

ALLGEMEINE BEDINGUNGEN FÜR DIE UNFALLVERSICHERUNG 2019 (AUVB2019)

Inhaltsverzeichnis

Abschnitt A: Versicherungsschutz

- Art. 1: Gegenstand der Versicherung
- Art. 2: Versicherungsfall
- Art. 3: Örtlicher Geltungsbereich
- Art. 4: Zeitlicher Geltungsbereich
- Art. 5: Beginn des Versicherungsschutzes, vorläufige Deckung
- Art. 6: Begriff des Unfalles

Abschnitt B: Versicherungsleistungen

- Art. 7: Dauernde Invalidität, garantierte Sofortleistung
- Art. 8: Todesfall
- Art. 9: Taggeld
- Art. 10: Spitalgeld
- Art. 11: Unfallkosten
- Art. 12: Kinderlähmung, Frühsommer-Meningoencephalitis, Impffolgeschäden, Ästhetische Verunstaltung
- Art. 13: Zusatzleistungen
- Art. 14: Fälligkeit der Leistung des Versicherers
- Art. 15: Verjährung (§ 12 VersVG)
- Art. 16: Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten

Abschnitt C: Begrenzungen des Versicherungsschutzes

- Art. 17: Ausschlüsse, Urabsklausel
- Art. 18: Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes

Abschnitt D: Pflichten des Versicherungsnehmers

- Art. 19: Prämie
- Art. 20: Anzeige der Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung
- Art. 21: Obliegenheiten

Abschnitt E: Sonstige Vertragsbestimmungen

- Art. 22: Versicherungsperiode, Vertragsdauer
- Art. 23: Kündigung, Erlöschen des Vertrages
- Art. 24: Rechtsstellung der am Vertrag beteiligten Personen
- Art. 25: Form der Erklärungen
- Art. 26: Anwendbares Recht

Anhang: Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz

Begriffsbestimmungen:

Sprachliche Gleichbehandlung

Soweit im Folgenden personenbezogene Bezeichnungen nur in männlicher Form angeführt sind, beziehen sie sich auf Frauen und Männer in gleicher Weise.

Versicherungsnehmer

ist die Person, die den Versicherungsvertrag mit der "Versicherungsgesellschaft" abschließt.

Versicherte Person

ist die Person, deren Gesundheitsschädigung infolge eines Unfalles versichert ist.

Anspruchsberechtigter (Begünstigter, Bezugsberechtigter)

ist die Person, die für den Empfang der Leistung benannt ist.

Versicherungsprämie

ist das vom Versicherungsnehmer zu zahlende Entgelt.

Abschnitt A: Versicherungsschutz

Artikel 1 - Gegenstand der Versicherung

Wir bieten Versicherungsschutz, wenn der versicherten Person ein Unfall (Art. 6) zustößt. Die Leistungen, die versichert werden können, ergeben sich aus Abschnitt B. Aus der Police ist ersichtlich, welche Leistungen und Versicherungssummen vereinbart sind.

Artikel 2 - Versicherungsfall

Versicherungsfall ist der Eintritt eines Unfalles (Art. 6, Begriff des Unfalles).

Artikel 3 - Örtlicher Geltungsbereich

Artikel 4 - Zeitlicher Geltungsbereich

Versichert sind Unfälle, die während der Wirksamkeit des Versicherungsschutzes eingetreten sind. Dieser ist zeitlich begrenzt durch die Bestimmungen über die Prämienzahlung (Art. 19) und den Beginn des Versicherungsschutzes (Art. 5).

Artikel 5 - Beginn des Versicherungsschutzes, Sofortschutz (Vorläufige Deckung)

1. Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt bei fristgerechter Bezahlung der ersten oder einmaligen Prämie samt Versicherungssteuer (im Folgenden kurz: Prämie) mit dem vereinbarten Versicherungsbeginn. Die Zahlungsfrist ist in Artikel 19 geregelt.

Waren Sie an der rechtzeitigen Zahlung der ersten oder einmaligen Prämie ohne Ihr Verschulden verhindert, so beginnt der Versicherungsschutz ebenfalls mit dem vereinbarten Versicherungsbeginn. Bei schuldhaftem Verzug besteht Versicherungsschutz ab dem Zeitpunkt der Zahlung.

Für den Zahlungsverzug mit einem Teil der ersten oder einmaligen Prämie gilt § 39a VersVG (siehe Anhang).

2. Sofortschutz (Vorläufige Deckung)

Abweichend von Pkt. 1 beginnt der Versicherungsschutz mit Eingang des Antrages in der Generaldirektion, oder sofern wir auf elektronischem Weg zur Übermittlung eines verbindlichen Angebotes in Form einer Police aufgefordert worden sind, mit Einlangen der elektronisch erfassten Daten in der Generaldirektion, frühestens aber mit dem beantragten Versicherungsbeginn. Der Sofortschutz endet mit Zustellung der Police. Wenn jedoch der Antrag abgelehnt oder der Sofortschutz gekündigt wird, mit Zugang der Ablehnung bzw. Kündigung beim Versicherungsnehmer, spätestens jedoch sechs Wochen nach dessen Beginn.

Der Sofortschutz erstreckt sich auf die beantragten Versicherungssummen nach Maßgabe der auf der Polizzurückseite in den Besonderen Erklärungen und Hinweisen festgelegten Höchstgrenzen. Voraussetzung für den Sofortschutz ist, dass alle mit dem Vertragsabschluss verbundenen Risikofragen wahrheitsgetreu und vollständig mit nein beantwortet wurden. Sofortschutz besteht jedenfalls nicht, wenn die versicherte Person zum Zeitpunkt der Antragstellung dauernd vollständig arbeitsunfähig, von einem schweren Nervenleiden befallen bzw. geisteskrank ist oder sonstige Einschränkungen oder Ausschlüsse nach Maßgabe dieser Versicherungsbedingungen vorliegen.

Endet der Sofortschutz infolge Kündigung, Ablehnung des Antrages oder Rücktritts vom Antrag, verrechnen wir eine anteilige Prämie, die entweder im Rahmen der Erstprämie oder aber gesondert vorgeschrieben wird. Eine darüber hinausgehende zusätzliche Prämie werden wir nicht berechnen. Wenn wir aufgrund des Sofortschutzes leisten, verrechnen wir die erste Jahresprämie bzw. einmalige Prämie.

Artikel 6 - Begriff des Unfalles

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

2. Als Unfall gelten auch folgende Ereignisse:

Verrenkungen von Gliedern sowie Zerrungen und Zerreißen von an Gliedmaßen und an der Wirbelsäule befindlichen Muskeln, Sehnen, Bändern und Kapseln sowie Meniskusverletzungen. Hinsichtlich krankhaft abnutzungsbedingter Einflüsse findet insbesondere Art. 18 Pkt. 2 (Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes) Anwendung.

3. Krankheiten gelten nicht als Unfälle, übertragbare Krankheiten auch nicht als Unfallfolgen. Dies gilt nicht für Kinderlähmung und die durch Zeckenbiss übertragene Frühsommer-Meningoencephalitis (FSME), für Wundstarrkrampf und Tollwut sowie für Impffolgeschäden durch Schutzimpfungen und ästhetische Verunstaltungen.

4. Infektionen

Als Unfall gilt auch eine in Ausübung einer versicherten Berufstätigkeit entstandene Infektion, bei der aus der Krankengeschichte, dem Befund oder aus der Natur der Erkrankung hervorgeht, dass die Krankheitserreger durch irgendeine Beschädigung der Haut in den Körper gelangt sind. Dabei muss aber mindestens die äußere Hautschicht durchtrennt sein oder die infektiösen Massen plötzlich in Auge, Mund oder Nase eingedrungen sein. Anhauchen, Anniesen oder Anhusten erfüllen den Tatbestand des plötzlichen Eindringens nicht; Anhusten nur dann, wenn durch einen Hustenstoß eines Diphtheriekranken infektiöse Massen in Auge, Mund oder Nase geschleudert werden. Aids (HIV) ist vom Versicherungsschutz ausgeschlossen. Die Entschädigung für sämtliche aus dem Versicherungsfall vertraglich gebührenden Leistungen ist für Infektionen mit insgesamt EUR 250.000 begrenzt.

5. Rettung von Menschenleben und Sachen

Gesundheitsschädigungen, die die versicherte Person bei rechtmäßiger Verteidigung oder beim Bemühen zur Rettung von Menschen oder Sachen aus der Gefahr des Todes, einer Körperverletzung oder Gesundheitsschädigung bzw. vor einer schweren Sachbeschädigung oder dem Untergang der Sache erleidet, gelten als unfreiwillig erlitten. In diesem Fall wird auf den

Einwand des vorsätzlichen Herbeiführens des Versicherungsfalles gemäß § 61 VersVG verzichtet.

Abschnitt B: Versicherungsleistungen

Artikel 7 - Dauernde Invalidität

Soweit nichts anderes vereinbart ist, gilt:

1. Art der Leistung

Entsprechend der in der Police dokumentierten Vereinbarung leisten wir bei dauernder Invalidität eine Invaliditäts-Kapitalleistung und/oder eine Unfall-Rente.

2. Voraussetzungen für die Leistung:

Die versicherte Person ist durch den Unfall auf Lebenszeit in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit (Invalidität) beeinträchtigt, wobei die Invalidität innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten sein muss.

Ein Anspruch auf Leistung für dauernde Invalidität ist innerhalb von 24 Monaten vom Unfalltag an, unter Vorlage eines ärztlichen Befundberichtes, bei uns geltend zu machen.

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

3. Art und Höhe der Invaliditäts-Kapitalleistung:

3.1. Die Invaliditätsleistung zahlen wir – unabhängig vom Alter der versicherten Person – als Kapitalbetrag.

3.2. Bei völligem Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane gelten ausschließlich die folgenden Invaliditätsgrade:

eines Armes	70 %
eines Daumens	20 %
eines Zeigefingers	10 %
eines anderen Fingers	5 %
eines Beines	70 %
einer großen Zehe	5 %
einer anderen Zehe	2 %
der Sehkraft beider Augen	100%
der Sehkraft eines Auges	40 %
sofern die Sehkraft des anderen Auges vor Eintritt des Versicherungsfalles bereits verloren war	65 %
des Gehörs beider Ohren	70 %
des Gehörs eines Ohres	20 %
sofern das Gehör des anderen Ohres vor Eintritt des Versicherungsfalles bereits verloren war	50 %
des Geruchssinnes	10 %
des Geschmacksinnes	10 %
der Milz	10 %
einer Niere	20 %
der Stimme	40 %

Sofern der Versicherungsfall zum vollständigen Verlust oder vollständiger Funktionsunfähigkeit beider Nieren führt oder die zweite Niere vor dem Eintritt des Versicherungsfalles beeinträchtigt ist, ist der Gesamtinvaliditätsgrad nach Maßgabe des Pkt. 3.4. festzustellen.

3.3. Bei teilweisem Verlust oder teilweiser Funktionsbeeinträchtigung gilt der entsprechende Teil des jeweiligen Prozentsatzes.

3.4. 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. Soweit die Funktion von Körperteilen oder Sinnesorganen bereits vor dem Unfall dauernd beeinträchtigt waren, wird vom Invaliditätsgrad der Grad der Vorinvalidität abgezogen.

3.5. Ist die Funktion mehrerer Körperteile oder Sinnesorgane durch den Unfall beeinträchtigt, werden die nach den vorstehenden Bestimmungen ermittelten Invaliditätsgrade zusammengerechnet. Mehr als 100 % werden jedoch nicht berücksichtigt.

3.6. Garantierte Sofortleistung

Für die im Antrag und auf der Police angeführten Verletzungen gilt eine garantierte Sofortleistung vereinbart. Tritt eine dieser Verletzungen aufgrund eines Unfalls ein, wird die dafür vereinbarte Leistung nach Vorliegen eines ärztlichen Befundberichtes sofort ausbezahlt.

Verursacht der Unfall

- mehrere Verletzungen an verschiedenen Körperteilen (Gliedmaßen), werden die jeweiligen Sofortleistungsbeträge zusammengerechnet.

- mehrere Verletzungen an einem Körperteil (Gliedmaße) wird die Sofortleistung für die am höchsten bewertete Verletzung ausbezahlt.

Sie sind berechtigt, den Invaliditätsgrad frühestens ein Jahr ab dem Unfalltag durch einen medizinischen Sachverständigen bemessen zu lassen, wobei die Bestimmungen des Artikels 18 (Abzug Vorinvalidität und Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen) berücksichtigt werden.

Wurde die Sofortleistung zuvor ausbezahlt, erfolgt eine weitere Zahlung nur, wenn aufgrund eines festgestellten höheren Invaliditätsgrades die dafür ermittelte Entschädigungsleistung die bereits ausbezahlte Sofortleistung übersteigt.

4. Unfallrente

Führt der Unfall zu einer dauernden Invalidität (siehe Pkt.3.2 - Pkt.3.5), mindestens in Höhe des vereinbarten und auf der Police angeführten Invaliditätsgrades, wird unabhängig vom Lebensalter der versicherten Person die Unfallrente für die vereinbarte und auf der Police angeführte Dauer bezahlt.

Ein Anspruch auf Leistung für die Unfallrente ist innerhalb von 24 Monaten vom Unfalltag an, unter Vorlage eines ärztlichen Befundberichtes, bei uns geltend zu machen.

Die Zahlung der Unfallrente erfolgt monatlich im Nachhinein. Die erste Unfallrente wird nach Fälligkeit der Leistung gemäß Art. 14 rückwirkend mit dem auf den Unfalltag folgenden Monatsersten fällig. Die Rentenzahlung endet je nach Vereinbarung.

Sollte eine neuerliche ärztliche Bemessung innerhalb von 4 Jahren nach dem Unfall ergeben, dass die unfallkausale Invalidität unter die vereinbarte und auf der Police angeführte Invaliditätsgrenze gesunken ist, erlischt der Anspruch auf Unfallrente mit dem Tag dieser Feststellung. Bis dahin bezahlte Rentenleistungen werden von uns jedoch nicht zurückverlangt.

Stirbt die versicherte Person unfallbedingt innerhalb des ersten Jahres nach dem Unfall, besteht kein Anspruch auf eine Unfallrente.

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

6. Steht der Grad der dauernden Invalidität nicht eindeutig fest, sind sowohl die versicherte Person als auch wir berechtigt, den Invaliditätsgrad jährlich bis 4 Jahre ab dem Unfalltag ärztlich neu bemessen zu lassen. Sollte eine neuerliche ärztliche Bemessung ergeben, dass sich die unfallkausale Invalidität erhöht oder verringert hat, erhöht oder verringert sich der Anspruch nach Maßgabe der vereinbarten und auf der Police angeführten Leistungen.

Artikel 8 - Todesfall

Soweit nichts anderes vereinbart ist, gilt:

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

2. Auf die Todesfallleistung werden nur Zahlungen, die für dauernde Invalidität aus demselben Ereignis geleistet worden sind, angerechnet. Einen Mehrbetrag an Leistung für dauernde Invalidität können wir nicht zurückverlangen.

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

Artikel 9 - Taggeld

Soweit nichts anderes vereinbart ist, gilt:

Taggeld kann nur für Personen versichert werden, die eine Erwerbstätigkeit ausüben. Taggeld wird nach Maßgabe der vereinbarten Versicherungssumme bei dauernder oder vorübergehender Unfall-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.

Vollständige Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn der versicherten Person nach medizinischen

Gesichtspunkten die Ausübung einer Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann und auch tatsächlich keine wie immer geartete Erwerbstätigkeit vorliegt.
Voraussetzung für die Zahlung von Taggeld ist, dass der Versicherte zum Zeitpunkt des Unfalles ein Einkommen aus einer der gesetzlichen Unfallversicherungspflicht unterliegenden, selbständigen oder unselbständigen Beschäftigung bezogen hat. Insbesondere werden als nicht erwerbstätig angesehen: Kinder, Schüler, Studenten, Hausfrauen, im Mutterschutz befindliche Frauen, karenzierte Arbeitnehmer, Arbeitslose und Pensionisten.

Artikel 10 - Spitalgeld

Soweit nichts anderes vereinbart ist, gilt:

1. Spitalgeld wird nach Maßgabe der vereinbarten Versicherungssumme für jeden Kalendertag, an dem sich die versicherte Person wegen eines Versicherungsfalles in medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung befindet, längstens für 365 Tage innerhalb von 4 Jahren ab dem Unfalltag gezahlt.
2. Als Spitäler gelten Krankenanstalten und Sanatorien, die sanitätsbehördlich genehmigt sind, unter ständiger ärztlicher Leitung und Betreuung stehen und sich nicht auf die Anwendung bestimmter Behandlungsmethoden beschränken, sowie Rehabilitationszentren der Sozialversicherungsträger, Werksspitäler und Krankenreviere der Exekutive.
3. Nicht als Spitäler gelten z.B. Heil- und Pflegeanstalten für Lungenkranke sowie für unheilbar chronisch Erkrankte, Erholungs- und Genesungsheime, Altersheime und deren Krankenabteilungen sowie Kuranstalten, ferner Heil- und Pflegeanstalten für Nerven- und Geisteskrankte.

Artikel 11 - Unfallkosten

Soweit nichts anderes vereinbart ist, gilt:

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 Dritten Ersatz zu leisten ist.

Unfallkosten sind:

1. Heilkosten,

die zur Behebung der Unfallfolgen aufgewendet wurden und nach ärztlicher Verordnung notwendig waren. Hierzu zählen auch die notwendigen Kosten des Verletzentransportes zur Erstbehandlung, der erstmaligen Anschaffung künstlicher Gliedmaßen und eines Zahnersatzes, und anderer, nach ärztlichem Ermessen erforderlicher erstmaliger Anschaffungen sowie Heilbehelfe und Medikamente. Die Kosten für bildgebende Verfahren (MRT, etc.) werden nur unter der Voraussetzung übernommen, dass eine ärztliche Verordnung vorliegt und vom Sozialversicherungsträger eine Leistung erfolgt.

Für zum Unfallzeitpunkt versicherte Kinder wird die Frist von 4 Jahren für einen unfallbedingt notwendigen erstmaligen Zahnersatz, nach Einreichung des Heilkostenplanes, bis zur Vollendung des 19. Lebensjahres erstreckt.

Sofern vereinbart und auf der Police angeführt ersetzen wir:

Private Ordinations- und Behandlungskosten (Wahlarztkosten) bis zur vereinbarten und auf der Police angeführten Versicherungssumme, sofern nicht von einem Sozialversicherungsträger oder von einem Dritten Ersatz zu leisten ist.

Nicht ersetzt werden:

- Kosten der Sonderklasse in Spitälern, Krankenhäusern und privaten Sanatorien
- Kosten für private Operationen
- Kosten für Bade-, Erholungsreisen und –aufenthalte
- Kosten der Reparatur oder der Wiederbeschaffung eines Zahnersatzes oder von künstlichen Gliedmaßen und sonstigen künstlichen Behelfen
- Kosten für Pflegemaßnahmen (Hauskrankenpflege, etc.)
- Kosten der Fahrten zu Therapien, Nachbehandlungen und Nachuntersuchungen

2. Bergungskosten,

die notwendig werden, wenn die versicherte Person

- 2.1. einen Unfall erlitten hat oder in Berg- oder Wassernot geraten ist und verletzt oder unverletzt geborgen werden muss;
- 2.2. durch einen Unfall oder infolge Berg- oder Wassernot den Tod erleidet und ihre Bergung erfolgen muss.
- 2.3. nach einem Insektenstich einen allergischen Schock erleidet und geborgen werden muss.

Bergungskosten sind die nachgewiesenen notwendigen Kosten (bis zur vereinbarten Versicherungssumme) des Suchens nach der versicherten Person und ihres Transportes (auch mittels Hubschraubers) bis zur nächsten befahrbaren Straße oder bis zum dem Unfallort nächstgelegenen Spital.

Als notwendig gelten die Kosten des Hubschraubertransportes jedenfalls ab **NACA III** gemäß dem

jeweils aktuell gültigen NACA-Schema (das NACA-Schema teilt Verletzungen nach ihrem Schweregrad ein).

Nicht ersetzt werden die Kosten einer Hubschrauberbergung **bei Berufs- und Verkehrsunfällen** in Österreich.

Bergnot liegt vor, wenn die versicherte Person in alpinem Gelände durch dafür typische Gefahren (z.B. Lawine, Steinschlag, Wettersturz, Verlust der Orientierung) in eine Zwangs- oder Notlage gerät.

Wassernot liegt vor, wenn die versicherte Person durch außergewöhnliche Wassermassen (z.B. Überschwemmung, Sturmflut) oder außergewöhnliche Wetterverhältnisse (z.B. Sturm, Unwetter) während des Aufenthaltes auf Wasserflächen in eine Zwangs- oder Notlage gerät.

3. Rückholkosten,

das sind die unfallbedingten Kosten des ärztlich empfohlenen Verletzentransportes, wenn die versicherte Person außerhalb ihres Wohnortes verunfallt ist, von der Unfallstelle bzw. dem Krankenhaus, in das sie nach dem Unfall gebracht wurde, an ihren Wohnort bzw. zum nächstgelegenen Krankenhaus.

Ersetzt werden die Rückholkosten auch ohne medizinische Verordnung nach mindestens dreitägigem Krankenhausaufenthalt innerhalb Österreichs, wobei das Transportmittel der Verletzung angepasst sein muss: je nach Zustand der verletzten Person per Eisenbahn, Autobus, Privat-PKW, Taxi oder Rettungswagen. Bei Abholung mit dem Privat-PKW wird maximal die Hälfte des amtlichen Kilometergeldes ersetzt.

Bei einem tödlichen Unfall werden auch die Kosten der Überführung des Toten zu dessen letztem Wohnort in Österreich bezahlt.

4. Begleitkosten

Wird aufgrund des Unfalles eines versicherten Kindes bis zum vollendeten 15. Lebensjahr ein Krankenhausaufenthalt erforderlich, werden die Kosten einer Begleitperson auf der allgemeinen Gebührenklasse bis zu EUR 60,00 pro Tag für max. 10 Tage übernommen. Diese Kosten werden gegen Vorlage der Originalrechnung im Rahmen der vereinbarten Versicherungssumme ersetzt, soweit sie nicht von einem Sozialversicherungsträger oder einem sonstigen Leistungsträger ersetzt werden.

5. Kosten für kosmetische Operationen

Diese ersetzen wir bis zur vereinbarten und auf der Police angeführten Höhe ohne Anrechnung auf die vereinbarte Versicherungssumme für Unfallkosten.

Als kosmetische Operationen gelten solche Operationen, die notwendig werden, weil durch einen Unfall die Körperoberfläche der versicherten Person derart verunstaltet wurde, dass nach Abschluss der Heilbehandlung das äußere Erscheinungsbild der versicherten Person dauernd beeinträchtigt ist. Unterzieht sich die versicherte Person nach Abschluss der Heilbehandlung zur Beseitigung dieser Folgen einer oder mehrerer kosmetischen Operationen, übernehmen wir im Rahmen der angeführten Summe die tatsächlich aufgewendeten Kosten für Arzthonorare, Medikamente und ärztlich verordnete Heilmittel sowie die Kosten für die Unterbringung und Verpflegung im Spital.

Artikel 12 - Kinderlähmung, Frühsommer-Meningoencephalitis (FSME), Impffolgeschäden und Ästhetische Verunstaltung

Soweit nichts anderes vereinbart ist, gilt:

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf die Folgen der Kinderlähmung und der durch Zeckenbiss übertragenen Frühsommer-Meningoencephalitis und Lyme-Borreliose, wenn die Erkrankung serologisch festgestellt und frühestens 15 Tage nach Beginn, jedoch spätestens 15 Tage nach Erlöschen der Versicherung zum Ausbruch kommt.

Als Krankheitsbeginn (Zeitpunkt des Versicherungsfalles) gilt der Tag, an dem erstmals ein Arzt wegen der als Kinderlähmung, Lyme-Borreliose oder Frühsommer-Meningoencephalitis diagnostizierten Krankheit konsultiert wurde.

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auch auf Impffolgeschäden durch Schutzimpfungen. Eine Leistung wird von uns nur für Tod oder dauernde Invalidität erbracht. Die Leistung bleibt im Rahmen der vereinbarten Versicherungssumme mit der dafür vereinbarten und auf der Police angeführten Entschädigungshöchstleistung begrenzt.

Ästhetische Verunstaltung

Entsteht innerhalb von vier Jahren vom Unfalltag an gerechnet als Folge des Unfalles eine schwere, nicht durch kosmetische Operationen behebbare Entstellung des Gesichtes (wie z.B. Narben), die eine eindeutige Erschwerung des wirtschaftlichen Fortkommens oder eine schwere psychische Belastung des Versicherten zur Folge hat, so liegt eine ästhetische Verunstaltung vor. Wir erbringen für diese ästhetische Verunstaltung eine Leistung in Höhe von 5 % der vereinbarten und auf der Police angeführten Versicherungssumme für Dauernde Invalidität nur dann, wenn sonst kein Anspruch auf eine Leistung für Dauernde Invalidität gemäß Artikel 7, Punkt 2 der dem Vertrag zugrundeliegenden AUV besteht.

Artikel 13 - Zusatzleistung

Soweit nichts anderes vereinbart ist, gilt:

Wir übernehmen die erforderlichen Kosten, die durch Erfüllung der in Art. 21 Pkt. 2, bestimmten Obliegenheiten entstehen. Ausgenommen bleiben davon Kosten nach Pkt. 2.4. des Art. 21 (Obliegenheiten).

Artikel 14 - Fälligkeit unserer Leistung

1. Unsere Geldleistungen werden mit Beendigung der Erhebungen fällig, die zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung nötig sind.

2. Die Fälligkeit tritt jedoch unabhängig davon ein, wenn Sie nach Ablauf zweier Monate seit dem Begehren nach einer Geldleistung eine Erklärung von uns verlangen, aus welchen Gründen die Erhebungen noch nicht beendet werden konnten, und wir diesem Verlangen nicht binnen eines Monats entsprechen.

3. Steht unsere Leistungspflicht fest, lässt sich aber aus Gründen, die Sie nicht verschuldet haben, die Höhe der Versicherungsleistung innerhalb eines Monats nach Eingang der Schadensanzeige nicht feststellen, haben wir auf Ihr Verlangen angemessene Vorschüsse zu leisten.

4. Für Leistungen aus dem Titel einer „Dauernden Invalidität“ ist überdies Artikel 7.5. und 7.6. zu beachten.

Artikel 15 - Verjährung (§ 12 VersVG)

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

Artikel 16 - Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten

1. Im Fall von Meinungsverschiedenheiten über Art und Umfang der Unfallfolgen oder darüber, in welchem Umfang die eingetretene Beeinträchtigung auf den Unfall zurückzuführen ist, ferner über die Beeinflussung der Unfallfolgen durch Krankheiten oder Gebrechen entscheidet verbindlich ein Schiedsgutachter, sofern dies Sie bzw. der Bezugsberechtigte (im Folgenden: der Anspruchsberechtigte) oder wir verlangen und diese Meinungsverschiedenheiten auf insofern abweichenden medizinischen Gutachten des von uns im Anlassfall beigezogenen sowie eines vom Anspruchsberechtigten beauftragten Gutachterarztes beruhen.

2. Gemäß § 184 VersVG ist die Entscheidung des Schiedsgutachters nur dann nicht verbindlich, wenn sie offenbar von der wirklichen Sachlage erheblich abweicht. In diesem Fall entscheidet ein ordentliches Gericht über die strittige Frage. Letzteres gilt auch, wenn der Schiedsgutachter die Feststellung nicht treffen kann oder will oder sie länger als drei Monate verzögert oder wenn der Schiedsgutachter nicht entscheidet, weil der Anspruchsberechtigte zwar die Entscheidung des Schiedsgutachters verlangt hat, aber nicht fristgerecht gemäß dem untenstehenden Punkt 8. mitgeteilt hat, mit dem ihm mitgeteilten Maximalbetrag einverstanden zu sein.

3. Das Recht, die Entscheidung eines Schiedsgutachters zu verlangen, steht sowohl dem Anspruchsberechtigten als auch uns zu. Das Verlangen einer Entscheidung des Schiedsgutachters hat unter Bekanntgabe der Forderung bzw. Auffassung und unter Vorlage eines diese Forderung/Auffassung begründenden medizinischen Gutachtens zu erfolgen. Auf dieses Recht sowie die dafür geltenden Erfordernisse und Rahmenbedingungen werden wir den Anspruchsberechtigten in unserer Entscheidung über den Anspruch und/oder die strittige Fragestellung in geschriebener Form hinweisen.

4. Als Schiedsgutachter bestellen der von uns im Anlassfall beigezogene sowie der vom Anspruchsberechtigten mit der bisherigen Fallbeurteilung beauftragte Gutachterarzt einvernehmlich einen in der österreichischen Ärzteliste eingetragenen Arzt mit ius practicandi (Recht zur Berufsausübung), welcher in die Liste der in Österreich gerichtlich zertifizierten medizinischen Sachverständigen eingetragen ist. Einigen sich die beiden Ärzte über die Person des Schiedsgutachters nicht, wird ein für die Beurteilung der strittigen Fragen zuständiger medizinischer Sachverständiger durch die Österreichische Ärztekammer als Schiedsgutachter bestellt.

5. Die Obliegenheiten gemäß Artikel 21 Punkt 2.3. bis 2.5. gelten sinngemäß für das Schiedsgutachterverfahren. Die versicherte Person trifft demnach auch die Obliegenheit, sich vom Schiedsgutachter untersuchen zu lassen.

6. Der Schiedsgutachter hat ein Gutachten zu erstatten und über die strittigen Tatsachen im Sinne des Punktes 1. zu entscheiden. Diese Entscheidung des Schiedsgutachters hat eine schriftliche Begründung zu umfassen, die sich mit den vorhandenen Gutachten auseinandersetzt.

7. Verlangen wir die Entscheidung des Schiedsgutachters, so tragen wir deren Kosten allein.

8. Verlangt der Anspruchsberechtigte die Entscheidung des Schiedsgutachters, haben wir dem Anspruchsberechtigten vor Aufnahme der Tätigkeit des Schiedsgutachters 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 des Schiedsgutachters zu bestimmen und darf nicht mehr als 5 % der für Tod und Invalidität zusammen versicherten Summe, höchstens jedoch 50 % des strittigen Betrages

betragen.

Der Schiedsgutachter 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 des Schiedsgutachters werden von ihm anhand der im Rahmen seiner 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 des Schiedsgutachters (siehe Punkt 2.) tragen wir die Kosten des Schiedsgutachters.

Abschnitt C: Begrenzungen des Versicherungsschutzes

Artikel 17 - Ausschlüsse

Ausgeschlossen von der Versicherung sind Unfälle:

1.1. die die versicherte Person

- als Luftfahrzeugführer (auch Luftsportgeräteführer), soweit sie nach österreichischem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt, sowie als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeuges,
- bei einer ausschließlich mit Hilfe eines Luftfahrzeuges auszuübenden beruflichen Tätigkeit,
- bei der Benutzung von Raumfahrzeugen erleidet.

1.2. Der Versicherungsschutz gilt jedoch für Unfälle, die die versicherte Person als Fluggast in motorischen Luftfahrzeugen erleidet, sofern nicht ein Ausschlussatbestand gemäß Absatz 1.1. gegeben ist.

2. die sich bei Beteiligung an motorsportlichen Wettbewerben (auch Wertungsfahrten und Rallies) und den dazugehörigen Trainingsfahrten ereignen sowie bei Fahrten auf Rennstrecken, die nicht für den öffentlichen Verkehr zugelassen sind.

3. bei der Teilnahme an Landes-, Bundes- oder internationalen Wettbewerben auf dem Gebiet des nordischen und alpinen Schisports, des Snowboardens sowie Freestyleing, Bob-, Skibob-, Skeletonfahrens oder Rodelns sowie am offiziellen Training für diese Veranstaltungen;

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

5. die unmittelbar oder mittelbar mit Kriegereignissen jeder Art zusammenhängen;

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

7. die mittelbar oder unmittelbar

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

8. die die versicherte Person infolge einer wesentlichen Beeinträchtigung ihrer psychischen Leistungsfähigkeit durch Alkohol, Suchtgifte oder Medikamente sowie durch epileptische Anfälle erleidet.

Eine wesentliche Beeinträchtigung der psychischen Leistungsfähigkeit durch Alkohol liegt jedenfalls ab einem Blutalkoholgehalt von 0,8 ‰ im Zeitpunkt des Versicherungsfalles vor. Eine Verweigerung des Alkohol-Tests oder der Blutabnahme zur Feststellung des Blutalkoholgehaltes wird einer wesentlichen Beeinträchtigung der psychischen Leistungsfähigkeit gleichgestellt.

9. im Zuge von Heilmaßnahmen oder medizinischen Eingriffen am Körper der versicherten Person. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Heilmaßnahmen oder Eingriffe durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall veranlasst waren.

10.1. die sich bei der Ausübung besonders gefährlicher Sportarten ereignen, insbesondere: Motocross, Mountainbike-Downhill-Wettbewerbe, Klettern und Bergsteigen über Schwierigkeitsgrad 6 (gem. UIAA-Skala), Klettersteige über Schwierigkeitsgrad D, Eisklettern, Tauchen tiefer als 40 m, Eis- und Höhlentauchen, Kampfsportarten mit ausgeprägtem Körperkontakt (Boxen, Kickboxen, Karate u.a.), Vielseitigkeits- und Militaryreiten, Teilnahme an Expeditionen, gefährliche Trendsportarten (z.B. Hydrospeed, Snow-Rafting, House-Running, Free-Climbing u.a.)

10.2. Nur wenn gesondert vereinbart und auf der Police angeführt (Sportpaket 1 oder 2) gelten folgende gefährliche Sportarten im Rahmen der jeweiligen Besonderen Bedingung als mitversichert:

Sportpaket 1

- Canyoning inkl. Teilnahme an Wettbewerben und Training
- Kampfsport: ausschließlich Leicht- und Semikontakt inkl. Wettkämpfe (z.B. Aikido, Jiu-Jitsu, Judo, Krav Maga, Thai Chi, u.a.)
- Kitesurfen: inkl. Teilnahme an Wettbewerben und Training
- Klettersteige bis Schwierigkeitsgrad E
- Rafting: inkl. Teilnahme an Wettbewerben und Training
- Schirennen: Alpin und nordisch auf Landesebene (Landescup), ausgenommen Personen im ÖSV-Kader

Sportpaket 2

- Bungeejumping
- Freies Fahren auf Rennstrecken, die nicht für den öffentlichen Verkehr zugelassen sind – nur mit behördlich zugelassenen Kraftfahrzeugen und Motorrädern – keine Rennen oder Training.
- Klettern outdoor bis Schwierigkeitsgrad 8 UIAA (ausgenommen Eisklettern)
- Mountainbike-Downhill: ausgenommen Wettbewerbe und Training
- Wildwassersport: ab Schwierigkeitsgrad WW IV ausgenommen Wettbewerbe und Training

Voraussetzung für diese Vereinbarung: Die Sportart darf nicht beruflich, vertraglich oder vorwiegend entgeltlich ausgeübt werden.

11. die sich bei der Ausübung als Berufssportler (Personen, die aus der Sportausübung ihr überwiegendes Einkommen erzielen) oder als von der österreichischen Sporthilfe geförderter Sportler ereignen.

12. Urlaubsklausel

Wir verzichten auf den Einwand gemäß Punkt 1 und Punkt 10 sofern der Flugsport bzw. die besonders gefährliche Sportart im Rahmen einer Urlaubsreise oder eines Vereins-/Betriebsausfluges ausgeübt wird. Versichert gilt auch die erst- oder einmalige Ausübung des Flugsports bzw. der besonders gefährlichen Sportart. Keinesfalls besteht Versicherungsschutz, wenn diese Tätigkeiten regelmäßig in der Freizeit, beruflich oder gewerblich ausgeübt werden.

Voraussetzung für den Versicherungsschutz ist, dass die Urlaubsreise bzw. der Vereins- oder Betriebsausflug nicht primär der Ausübung bzw. dem Erlernen des Flugsportes bzw. der gefährlichen Sportart dient. Die Entschädigung für sämtliche aus dem Versicherungsfall vertraglich gebührenden Leistungen ist im Rahmen der Urlaubsklausel mit den vereinbarten und auf der Police angeführten Versicherungssummen, maximal jedoch mit insgesamt EUR 250.000 begrenzt. Als Urlaubsreise gilt ein Verlassen des Wohnortes oder des Zweitwohnsitzes bzw. des Ortes (jeweiliges Gemeindegebiet) der Arbeitsstätte mit einem Ziel außerhalb des Wohnortes (bzw. Zweitwohnsitzes oder Ortes der Arbeitsstätte) mit mindestens 3 und maximal 42 geplanten Übernachtungen.

Als Vereins-/Betriebsausflug gilt ein ganztägiges (mind. 8 h) Verlassen des Vereins-/Betriebsortes. Das Vorliegen einer Urlaubsreise bzw. eines Vereins- oder Betriebsausfluges ist durch entsprechende Bestätigungen (Aufenthaltsbestätigung, Buchungsunterlagen der Reise, Vereinsbestätigung, etc.) nachzuweisen, ebenso die erst- oder einmalige Ausübung.

Artikel 18 - Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes

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

1. Bei der Bemessung des Invaliditätsgrades wird ein Abzug in Höhe einer Vorinvalidität nur vorgenommen, wenn durch den Unfall eine körperliche oder geistige Funktion betroffen ist, die schon vorher beeinträchtigt war.

Die Vorinvalidität wird nach Art. 7.3.4 und Art. 7.3.5. bemessen.

2. Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch ein Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung – insbesondere solche Verletzungen, die durch krankhaft anlagebedingte oder abnutzungsbedingte Einflüsse verursacht oder mitverursacht worden sind – oder deren Folgen mitgewirkt, mindert sich

- im Falle einer Invalidität der Prozentsatz des Invaliditätsgrades
- bei allen anderen Versicherungsleistungen die jeweilige Leistung

entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens, sofern dieser Anteil mindestens 25 % beträgt. Dies gilt insbesondere auch, wenn die Gesundheitsschädigung durch einen abnutzungsbedingten Einfluss mit Krankheitswert, wie beispielsweise Arthrose, mitverursacht worden ist.

3. Für Gesundheitsschädigungen, die aufgrund akuter Mangeldurchblutung des Herzmuskels entstanden sind (z.B. Herzinfarkt), wird nur dann eine Leistung erbracht, wenn ein überwiegender Kausalzusammenhang mit einer unmittelbaren Verletzung der betreffenden Koronararterie besteht und diese Verletzung durch eine 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 wird eine Leistung von uns 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.

5. Bei Bandscheibenhernien wird eine Leistung nur erbracht, wenn sie durch direkt mechanische Einwirkung auf die Wirbelsäule entstanden sind und es sich nicht um eine Verschlimmerung von vor dem Unfall bestandenen Krankheitserscheinungen handelt.

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.

Abschnitt D: Pflichten des Versicherungsnehmers

Artikel 19 - Prämie

1. Die erste oder die einmalige Prämie samt Versicherungssteuer (im Folgenden kurz: "Prämie") ist von Ihnen innerhalb von 14 Tagen nach Abschluss des Versicherungsvertrages (Zugang der Police oder einer gesonderten Antragsannahmeerklärung) und Aufforderung zur Prämienzahlung zu bezahlen.

2. Die Folgeprämien sind zu den vereinbarten Fälligkeitsterminen zu bezahlen.

3. Für die Folgen nicht rechtzeitiger Prämienzahlung gelten die §§ 38, 39, 39a VersVG (siehe Anhang).

Artikel 20 - Anzeige der Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung sowie besonders gefährlicher Freizeitaktivitäten

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, die Beschäftigung oder die besonders gefährlichen Freizeitaktivitäten der versicherten Person nach dem dem Vertrag zugrundeliegenden Tarif:

- eine niedrigere Prämie, so ist vom Zugang der Anzeige an nur diese Prämie zu bezahlen.

- eine höhere Prämie, so besteht für die Dauer von drei Monaten ab dem Zeitpunkt, ab dem um die Anzeige hätte zugehen müssen, auch für die neue Berufstätigkeit, Beschäftigung oder besonders gefährlichen Freizeitaktivitäten 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 die von uns vorgeschlagene erhöhte Prämie ab dem Zeitpunkt der Gefahrenerhöhung. Wir werden Sie in dem Schreiben, mit dem der Änderungsvorschlag übermittelt wird, auf die Rechtsfolgen der Prämienhöhung bei unterbliebener Kündigung sowie der Vertragsbeendigung bei Vornahme der Kündigung besonders hinweisen.

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 Prämienätzen aufgrund der tatsächlichen in der Police berechneten Prämie ergeben.

- dass grundsätzlich kein Versicherungsschutz besteht, finden die Bestimmungen der §§ 23 ff VersVG, Gefahrenerhöhung, Anwendung.

Artikel 21 - Obliegenheiten

1. Obliegenheiten vor Eintritt des Versicherungsfalles

Als Obliegenheiten, deren Verletzung unsere Leistungsfreiheit gemäß den Voraussetzungen und Begrenzungen des § 6 Abs. 2 VersVG (siehe Anhang) bewirkt, gelten:

1.1. Die Verpflichtung, dass die versicherte Person als Lenker eines Kraftfahrzeuges die jeweilige 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.

1.2. Die Verpflichtung zum Anlegen eines Sicherheitsgurtes bei Benützung eines Kraftfahrzeuges, sofern dies gesetzlich oder behördlich vorgeschrieben ist und dieser Verpflichtung zum Unfallzeitpunkt nicht nachgekommen wurde. Bei Verletzung dieser Verpflichtung reduzieren sich sämtliche vereinbarte Versicherungsleistungen um 25%.

1.3. Die Verpflichtung zum Tragen eines Sturzhelms bei Verwendung eines Fahrzeuges, sofern dies gesetzlich oder behördlich vorgeschrieben ist und dieser Verpflichtung zum Unfallzeitpunkt nicht nachgekommen wurde. Bei Verletzung dieser Verpflichtung reduzieren sich bei Kopf- und Halswirbelverletzungen, die überwiegend auf die Nichtverwendung des Sturzhelms zurückzuführen sind, sämtliche vereinbarte Versicherungsleistungen um 25%.

1.4. Leistungsfreiheit tritt bei den oben genannten Obliegenheitsverletzungen nur soweit ein, als die Verletzung auf Verschulden beruht und die Verletzung einen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalles oder einen Einfluss auf den Umfang unserer Versicherungsleistung gehabt hat. Sie tragen die Beweislast für die fehlenden Voraussetzungen für die Leistungsfreiheit.

2. Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalles

Als Obliegenheiten, deren Verletzung unsere Leistungsfreiheit gemäß den Voraussetzungen und Begrenzungen des § 6 Abs.3 VersVG (siehe Anhang) bewirkt, gelten:

2.1. Ein Unfall ist uns unverzüglich, spätestens innerhalb einer Woche, in geschriebener Form, sofern nicht die Schriftform vereinbart ist, anzuzeigen.

2.2. Die Anzeigepflicht eines Todesfalles innerhalb von 3 Tagen, und zwar auch dann, wenn der Unfall bereits gemeldet ist.

2.3. Die Verpflichtung nach dem Unfall unverzüglich ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen und die ärztliche Behandlung bis zum Abschluss des Heilverfahrens fortzusetzen; ebenso ist für eine angemessene Krankenpflege und nach Möglichkeit für die Abwendung und Minderung der Unfallfolgen zu sorgen.

2.4. Die Verpflichtung, uns die Unfallanzeige unverzüglich zuzusenden; außerdem sind uns alle verlangten sachdienlichen Auskünfte zu erteilen.

2.5. Die Verpflichtung, dass sich die versicherte Person auf unser Verlangen durch die von uns bezeichneten Ärzte untersuchen lässt.

2.6. Die Verpflichtung uns, wenn auch Spitalgeld versichert, nach der Entlassung aus dem Spital (Art. 10, Pkt. 2) eine Aufenthaltsbestätigung der Spitalverwaltung zuzusenden.

2.7. Die Verpflichtung uns im Falle der Mitversicherung von Unfallkosten die Originalbelege zu überlassen.

2.8. Leistungsfreiheit tritt bei den oben genannten Obliegenheitsverletzungen nicht ein, wenn die Verletzung weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruht und soweit die Verletzung weder auf die Feststellung des Versicherungsfalles noch auf die Feststellung oder den Umfang der uns obliegenden Leistung Einfluss gehabt hat.

Wir sind aber jedenfalls leistungsfrei, wenn die Obliegenheit mit dem Vorsatz verletzt wird, unsere Leistungspflicht zu beeinflussen oder die Feststellung solcher Umstände zu beeinträchtigen, die erkennbar für unsere Leistungspflicht bedeutsam sind.

Artikel 22 - Versicherungsperiode, Vertragsdauer

1. Versicherungsperiode

Als Versicherungsperiode gilt, wenn der Versicherungsvertrag nicht für eine kürzere Zeit abgeschlossen ist, der Zeitraum eines Jahres, beginnend mit dem Tage des in der Police angeführten Hauptfälligkeitstermins. Der Hauptfälligkeitstermin ist der jeweils Erste eines Monats, in dem die in der Police ausgewiesene Versicherungsdauer endet.

2. Vertragsdauer

2.1. Beträgt die Vertragsdauer weniger als ein Jahr, endet der Vertrag zum Ablauf ohne dass es einer Kündigung bedarf.

2.2. Beträgt die vereinbarte Vertragsdauer mindestens ein Jahr, gilt der Versicherungsvertrag zunächst für die vertraglich vereinbarte Dauer.

Die Vertragslaufzeit verlängert sich aber jeweils automatisch um ein weiteres Jahr, wenn der Vertrag nicht spätestens ein Monat vor Ablauf von einem der Vertragspartner gekündigt wird.

Für den Zugang der Erklärung der Ablaufkündigung steht die gesamte Vertragslaufzeit unter Beachtung der vorerwähnten Frist von einem Monat zur Verfügung.

2.3. Bei Versicherungsverträgen, deren Abschluss nicht zum Betrieb eines Unternehmens des Versicherungsnehmers gehören (Verbraucherverträge), gilt Folgendes:

2.3.1. Wir verpflichten uns, Sie frühestens vier Monate, spätestens aber drei Monate vor Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer in geschriebener Form darüber zu informieren, dass Sie den Versicherungsvertrag zum Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer kündigen können. Weiters verpflichten wir uns, Sie über die Rechtsfolgen, die mit der Unterlassung der rechtzeitigen Kündigungserklärung verbunden sind, zu informieren.

2.3.2. Sie haben ab Zugang dieser Verständigung (siehe Punkt 2.3.1.), aber auch schon davor, die

Möglichkeit, Ihren Versicherungsvertrag zum nächsten Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer zu kündigen. Ihre Kündigungserklärung ist nur dann wirksam, wenn sie spätestens einen Monat vor Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer bei uns einlangt.

2.3.3. Für den Ablauf der jeweils verlängerten Vertragsdauer gelten wiederum die Regelungen der Punkte 2.3.1. bis 2.3.2.

Artikel 23 - Kündigung, Erlöschen des Vertrages

1. Kündigung nach Eintritt des Versicherungsfalles

1.1. Nach Eintritt des Versicherungsfalles können Sie kündigen, wenn wir einen gerechtfertigten Anspruch auf die Versicherungsleistung ablehnen oder ihre Anerkennung verzögern.

In diesen Fällen ist die Kündigung innerhalb eines Monats

- nach Ablehnung des gerechtfertigten Anspruches auf die Versicherungsleistung;
- nach Rechtskraft des Urteiles im Falle eines Rechtsstreites vor Gericht;
- nach Zustellung der Entscheidung des Schiedsgutachters (Art.16);
- nach Fälligkeit der Versicherungsleistung bei Verzögerung der Anerkennung (Art.14)

von Ihnen vorzunehmen.

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

1.2. Nach Eintritt des Versicherungsfalles können sowohl Sie als auch wir kündigen, wenn wir den Anspruch auf die Versicherungsleistung dem Grunde nach anerkannt oder eine Versicherungsleistung (im Falle von Renten die erste Rente) erbracht haben. Wir können auch kündigen, wenn Sie einen Anspruch auf Versicherungsleistung arglistig erhoben haben.

Die Kündigung ist innerhalb eines Monats

- nach Anerkennung dem Grunde nach,
- nach Auszahlung einer Versicherungsleistung,
- nach Ablehnung des arglistig erhobenen Anspruches auf Versicherungsleistung vorzunehmen.

Sie können mit sofortiger Wirkung oder zum Ende der Versicherungsperiode kündigen.

Wir haben eine Kündigungsfrist von einem Monat einzuhalten.

Falls Sie einen Anspruch arglistig erhoben haben, können wir mit sofortiger Wirkung kündigen.

1.3. Uns steht die bis zur Vertragsauflösung anteilige Prämie zu.

2. Kündigung nach Umzug ins Ausland

Sowohl Sie als auch wir können den Vertrag kündigen, wenn Sie Ihren Hauptwohnsitz auf Dauer, mindestens jedoch für sechs Monate, ins Ausland verlegen. Die Kündigung ist nach erfolgter behördlicher Ummeldung möglich.

Wenn Sie von Ihrem Kündigungsrecht Gebrauch machen, kann Ihre Kündigung mit sofortiger Wirkung erfolgen. Wir haben eine Kündigungsfrist von einem Monat einzuhalten.

3. Versicherungsverträge mit einer vertraglich vereinbarten Dauer von mehr als drei Jahren, deren Abschluss nicht zum Betrieb eines Unternehmens des Versicherungsnehmers gehört (Verbraucherverträge), kann der Versicherer zum Ende des dritten und jedes darauffolgenden Jahres unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Bei der Berechnung der Kündigungsfrist und des Versicherungsjahres ist jeweils auf das Beginndatum der Versicherungsdauer des Vertrages abzustellen. Für die Rechtswirksamkeit der Kündigung durch den Versicherer genügt die geschriebene Form. Das Kündigungsrecht des Versicherungsnehmers gemäß § 8 Abs. 3 VersVG bleibt davon unberührt.

4. Erlischt der Vertrag, weil die versicherte Person gestorben ist, so steht uns die bis zur Vertragsauflösung anteilige Prämie zu.

Artikel 24 - Rechtsstellung der am Vertrag beteiligten Personen

1. Die Unfallversicherung kann für Unfälle, die Ihnen oder für Unfälle, die einem anderen zustoßen, abgeschlossen werden.

Eine Versicherung für Unfälle, die einem anderen zustoßen, gilt im Zweifel als für Rechnung des anderen abgeschlossen.

Wird eine Versicherung für 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.

2. Alle für Sie getroffenen Bestimmungen gelten sinngemäß auch für die versicherte Person und

jene Personen, die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag geltend machen.

3. Diese Personen sind neben Ihnen für die Erfüllung der Obliegenheiten, der Schadenminderungs- und Rettungspflicht verantwortlich.

Artikel 25 - Form der Erklärungen

Für sämtliche Anzeigen und Erklärungen an uns ist die beschriebene Form erforderlich, sofern nicht die Schriftform ausdrücklich und mit gesonderter Erklärung vereinbart wurde. Der geschriebenen Form wird durch Zugang eines Textes in Schriftzeichen entsprochen, aus dem die Person des Erklärenden hervorgeht (z.B. E-Mail oder - sofern vereinbart - elektronische Kommunikation gem. § 5a VersVG). Schriftform bedeutet, dass dem Erklärungsempfänger das Original der Erklärung mit eigenhändiger Unterschrift des Erklärenden zugehen muss.

Artikel 26 - Anwendbares Recht

Für diesen Vertrag gilt österreichisches Recht.

Anhang

Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz (VersVG)

(Wiedergabe der in den AUVB erwähnten Bestimmungen des Gesetzes)

§ 5a (1) Die Vereinbarung der elektronischen Kommunikation bedarf der ausdrücklichen Zustimmung des Versicherungsnehmers, die gesondert erklärt werden muss. Sie kann von jeder der Vertragsparteien jederzeit widerrufen werden. Auf dieses Recht ist der Versicherungsnehmer vor Einholung seiner Zustimmung hinzuweisen.

(2) Bei Vereinbarung der elektronischen Kommunikation können sich die Vertragsparteien die Schriftform nur für Erklärungen, die Bestand oder Inhalt des Versicherungsverhältnisses betreffen, ausbedingen, sofern dies aus Gründen der Rechtssicherheit sachlich gerechtfertigt und für den Versicherungsnehmer nicht gröblich benachteiligend ist. Eine solche Vereinbarung der Schriftform bedarf der ausdrücklichen Zustimmung des Versicherungsnehmers, die gesondert erklärt werden muss.

(3) Bei Vereinbarung der elektronischen Kommunikation kann der Versicherer Versicherungsbedingungen, Versicherungsscheine nach Maßgabe des § 3 Abs. 1, Erklärungen und andere Informationen, der Versicherungsnehmer Erklärungen und andere Informationen elektronisch übermitteln.

(4) Auch bei Vereinbarung der elektronischen Kommunikation haben die Vertragsparteien das Recht, ihre Erklärungen und Informationen auf Papier zu übermitteln. Macht der Versicherer davon oder vom Recht des Widerrufs dieser Vereinbarung Gebrauch, so muss er den Versicherungsnehmer rechtzeitig elektronisch davon verständigen und ihn dabei auf die Rechtsfolgen des § 10 hinweisen.

(5) Hat der Versicherungsnehmer Versicherungsbedingungen, Versicherungsscheine, Erklärungen oder andere Informationen nur elektronisch erhalten, so kann er jederzeit – jeweils einmalig kostenfrei – auch deren Ausfolgung auf Papier oder in einer anderen von ihm gewünschten und vom Versicherer allgemein zur Auswahl gestellten Art verlangen. Auf dieses Recht ist der Versicherungsnehmer vor Einholung seiner Zustimmung zur elektronischen Kommunikation hinzuweisen.

(6) Von der Vereinbarung der elektronischen Kommunikation bleibt die Erfüllung der Informationspflichten nach den § 252, § 253, § 254 und § 255 VAG 2016 unberührt.

(7) Bei elektronischer Übermittlung von vertragsrelevanten Inhalten ist der Versicherungsnehmer klar und deutlich darauf hinzuweisen, dass die Sendung einen Versicherungsschein oder eine bestimmte andere vertragsrelevante Information betrifft.

(8) Die elektronische Übermittlung erfordert, dass

1. die Vereinbarung über die elektronische Kommunikation die Übermittlungsart sowie die Verpflichtung beider Vertragspartner enthält, Angaben über ihren Zugang zum Internet zu machen und eine Änderung dieser Daten bekanntzugeben;
2. der Versicherungsnehmer nachweislich über einen regelmäßigen Zugang zum Internet verfügt; dies gilt als nachgewiesen, wenn er bei seiner Zustimmung entsprechende Angaben gemacht hat und der Versicherer keinen Anhaltspunkt darauf hat, dass dem Zugang ein Hindernis entgegenstehen könnte;
3. die vertragsrelevanten Inhalte direkt an den nach Z 1 angegebenen Zugang zum Internet übermittelt werden oder an diesen Zugang eine Mitteilung ergeht, die dem Versicherungsnehmer gemäß Abs. 9 Zugang zu den vertragsrelevanten Inhalten ermöglicht;
4. es dem Versicherungsnehmer möglich ist, die jeweils von der Übermittlung betroffenen Inhalte (Versicherungsbedingungen, Versicherungsscheine, Erklärungen und andere Informationen) dauerhaft zu speichern und laufend wiederzugeben.

(9) Bezieht der Versicherer Inhalte einer Website, die der Öffentlichkeit frei zur Verfügung gestellt werden oder die sich in einem nur dem Versicherungsnehmer zugänglichen Bereich der Website befinden, in die elektronische Übermittlung nach Abs. 8 mit ein, so muss er bei vertragsrelevanten Inhalten

1. dem Versicherungsnehmer die Adresse der Website und die Stelle, an der diese Inhalte (Versicherungsbedingungen, Erklärungen und andere Informationen) auf dieser Website zu finden sind, klar und deutlich mitteilen und ihm einen leichten und einfachen Zugang darauf ermöglichen sowie
2. Versicherungsbedingungen während der gesamten Vertragslaufzeit, Erklärungen und andere Informationen während der Zeit, in der sie bedeutend sind, unverändert auf der bekanntgegebenen Stelle dieser Website dauerhaft zur Abfrage bereitstellen und es dem Versicherungsnehmer auch ermöglichen, die Versicherungsbedingungen dauerhaft zu speichern

und laufend wiederzugeben.

(10) Sind die Erfordernisse der Abs. 8 und 9 erfüllt und bei der Übermittlung auch beachtet worden, so wird vermutet, dass die Sendung dem Empfänger elektronisch zugegangen ist.

(11) Die Abs. 1 bis 9 gelten auch für die elektronische Kommunikation zwischen dem Versicherer und einem Versicherten oder einem sonstigen Dritten.

§ 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.

§ 6.(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.

§ 6.(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.

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

§ 8.(3) Ist der Versicherungsnehmer Verbraucher (§ 1 Abs. 1 Z 2 KSchG), so kann er ein Versicherungsverhältnis, das er für eine Dauer von mehr als drei Jahren eingegangen ist, zum Ende des dritten Jahres oder jedes darauffolgenden Jahres unter Einhaltung einer Frist von einem Monat schriftlich kündigen. Eine allfällige Verpflichtung des Versicherungsnehmers zum Ersatz von Vorteilen, besonders Prämienachlässen, die ihm wegen einer vorgesehenen längeren Laufzeit des Vertrages gewährt worden sind, bleibt unberührt.

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

(2) Ist ein Anspruch des Versicherungsnehmers beim Versicherer angemeldet worden, so ist die Verjährung bis zum Einlangen einer schriftlichen Entscheidung des Versicherers gehemmt, die zumindest mit der Anführung einer der Ablehnung derzeit zugrunde gelegten Tatsache und gesetzlichen oder vertraglichen Bestimmung begründet ist. Nach zehn Jahren jedoch tritt 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 den 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 Versicherungsfalles 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 Versicherungsfalles oder soweit sie keinen Einfluss auf den Umfang der Leistung des Versicherers gehabt hat.

§ 26 Die Vorschriften des §§ 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 Versicherungsfalles 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 Versicherungsfalles 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 Versicherungsvertrages 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 Versicherungsfalles 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 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 machen. Die Wirkungen der Kündigung fallen fort, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung, oder, falls die Kündigung mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Ablauf der Zahlungsfrist die Zahlung nachholt, sofern nicht der Versicherungsfall bereits eingetreten ist.

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

§ 39 a Ist der Versicherungsnehmer bloß mit nicht mehr als 10vH der Jahresprämie, höchstens aber € 60,- im Verzug, so tritt eine in § 38 oder § 39 vorgesehene Leistungsfreiheit des Versicherers nicht ein.

§ 61 Der Versicherer ist von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Versicherungsnehmer den Versicherungsfall vorsätzlich oder durch grobe Fahrlässigkeit herbeiführt.

§ 184.(1) Sollen nach dem Vertrag einzelne Voraussetzungen des Anspruches aus der Versicherung oder das Maß der durch den Unfall herbeigeführten Einbuße an Erwerbsfähigkeit durch Sachverständige festgestellt werden, so ist die getroffene Feststellung nicht verbindlich, wenn sie offenbar von der wirklichen Sachlage erheblich abweicht. Die Feststellung erfolgt in diesem Falle durch Urteile. Das gleiche gilt, wenn die Sachverständigen die Feststellung nicht treffen können oder wollen oder sie verzögern.

(2) Sind nach dem Vertrag die Sachverständigen vom Gericht zu bestellen, so sind auf die Bestellung die Vorschriften des § 64 Abs. 2 entsprechend anzuwenden.

(3) Eine Vereinbarung, die von der Vorschrift des Abs. 1 Satz 1 abweicht, ist nichtig.