können wir nicht zurückverlangen.

10.3. Für Personen unter 15 Jahren werden im Rahmen der Versicherungssumme nur die aufgewendeten angemessenen Begräbniskosten ersetzt. Der Ersatz der Begräbniskosten wird an den Überbringer der Originalrechnungen geleistet.

10.4. Bezugsrecht in Partner-, Alleinerzieher- und Familien-Unfallversicherung

Sofern keine abweichende Vereinbarung getroffen wurde, ist im Falle des Todes durch Unfall einer der versicherten Personen sein Ehepartner oder, wenn eine Ehe nicht besteht, der Lebensgefährte zum Bezug der Versicherungssumme für den Todesfall berechtigt.

Bei der Unfallversicherung für Alleinerzieher sind im Falle des Todes des versicherten Alleinerziehers die Erben bezugsberechtigt.

Im Falle des Todes eines mitversicherten Kindes nach Vollendung des 15. Lebensjahres sind die Erben bezugsberechtigt, vor Vollendung gilt der Überbringer der Original-Begräbniskostenrechnungen als bezugsberechtigt.

10.5. Waisenrente in der Alleinerzieher- und Familienunfall-Versicherung

Im Falle des Todes durch einen Unfall eines versicherten und berufstätigen Elternteiles leisten wir ab einer Versicherungssumme für Unfalltod von mindestens EUR 50.000,- zusätzlich zur vereinbarten Versicherungssumme für den Todesfall eine Waisenrente an die leiblichen und adoptierten Kinder. Die monatliche Waisenrente beträgt je Kind EUR 200,-. Diese Rentenleistung unterliegt keiner Wertanpassung.

Diese Rentenleistung endet mit

- dem Todesfall des bezugsberechtigten Kindes,
- spätestens jedoch mit dem Monat, in dem das bezugsberechtigte Kind den 18. Geburtstag hat.

10.6. Witwenrente in der Partner- und Familienunfall-Versicherung

Im Falle des Todes durch Unfall eines versicherten Lebenspartners (Ehepartner oder Lebensgefährte im Sinne der Bestimmung des Art. 1.2. und 1.4.) leisten wir in der Partner- und Familien-Unfallversicherung zusätzlich zur vereinbarten Versicherungssumme für den Todesfall EUR 200,- monatlich maximal 5 Jahre lang ab dem Unfalltag. Diese Zusatzleistung gilt ab einer Versicherungssumme für den Todesfall von EUR 50.000,- mitversichert. Die Leistung wird an den überlebenden Lebenspartner erbracht und erlischt durch Ablauf des Leistungszeitraumes, frühestens jedoch mit dem Tod des Leistungsempfängers.

Artikel 11 Was gilt für Taggeld vereinbart?

11.1. Taggeld wird bei dauernder oder vorübergehender unfallbedingter Invalidität für die Dauer der vollständigen Arbeitsunfähigkeit im Beruf oder in der Beschäftigung der versicherten Person für längstens 365 Tage innerhalb von 4 Jahren ab dem Unfalltag gezahlt.

Übt die versicherte Person im Zeitpunkt des Unfalles keine Erwerbstätigkeit im Beruf oder der Beschäftigung aus, dann ist der Versicherungsschutz für Taggeld trotz Prämienzahlung nicht gegeben. Der Verlust einer dieser Taggeldvereinbarung zu Grunde liegenden Erwerbstätigkeit ist uns wie eine Änderung der Erwerbstätigkeit unverzüglich schriftlich mitzuteilen.

11.2. Die Vereinbarung, dass eine Taggeldleistung erst ab einem bestimmten Tag nach dem Unfall einsetzen soll (Karenzfrist), ist auf der Polizza ersichtlich. Ist ein Leistungsaufschub (Karenzfrist) in der Polizza vereinbart, dann wird das Taggeld erst nach Ablauf und unter Abzug dieser Karenzfrist erbracht.

Artikel 12 Was ist im Rahmen des Spitalgeldes versichert?

12.1. Spitalgeld wird von uns für jeden Kalendertag an dem sich die versicherte Person wegen eines Versicherungsfalles in medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung befindet, längstens für 365 Tage innerhalb von vier Jahren ab dem Unfalltag gezahlt.

12.2. 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.

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

12.4. Bei Unfällen im Ausland, die einen sofortigen und ununterbrochenen Spitalaufenthalt in diesem Land verursachen, wird das vereinbarte Spitalgeld für die Dauer

dieses Aufenthaltes um 100% erhöht. Als Ausland gilt jedes Land außerhalb Österreichs, in dem die versicherte Person keinen Wohnsitz hat.

Artikel 13 Was ist im Rahmen von Unfallkosten versichert?

Bis zur Höhe der hierfür vereinbarten Versicherungssumme werden von uns Unfallkosten ersetzt, sofern sie innerhalb von 4 Jahren vom Unfalltag an gerechnet entstehen und soweit nicht von einem Sozialversicherungsträger oder von einem sonstigen Leistungsträger Ersatz zu leisten ist.

Im Rahmen der Unfallkosten sind versichert:

13.1. Heilkosten

das sind Kosten, die zur Behebung der Unfallfolgen aufgewendet wurden und nach ärztlicher Verordnung notwendig waren. Hiezu zählen auch die notwendigen Kosten des Verletzentransportes, 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.

Nicht ersetzt werden die Kosten der Sonderklasse in Spitälern, Krankenanstalten, privaten Sanatorien etc.

13.2. Bergungskosten

das sind Kosten, die notwendig werden, wenn die versicherte Person einen Unfall erlitten hat oder in Berg- oder Wassernot geraten ist und verletzt oder unverletzt geborgen werden muss bzw. durch einen Unfall oder infolge Berg- oder Wassernot den Tod erleidet und seine Bergung erfolgen muss.

Bergungskosten sind die nachgewiesenen Kosten des Suchens nach der versicherten Person und ihres Transportes bis zur nächsten befahrbaren Straße oder bis zum dem Unfallort nächstgelegenen Spital.

13.3. Hubschrauberbergungskosten

Zusätzlich zu den Bergungskosten nach Punkt 13.2 werden die notwendigen Kosten einer Bergung - ab NACA III - mittels Rettungshubschrauber bis zu einem Betrag von EUR 15.000,- ersetzt. Kein Versicherungsschutz besteht in diesem Zusammenhang für Unfälle bei einer entgeltlich oder beruflich ausgeübten sportlichen Betätigung. Nicht ersetzt werden die Kosten bei Berufs- und Verkehrsunfällen im Inland.

13.4. Rückholkosten

das sind die unfallbedingten Kosten des ärztlich empfohlenen Verletzentransportes, wenn die versicherte Person außerhalb ihres Wohnortes verunfallt ist und von der Unfallstelle bzw. dem Krankenhaus, in das sie eingeliefert wurde, an ihren Wohnort bzw. zum ihrem Wohnort nächstgelegenen Krankenhaus gebracht wird. Weiters bezahlen wir die Kosten eines Hin- und Rücktransportes von der Wohnung der versicherten Person bzw. dem Krankenhaus, in dem sich die versicherte Person wegen eines Versicherungsfalles in Behandlung befindet, zu einer Rehabilitationseinrichtung (wie z.B. Weißer Hof u. dgl.), die zur Beseitigung der Unfallfolgen aufgesucht wird.

Bei einem tödlichen Unfall werden auch die Kosten der Überführung des Toten bis EUR 5.000,- zu dessen letztem Wohnort in Österreich bezahlt. Ist eine Versicherungssumme für den Unfalltod vereinbart, dann werden diese Kosten entsprechend der für die versicherte Person günstigeren Vereinbarung ersetzt.

13.5. Rehabilitations-Beihilfe

Zusätzlich zu den versicherten Unfallkosten zahlen wir nach einem Unfall eine Beihilfe von EUR 5.000,-, wenn sich die versicherte Person innerhalb von 2 Jahren vom Unfalltag an gerechnet, wegen der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung einer stationären Heilbehandlung in einem Rehabilitationszentrum unterzogen hat.

Die medizinische Notwendigkeit dieser Rehabilitation und der Zusammenhang mit dem Unfallereignis ist durch ein ärztliches Attest nachzuweisen.

Die Beihilfe wird für jeden Unfall nur einmal gezahlt.

13.6. Reisekosten

Wir bezahlen die Reisekosten der Familienangehörigen (Ehepartner bzw. Lebensgefährtin oder der Eltern) zur versicherten Person bis EUR 5.000,-, wenn die versicherte Person im Ausland verunfallt ist und dort mindestens 7 Tage in einem Krankenhaus stationär aufgenommen wird.

13.7. Begleitkosten

Bei Krankenhausaufenthalten aufgrund eines versicherten Unfalles ersetzen wir auch die Verpflegungskosten für eine Begleitperson.

Dieser Kostenersatz gilt nur für Kinder bis zum vollendeten 15. Lebensjahr und insoweit diese Kosten nicht bereits in einem anderen Versicherungsvertrag versichert und zu ersetzen sind beziehungsweise von einem sonstigen Leistungsträger ersetzt werden. Die entsprechenden Originalrechnungen sind uns zu überlassen.

13.8. Kosten kosmetischer Operationen

Die aufgewendeten Kosten kosmetischer Operationen zur Behebung unfallbedingter Entstellungen ersetzen wir bis zu EUR 10.000,-, soweit diese Kosten innerhalb von 4 Jahren vom Unfalltag an gerechnet entstehen und soweit nicht von einem Sozialversicherungsträger oder von einem sonstigen Leistungsträger Ersatz zu leisten ist.

13.9 Nottransportkosten aus dem Ausland

Nottransportkosten sind die Kosten des ärztlich angeordneten Rücktransportes der im Ausland verunfallten oder akut erkrankten versicherten Person nach Österreich durch eine von uns bezeichnete Organisation (z.B. Tyrol Air Ambulance).

Diese Organisation entscheidet in Bezug auf die Notwendigkeit der Durchführung eines Nottransportes und führt diesen durch.

Wir ersetzen die Kosten des Nottransportes unabhängig von der vereinbarten Versicherungssumme für Unfallkosten und ohne Anrechnung auf diese. Der Versicherungsschutz ist nicht gegeben, wenn die versicherte Person die Kosten des Nottransportes anderweitig ersetzt erhält oder wenn eine andere als die von uns bezeichnete Organisation für den Nottransport beauftragt wird.

13.10. Schulausfallgeld

In der Kinder-, Jugendunfall- und in der Alleinerzieher- und Familienunfallversicherung bezahlen wir im Falle eines mindestens 14-tägigen ununterbrochenen Spitalauf-

enthaltet des versicherten Kindes (bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres) infolge eines Unfalles maximal einmal pro Jahr das Schulausfallgeld in Höhe von EUR 750,-. Voraussetzung ist, dass das versicherte Kind sich im Zeitpunkt des Versicherungsfalles in Schulausbildung befindet.

Artikel 14

Welche Leistungen sind bei Kinderlähmung und Erkrankung durch Zeckenbiss vereinbart?

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf die Folgen der Kinderlähmung sowie auf die Folgen der durch Zeckenbiss übertragenen Frühsommer-Meningoencephalitis und einer Meningopolyneuritis nach einer durch Zeckenbiss übertragenen 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 Meningopolyneuritis diagnostizierten Krankheit konsultiert wurde.

Eine Leistung wird von uns nur für Tod oder dauernde Invalidität erbracht und bleibt im Rahmen der vereinbarten Versicherungssummen begrenzt.

Artikel 15

Was bezahlen wir zusätzlich?

Wir übernehmen die erforderlichen Kosten, die durch Erfüllung der in Artikel 27.2 bestimmten Obliegenheiten entstehen. Ausgenommen bleiben davon die Kosten nach Artikel 27.2.4.

Artikel 16

Was gilt bei Prämienerslass im Krankheitsfall vereinbart?

16.1. Versichert ist der in der Polizza angeführte und berufstätige Versicherungsnehmer, wobei dieser gleichzeitig auch versicherte Person sein muss.

16.2. Wie lange besteht die Zusatzversicherung?

Die Zusatzversicherung besteht nur solange, als zur Unfallversicherung Prämien entrichtet werden; sie endet spätestens mit jenem Versicherungsjahr, in dem die versicherte Person ihr 65. Lebensjahr vollendet.

16.3. Welche Voraussetzungen gelten für den Prämienerslass?

16.3.1. Wird die versicherte Person durch Krankheit oder Unfall vollständig und vorübergehend arbeitsunfähig, so werden ab dem 43. Tag der ununterbrochenen Arbeitsunfähigkeit die Prämien für die weitere Dauer der Arbeitsunfähigkeit erlassen.

16.3.2. Für jeden Tag, an dem Anspruch auf Prämienerslass besteht, wird ein Dreihundertfünfundsechzigstel der vertraglichen Jahresprämie (des Versicherungsjahres, in das dieser Tag fällt) erlassen. Der Prämienerslass umfasst auch die Versicherungssteuer.

16.3.3. Als arbeitsunfähig gilt, wer infolge objektiv nachweisbarer Krankheit oder Körperverletzung durch Unfall vollständig und vorübergehend außerstande ist, seinen Beruf oder eine andere, im Hinblick auf seine Kenntnisse und Fähigkeiten zumutbare Erwerbstätigkeit auszuüben.

Bei Personen, welche ausschließlich den Haushalt für die eigene Familie führen, gilt diese Tätigkeit ebenfalls als Beruf bzw. Erwerbstätigkeit im Sinne dieser Bedingungen. Schwangerschaft und Folgen von normalen Entbindungen gelten nicht als Krankheit.

16.3.4. Kein Anspruch auf Prämienerslass besteht bei nur teilweiser Arbeitsunfähigkeit. Der Anspruch auf Prämienerslass besteht auch dann nicht, wenn die Krankheit oder Körperverletzung durch Unfall

- durch ein Ereignis im Sinne der Ausschlussbestimmungen des Artikel 22 begründet wurde oder
- freiwillig oder durch eigenes grobes Verschulden gezogen oder verursacht wurde
- als Folge, eines missbräuchlichen Genusses von Alkohol oder Suchtgiften eingetreten ist, sowie bei Entziehungsmaßnahmen und Entziehungskuren.

16.3.5 Innerhalb von vier Wochen nach Ablauf der 42-tägigen Wartefrist muss uns ein vom behandelnden Arzt ausgestelltes Zeugnis vorgelegt werden, aus dem die Art der Erkrankung oder Körperverletzung, die voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit und der Tag, von dem an ununterbrochene Arbeitsunfähigkeit besteht, hervorgehen.

16.3.6. Wir sind berechtigt, weitere Nachweise zu verlangen, welche das ununterbrochene Fortbestehen der vollständigen und vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit bestätigen und auf eigene Kosten auch jederzeit eine ärztliche Untersuchung der versicherten Person durch einen von uns genannten Arzt verlangen.

16.3.7. Innerhalb von vier Wochen nach Beendigung der Arbeitsunfähigkeit muss uns ein weiteres Zeugnis des behandelnden Arztes vorgelegt werden, durch das deren Beendigung bestätigt wird.

Für den Fall, dass diese Meldung unterlassen oder eine von uns verlangte ärztliche Untersuchung verweigert wird, erlischt der Anspruch auf Prämienerslass rückwirkend auf das Ende jenes Zeitraums, für den die Arbeitsunfähigkeit vorschriftsmäßig nachgewiesen wurde. Zuviel bezogene Leistungen müssen an uns rückerstattet werden.

Artikel 17

Ersatz der Fixkosten

17.1. Versichert ist der in der Polizza angeführte und berufstätige Versicherungsnehmer, wobei dieser gleichzeitig auch versicherte Person sein muss bzw. der berufstätige mitversicherte Lebenspartner (Ehepartner oder Lebensgefährtin im Zeitpunkt des Versicherungsfalles).

17.2. Wie lange besteht die Zusatzversicherung?

Die Zusatzversicherung besteht ab dem 18. Lebensjahr und nur solange, als zur Unfallversicherung Prämien entrichtet werden; sie endet spätestens mit jenem Versicherungsjahr, in dem die versicherte Person ihr 65. Lebensjahr vollendet.

17.3. Welche Voraussetzungen gelten für den Fixkostenersatz?

17.3.1. Wird die versicherte Person durch einen versicherten Unfall vollständig (100%ig) und vorübergehend arbeitsunfähig, so werden ab dem 43. Tag der ununterbrochenen Arbeitsunfähigkeit die monatlichen Verbindlichkeiten für

- Mietzahlungen für Wohnzwecke und Kreditverbindlichkeiten für Wohnraumschaffung inklusive dazu vereinbarter Tilgungsträger bei der WIENER STÄDTISCHEN Allgemeine Versicherung Aktiengesellschaft
 - Alimentationszahlungen
 - Versicherungsprämien für private Sachversicherungsverträge bei der WIENER STÄDTISCHEN Allgemeine Versicherung Aktiengesellschaft
- der versicherten Person übernommen.

17.3.2. Ab dem 43.ten Tag der vollständigen und vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit ersetzen wir diese nachgewiesenen Verbindlichkeiten bis zu EUR 1.500,- pro angefangenem Monat, maximal jedoch für längstens 6 Monate.

17.3.3. Als arbeitsunfähig gilt, wer infolge objektiv nachweisbarer Körperverletzung durch Unfall vollständig und vorübergehend außerstande ist, seinen Beruf oder eine andere, im Hinblick auf seine Kenntnisse und Fähigkeiten zumutbare Erwerbstätigkeit auszuüben.

17.3.4. Kein Anspruch auf Fixkostensersatz besteht bei nur teilweiser Arbeitsunfähigkeit. Der Anspruch besteht auch dann nicht, wenn die Körperverletzung durch Unfall

- durch ein Ereignis im Sinne der Ausschlussbestimmungen des Artikel 22 begründet wurde oder
- freiwillig oder durch eigenes grobes Verschulden gezogen oder verursacht wurde
- als Folge, eines missbräuchlichen Genusses von Alkohol oder Suchtgiften eingetreten ist, sowie bei Entziehungsmaßnahmen und Entziehungskuren.

17.3.5. Innerhalb von vier Wochen nach Ablauf der 42-tägigen Wartefrist muss uns ein vom behandelnden Arzt ausgestelltes Zeugnis vorgelegt werden, aus dem die Art der Körperverletzung, die voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit und der Tag, von dem an ununterbrochene Arbeitsunfähigkeit besteht, hervorgehen.

17.3.6. Wir sind berechtigt, weitere Nachweise zu verlangen, welche das ununterbrochene Fortbestehen der vollständigen und vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit bestätigen und auf eigene Kosten auch jederzeit eine ärztliche Untersuchung der versicherten Person durch einen von uns genannten Arzt verlangen.

17.3.7. Innerhalb von vier Wochen nach Beendigung der Arbeitsunfähigkeit muss uns ein weiteres Zeugnis des behandelnden Arztes vorgelegt werden, durch das deren Beendigung bestätigt wird.
Für den Fall, dass diese Meldung unterlassen oder eine von uns verlangte ärztliche Untersuchung verweigert wird, erlischt der Anspruch auf Fixkostensersatz rückwirkend auf das Ende jenes Zeitraums, für den die Arbeitsunfähigkeit vorschriftsmäßig nachgewiesen wurde. Zuviel bezogene Leistungen müssen an uns rückerstattet werden.

Artikel 18

Prämienfreie Mitversicherung eines Neugeborenen in der Einzel- und Partnerunfallversicherung

Ihr neugeborenes und gemeldetes Kind gilt in seinen ersten sechs Lebensmonaten mit einer Versicherungssumme von EUR 50.000,- für dauernde Invalidität als prämienfrei mitversichert. Dieser Betrag gilt auch als

maximale Entschädigungsleistung und unterliegt keiner Wertanpassung.

Alle anderen eventuell im Vertrag vereinbarten Leistungen gelten nicht für das prämienfrei eingeschlossene Kind.

Artikel 19

Wann sind die Versicherungsleistungen fällig?

19.1. Wir sind verpflichtet, innerhalb eines Monats, bei Ansprüchen auf Leistung für dauernde Invalidität innerhalb dreier Monate, zu erklären, ob und in welcher Höhe wir eine Leistungspflicht anerkennen. Die Fristen beginnen mit dem Eingang der Unterlagen, welche die anspruchserhebende versicherte Person zur Feststellung des Unfallherganges und der Unfallfolgen und über den Abschluss des Heilverfahrens beizubringen hat.

19.2. Steht die Leistungspflicht dem Grunde nach fest, kann der Anspruchsberechtigte Vorschüsse bis zu der Höhe des Betrages verlangen, den wir nach Lage der Sache mindestens zu zahlen haben werden.

19.3. Steht unsere Leistung dem Grunde und der Höhe nach fest, ist die Leistung fällig.

19.4. Die Fälligkeit unserer Leistung tritt ebenfalls ein, wenn der Anspruchsberechtigte nach Ablauf zweier Monate 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.

19.5. Für die Verjährung gilt § 12 Versicherungsvertragsgesetz.

Artikel 20

In welchen Fällen und wie entscheidet die Ärztekommision?

20.1. 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 Krankheit oder Gebrechen sowie im Falle des Artikel 7.7. kann eine Ärztekommision mit bindender Wirkung entscheiden.

Die Entscheidung der Ärztekommision kann im Sinne des §184 VersVG gerichtlich überprüft werden. Die Entscheidung der Ärztekommision ist dann nicht verbindlich, wenn diese offenbar von der wirklichen Sachlage erheblich abweicht. Das Gleiche gilt, wenn die Sachverständigen die Feststellung nicht treffen können oder wollen oder diese verzögern.

20.2. In den nach Punkt 20.1. der Ärztekommision zur Entscheidung vorbehaltenen Meinungsverschiedenheiten kann der Anspruchsberechtigte innerhalb von 6 Monaten nach Zugang unserer Erklärung gemäß Artikel 19.1 und Vorlage eines medizinischen Gutachtens unter Bekanntgabe seiner Forderung Widerspruch erheben und die Entscheidung der Ärztekommision beantragen. Wenn der Widerspruch nicht innerhalb dieser Frist erfolgt, kann die Ärztekommision nicht mehr angerufen werden. Auf diese

Rechtslage haben wir in unserer Mitteilung über die Entscheidung hinzuweisen.

20.3. Das Recht, die Entscheidung der Ärztekommision zu beantragen, steht auch uns zu.

20.4. Für die Ärztekommision bestimmen wir und der Anspruchsberechtigte je einen in der österreichischen Ärzteliste eingetragenen Arzt mit ius practicandi (Recht zur Berufsausübung). Wenn ein Vertragsteil innerhalb vier 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 österreichische Ärztekammer als Obmann bestellt.

20.5. 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.

20.6. Die Ärztekommision hat über ihre Tätigkeit ein Protokoll zu führen; in diesem ist die Entscheidung schriftlich zu begründen. Bei Nichteinigung hat jeder Arzt seine Auffassung im Protokoll gesondert darzustellen. Ist eine Entscheidung durch den Obmann erforderlich, dann begründet er diese in einem Protokoll. Die Akten des Verfahrens werden von uns verwahrt.

20.7. Beantragen wir die Entscheidung der Ärztekommision, so tragen wir deren Kosten allein.

Beantragt der Anspruchsberechtigte die Entscheidung der Ärztekommision, haben wir dem Anspruchsberechtigten vor Aufnahme der Tätigkeit der Ärztekommision in geschriebener Form den Maximalbetrag der vom Anspruchsberechtigten zu tragenden Kosten mitzuteilen. Dieser Maximalbetrag ist von uns unter Bedachtnahme auf die zu erwartenden objektiv notwendigen Kosten der Ärztekommision zu bestimmen und darf nicht mehr als 1 % der für Tod, Invalidität und Unfallrente zusammen versicherten Summe, höchstens jedoch 25 % des strittigen Betrages betragen. Die Ärztekommision wird nur dann tätig, wenn der Anspruchsberechtigte innerhalb von vier Wochen ab Erhalt der Mitteilung erklärt, mit dem ihm mitgeteilten Maximalbetrag einverstanden zu sein. Die endgültigen Kosten der Ärztekommision werden von ihr anhand der im Rahmen ihrer Tätigkeit angefallenen objektiv notwendigen Kosten festgesetzt und sind im Verhältnis des Obsiegens der beiden Parteien zu tragen, vom Anspruchsberechtigten jedoch maximal bis zur Höhe des ihm mitgeteilten Maximalbetrags. Bei Unverbindlichkeit der Entscheidung der Ärztekommision (siehe Punkt 20.1.) tragen wir die Kosten der Ärztekommision.

ABSCHNITT C: BEGRENZUNGEN DES VERSICHERUNGSSCHUTZES

Artikel 21

Wer kann nicht versichert werden?

Artikel 21 entfällt.

Artikel 22

Welche Unfälle sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen?

Ausgeschlossen von der Versicherung sind Unfälle

22.1. bei der Benützung von Luftfahrtgeräten und bei Fallschirmabsprüngen sowie bei der Benützung von Luftfahrzeugen, soweit sie nicht unter die Bestimmung des Artikel 6.4. fällt;

22.2. die bei Beteiligung an motorsportlichen Wettbewerben, Wertungsfahrten, Fahren auf Rennstrecken, Rallyes und den je dazugehörigen Trainingsfahrten entstehen;

22.3. bei der Teilnahme an Landes-, Bundes- und internationalen Wettbewerben auf dem Gebiet des nordischen und alpinen Schisports, des Snowboardens sowie Freestyling, Bob-, Schibob-, Skeletonfahrens oder Rodeln sowie am offiziellen Training für diese Veranstaltungen;

22.4. die beim Versuch oder Begehung gerichtlich strafbarer Handlungen durch die versicherte Person eintreten, für die Vorsatz Tatbestandsmerkmal ist;

22.5. die unmittelbar oder mittelbar mit Kriegsereignissen jeder Art zusammenhängen;

22.6. durch innere Unruhen, wenn die versicherte Person daran auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;

22.7. die mittelbar oder unmittelbar

- durch jegliche Einwirkung von nuklearen, chemische oder biologische Waffen,
- durch Kernenergie,
- durch den Einfluss ionisierender Strahlen im Sinne des Strahlenschutzgesetzes in der jeweils geltenden Fassung, außer jene, die durch Heilbehandlungen aufgrund eines Versicherungsfalles veranlasst waren, verursacht werden;

22.8. welche die versicherte Person infolge einer Bewusstseinsstörung oder infolge einer wesentlichen Beeinträchtigung ihrer psychischen Leistungsfähigkeit durch Alkohol, Suchtgifte oder Medikamente erleidet;

22.9. Ausgeschlossen sind Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person, Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Heilmaßnahmen oder Eingriffe durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall veranlasst waren.

Artikel 23

Welche sachlichen Begrenzungen des Versicherungsschutzes sind vereinbart?

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

23.2. 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 7.3. und 7.4. bemessen.

23.3. Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch ein Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung - insbesondere solche Verletzungen, die durch krankhaft abnützungsbedingte Einflüsse verursacht oder mitverursacht worden sind - oder deren Folgen mitgewirkt, dann 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. Dies gilt auch, wenn die Gesundheitsschädigung durch einen abnützungsbedingten Einfluss mit Krankheitswert, wie beispielsweise Arthrose, mitverursacht worden ist.

23.4. Für organisch bedingte Störungen des Nervensystems wird eine Leistung nur erbracht, wenn und soweit diese Störung auf eine durch den Unfall verursachte organische Schädigung zurückzuführen ist. Seelische Fehlhaltungen (Neurosen, Psychoneurosen) gelten nicht als Unfallfolgen.

23.5. Für Bandscheibenhernien wird eine Leistung von uns 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.

23.6. 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.

ABSCHNITT D: PFLICHTEN DES VERSICHERUNGSNEHMERS

Artikel 24

Wann ist die Prämie zu bezahlen?

Die erste oder einmalige Prämie ist von Ihnen sofort nach Aushändigung der Polizza verbunden mit der Aufforderung zur Prämienzahlung zu zahlen (Einlösung der Polizza). Die Folgeprämien sind zum vereinbarten, in der Polizza angeführten Fälligkeitstermin zu entrichten.

Wird Ratenzahlung vereinbart, so haben wir mit Beginn des Versicherungsjahres Anspruch auf die gesamte Jahresprämie. Die nach der ersten 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 25

Wann kann eine prämienfreie Weiterführung des Versicherungsschutzes vereinbart werden?

Bei

- Arbeitslosigkeit des Versicherungsnehmers und Prämienzahlers aufgrund einer Kündigung oder
- seiner Karenzierung bzw. bei einem Partnerunfall-Vertrag auch bei Karenzierung seines Ehepartners oder Lebensgefährten nach Geburt eines Kindes kann der Versicherungsnehmer verlangen, dass sein auf mindestens sechs Jahre abgeschlossener Unfallvertrag für die Dauer von maximal 6 Monaten prämienfrei gestellt wird.

Für diese Zeit, in der keine Prämie bezahlt wird, gilt folgende Vereinbarung hinsichtlich der Versicherungssummen:

Vereinbarte Versicherungssummen für dauernde Invalidität und/oder den Todesfall (gemäß Artikel 10) reduzieren sich auf die Hälfte, maximal jedoch auf jeweils EUR 40.000,-. Für weitere vertraglich vereinbarte Versicherungsdeckungen besteht in der Zeit der Prämienfreistellung kein Versicherungsschutz.

Nach Ende der vereinbarten Prämienfreistellung lebt der Vertrag wieder auf, wie er zuvor bestanden hat. Die Laufzeit des Vertrages verlängert sich um die Zeit der Prämienfreistellung. In der vereinbarten Laufzeit, welche mindestens ein Jahr betragen muss, besteht dieses Recht auf prämienfreie Fortführung des Vertrages nur einmal.

Artikel 26

Was ist bei Änderung des Berufes oder der Beschäftigung, bei Aufnahme einer besonders gefährlichen Freizeitaktivität oder einer vertraglichen oder beruflichen Sportausübung zu beachten?

Veränderungen des im Antrag angegebenen Berufes oder der Beschäftigung sowie die Aufnahme einer vertraglichen oder beruflichen Sportausübung oder der im Antrag anzugebenden besonders gefährlichen Freizeitaktivitäten (z.B. gesichertes alpines Klettern ab Stufe V nach UIAA) der versicherten Person(en) 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, die Beschäftigung, die besonders gefährlichen Freizeitaktivitäten oder die vertragliche bzw. berufliche Sportausübung der versicherten Person nach dem zur Zeit der Veränderung gültigen Tarif unseres Unternehmens eine niedrigere Prämie, so ist vom Zugang der Anzeige an nur diese Prämie zu bezahlen.
- Ergibt sich eine höhere Prämie, so besteht auf die Dauer von drei Monaten ab dem Zeitpunkt, an dem uns die Anzeige hätte zugehen müssen, auch für die neue Berufstätigkeit, Beschäftigung, besonders gefährlichen Freizeitaktivitäten oder die vertragliche bzw. berufliche Sportausübung der volle Versicherungsschutz. Danach besteht der volle Versicherungsschutz nur bei Zahlung einer - dem höheren Risiko - angepassten Prämie. Hierzu werden wir Ihnen nach Meldung des erhöhten Risikos einen Änderungsvorschlag übermitteln. Sie sind berechtigt, den Versicherungsvertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unseres Änderungsvorschlags ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist zu kündigen. Kündigen Sie Ihren Versicherungsvertrag nicht innerhalb dieser Frist, so gilt unser Änderungsvorschlag ab dem Zeitpunkt der Gefahrerhöhung. Wir werden Sie in dem Schreiben, mit dem der Änderungsvorschlag übermittelt wird, auf die Rechtsfolgen bei unterbliebener Kündigung sowie der Vertragsbeendigung bei Vornahme der Kündigung besonders hinweisen.

Tritt ein auf die neue Berufstätigkeit, Beschäftigung, besonders gefährlichen Freizeitaktivitäten oder die vertragliche bzw. berufliche Sportausübung 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, Beschäftigung, besonders gefährlichen Freizeitaktivitäten oder die vertragliche bzw. berufliche Sportausübung erforderlichen Prämienätzen aufgrund der tatsächlichen in der Police berechneten Prämie ergeben.

- Bietet der Versicherer für die neue Berufstätigkeit, Beschäftigung, den besonders gefährlichen Freizeitaktivitäten oder die vertragliche bzw. berufliche Sportausübung grundsätzlich keinen Versicherungsschutz an, dann finden die Bestimmungen der §§ 23ff. VersVG (Gefahrerhöhung) Anwendung.

Artikel 27

Was ist vor bzw. nach Eintritt eines Versicherungsfalles zu beachten?

27.1. Obliegenheiten vor Eintritt des Versicherungsfalles:
Als Obliegenheit, deren Verletzung die Leistungsfreiheit des Versicherers gemäß § 6 Abs. 2 VersVG bewirkt, wird bestimmt, dass die versicherte Person die jeweilige kraftfahrrechtliche Berechtigung, die zum Lenken dieses oder eines typgleichen Kraftfahrzeuges erforderlich wäre, besitzt; dies gilt auch dann, wenn das Fahrzeug nicht auf Straßen mit öffentlichem Verkehr gelenkt wird.

27.2. Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalles:
Als Obliegenheiten, deren Verletzung unsere Leistungsfreiheit gemäß § 6 Abs. 3 VersVG bewirkt, werden bestimmt:

27.2.1 Ein Unfall ist uns unverzüglich, spätestens innerhalb einer Woche, schriftlich anzuzeigen.

27.2.2 Ein Todesfall ist uns innerhalb von 3 Tagen anzuzeigen, und zwar auch dann, wenn der Unfall bereits gemeldet ist.

27.2.3. Gilt nicht mehr.

27.2.4 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.

27.2.5 Die schriftliche Unfallanzeige ist uns unverzüglich zuzusenden; außerdem sind uns alle verlangten sachdienlichen Auskünfte zu erteilen. Weitere Personenversicherungen sind uns bekanntzugeben.

27.2.6. Der behandelnde Arzt oder die behandelnde Krankenanstalt sowie diejenigen Ärzte oder Krankenanstalten, von denen die versicherte Person 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.

27.2.7. Die mit dem Unfall befassten Behörden sind zu ermächtigen und zu veranlassen, die von uns verlangten Auskünfte zu erteilen.

27.2.8 Wir können verlangen, dass sich die versicherte Person durch die von uns bezeichneten Ärzte untersuchen lässt.

27.2.9 Im Falle der Mitversicherung von Unfallkosten sind uns die Originalbelege zu überlassen.

27.2.10. Ist auch Spitalgeld versichert, dann ist uns die Aufenthaltsbestätigung des Spitals mit Diagnose zuzusenden.

ABSCHNITT E: SONSTIGE VERTRAGSBESTIMMUNGEN

Artikel 28

Was gilt als Versicherungsperiode und was gilt als Vertragsdauer?

28.1. Versicherungsperiode

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

28.2. Vertragsdauer

Beträgt die vereinbarte Vertragsdauer mindestens ein Jahr, verlängert sich der Vertrag jedes Mal um ein weiteres Jahr, wenn er nicht spätestens drei Monate vor Ablauf der Vertragsdauer von einem der Vertragspartner gekündigt worden ist.

Ist der Versicherungsnehmer Verbraucher, so wird der Vertrag für ihn nur dann verbindlich um ein weiteres Jahr verlängert, wenn ihm frühestens sechs und spätestens fünf Monate vor jedem Ablauf der Vertragsdauer ein besonderer Hinweis des Versicherers zugeht, in dem der Verbraucher auf das Kündigungsrecht, die dreimonatige Kündigungsfrist, den notwendigen Zugang der Kündigung beim Versicherer vor Beginn dieser Frist, die für die Kündigung erforderliche Schriftform sowie auf die Vertragsverlängerung um ein weiteres Jahr bei unterbliebener, verspäteter oder fehlerhafter Kündigung aufmerksam gemacht wird.

Beträgt die Vertragsdauer weniger als ein Jahr, erlischt der Vertrag ohne Kündigung.

Artikel 29

Unter welchen Voraussetzungen und wann kann der Vertrag gekündigt werden?

29.1. Kündigung nach Eintritt des Versicherungsfalles

29.1.1 Nach Eintritt des Versicherungsfalles können Sie kündigen, wenn wir einen gerechtfertigten Anspruch auf die Versicherungsleistung abgelehnt oder seine Anerkennung verzögert haben.

In diesen Fällen ist die Kündigung innerhalb eines Monats

- nach Ablehnung des gerechtfertigten Anspruches auf die Versicherungsleistung;
 - Nach Rechtskraft des Urteiles im Fall eines Rechtsstreites vor Gericht;
 - Nach Zustellung der Entscheidung der Ärztekommision (Artikel 20);
 - Nach Fälligkeit der Versicherungsleistung bei Verzögerung der Anerkennung (Artikel 19)
- von Ihnen vorzunehmen.

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

29.1.2 Nach Eintritt des Versicherungsfalles können wir kündigen, wenn wir den Anspruch auf die Versicherungsleistung dem Grunde nach anerkannt oder die Versiche-

rungsleistung erbracht haben, oder wenn Sie einen Anspruch auf Versicherungsleistung arglistig erhoben haben.

Die Kündigung ist innerhalb eines Monats

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

Die Kündigung kann nur unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist erfolgen.
Falls Sie einen Anspruch arglistig erhoben haben, können wir mit sofortiger Wirkung kündigen.

29.1.3 Uns steht die auf die verstrichene Vertragslaufzeit entfallende Prämie zu.

29.2. Erlischt der Vertrag, weil die versicherte Person unversicherbar im Sinne des Artikel 21 dieser Bestimmungen geworden ist oder wird der Vertrag vorzeitig aufgelöst, so steht uns die Prämie nur für die bis dahin verstrichene Vertragslaufzeit zu.

29.3. Haben wir mit Rücksicht auf die vereinbarte Vertragszeit eine Ermäßigung der Prämie vereinbart, so können wir 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 30
Wem steht die Ausübung der Rechte aus dem Vertrag zu, wer hat die Pflichten aus dem Vertrag zu erfüllen?

30.1. Die Unfallversicherung kann gegen Unfälle, die Ihnen 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 bis 79 VersVG sind mit der Maßgabe anzuwenden, dass die Ausübung der Rechte aus dem Versicherungsvertrag ausschließlich Ihnen zustehen. Wird eine Versicherung gegen Unfälle, die einem anderen zustoßen, von Ihnen für eigene Rechnung genommen, so ist zur Gültigkeit des Vertrages die schriftliche Zustimmung des anderen erforderlich. Ist der andere geschäftsunfähig oder in der Geschäftsfähigkeit beschränkt und steht die Vertretung in den seine Person betreffenden Angelegenheiten Ihnen zu, so können Sie den anderen bei der Erteilung der Zustimmung nicht vertreten.

30.2. Alle für Sie getroffenen Bestimmungen gelten sinngemäß auch für versicherte Person und jene Personen, die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag geltend machen. Diese Personen sind neben Ihnen für die Erfüllung der Obliegenheiten, der Schadenminderungs- und Rettungspflicht verantwortlich.

Artikel 31
Wo können Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag gerichtlich geltend gemacht werden?

Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach dem für

unseren Sitz oder unserer für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung. Hat ein selbstständiger Vermittler am Zustandekommen des Vertrages mitgewirkt, ist auch das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Vermittler zur Zeit der Vermittlung oder des Abschlusses seine gewerbliche Niederlassung oder - bei Fehlen einer gewerblichen Niederlassung - seinen Wohnsitz hatte. Wir können Klagen gegen Sie bei dem für Ihren Wohnsitz zuständigen Gericht erheben.

Artikel 32
Wie sind Erklärungen abzugeben?
Alle Mitteilungen und Erklärungen sind nur in schriftlicher Form verbindlich.

Artikel 33
Für diesen Vertrag gilt österreichisches Recht.

ANHANG

Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz (VersVG)
(Wiedergabe der in den AUVB erwähnten Bestimmungen dieser Gesetze)

Versicherungsvertragsgesetz:

§ 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.

(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 Versicherungsfalls noch auf die Feststellung oder den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung Einfluss gehabt hat.

(4) Eine Vereinbarung, nach welcher der Versicherer bei Verletzung einer Obliegenheit zum Rücktritt berechtigt sein soll, ist unwirksam.

(5) Der Versicherer kann aus einer fahrlässigen Verletzung einer vereinbarten Obliegenheit Rechte nur ableiten, wenn dem Versicherungsnehmer vorher die Versicherungsbedingungen ausgefolgt worden sind oder ihm eine andere Urkunde ausgefolgt worden ist, in der die Obliegenheit mitgeteilt wird.

§ 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 bekannt geworden ist; ist dem Dritten dieses Recht nicht bekannt geworden, 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 Bestimmung 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 die 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 Anspruchs 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.

§ 24.(1) Verletzt der Versicherungsnehmer die Vorschrift des § 23 Abs. 1, so kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen. Beruht die Verletzung nicht auf einem Verschulden des Versicherungsnehmers, so muss dieser die Kündigung erst mit dem Ablauf eines Monats gegen sich gelten lassen.

(2) Das Kündigungsrecht erlischt, wenn es nicht innerhalb eines Monats von dem Zeitpunkt an ausgeübt wird, in welchem der Versicherer von der Erhöhung der Gefahr Kenntnis erlangt, oder wenn der Zustand wiederhergestellt ist, der vor der Erhöhung bestanden hat.

§ 25.(1) Der Versicherer ist im Fall einer Verletzung der Vorschrift des § 23 Abs. 1 von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Versicherungsfall nach der Erhöhung der Gefahr eintritt.

(2) Die Verpflichtung des Versicherers bleibt bestehen, wenn die Verletzung nicht auf einem Verschulden des Versicherungsnehmers beruht. Der Versicherer ist jedoch auch in diesem Fall von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn die im § 23 Abs. 2 vorgesehene Anzeige nicht unverzüglich gemacht wird und der Versicherungsfall später als einen Monat nach dem Zeitpunkt eintritt, in welchem die Anzeige dem Versicherer hätte zugehen müssen, es sei denn, dass ihm in diesem Zeitpunkt die Erhöhung der Gefahr bekannt war.

(3) Die Verpflichtung des Versicherers zur Leistung bleibt auch dann bestehen, wenn zur Zeit des Eintritts des Versicherungsfalls die Frist für die Kündigung des Versicherers abgelaufen und eine Kündigung nicht erfolgt ist oder wenn die Erhöhung der Gefahr keinen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalls oder soweit sie keinen Einfluss auf den Umfang der Leistung des Versicherers gehabt hat.

§ 26. Die Vorschriften der §§ 23 bis 25 sind nicht anzuwenden, wenn der Versicherungsnehmer zu der Erhöhung der Gefahr durch das Interesse des Versicherers oder durch ein Ereignis, für das der Versicherer haftet, oder durch ein Gebot der Menschlichkeit veranlasst wird.

§ 27.(1) Tritt nach dem Abschluss des Vertrages unabhängig vom Willen des Versicherungsnehmers eine Erhöhung der Gefahr ein, so ist der Versicherer berechtigt, das Versicherungsverhältnis unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von einem Monat zu kündigen. Das Kündigungsrecht erlischt, wenn es nicht innerhalb eines Monats von dem Zeitpunkt an ausgeübt wird, in dem der Versicherer von der Erhöhung der Gefahr Kenntnis erlangt hat, oder wenn der Zustand wiederhergestellt ist, der vor der Erhöhung bestanden hat.

(2) Der Versicherungsnehmer hat, sobald er von der Erhöhung der Gefahr Kenntnis erlangt, dem Versicherer unverzüglich Anzeige zu machen.

(3) Ist die Erhöhung der Gefahr durch allgemein bekannte Umstände verursacht, die nicht nur auf die Risiken bestimmter Versicherungsnehmer einwirken, etwa durch eine Änderung von Rechtsvorschriften, so erlischt das Kündigungsrecht des Versicherers nach Abs. 1 erst nach einem Jahr und ist Abs. 2 nicht anzuwenden.

§ 28.(1) Wird die im § 27 Abs. 2 vorgesehene Anzeige nicht unverzüglich gemacht, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Versicherungsfall später als einen Monat nach dem Zeitpunkt eintritt, in welchem die Anzeige dem Versicherer hätte zugehen müssen.

(2) Die Verpflichtung des Versicherers bleibt bestehen, wenn ihm die Erhöhung der Gefahr in dem Zeitpunkt bekannt war, in welchem ihm die Anzeige hätte zugehen müssen. Das gleiche gilt, wenn zur Zeit des Eintritts des Versicherungsfalls die Frist für die Kündigung des Versicherers abgelaufen und eine Kündigung nicht erfolgt

ist oder wenn die Erhöhung der Gefahr keinen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalls oder soweit sie keinen Einfluss auf den Umfang der Leistung des Versicherers gehabt hat.

§ 29. Eine unerhebliche Erhöhung der Gefahr kommt nicht in Betracht. Eine Erhöhung der Gefahr kommt auch dann nicht in Betracht, wenn nach den Umständen als vereinbart anzusehen ist, dass das Versicherungsverhältnis durch die Erhöhung der Gefahr nicht berührt werden soll.

§ 30. Die Vorschriften der §§ 23 bis 29 sind auch auf eine in der Zeit zwischen Stellung und Annahme des Versicherungsantrages eingetretene Erhöhung der Gefahr anzuwenden, die dem Versicherer bei der Annahme des Antrages nicht bekannt war.

§ 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 im 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 ma-

chen. 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.

§ 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.

(2) 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.