



ALLGEMEINE BEDINGUNGEN FÜR DIE
FAHRZEUGINSASSEN-UNFALLVERSICHERUNG
(IUB 2017|EH04)

EUROHERC
VERSICHERUNG

ALLGEMEINE BEDINGUNGEN FÜR DIE FAHRZEUGINSASSEN-UNFALLVERSICHERUNG (IUB 2017|EH04)

INHALTSVERZEICHNIS

- | | | | |
|------------|---|------------|--|
| Artikel 1 | Was ist versichert? Für wen gilt die Versicherung? Begriff des Unfalles? | Artikel 18 | Wer hat die Pflichten aus dem Versicherungsvertrag zu erfüllen? (Rechtsstellung der am Vertrag beteiligten Personen) |
| Artikel 2 | Welche Versicherungsarten sind möglich? | Artikel 19 | Wann und unter welchen Voraussetzungen können die Bedingungen mit Wirksamkeit auf bereits bestehende Verträge geändert werden? |
| Artikel 3 | Wo gilt die Versicherung?
(Örtlicher Geltungsbereich) | Artikel 20 | Wann können Versicherungsansprüche abgetreten oder verpfändet werden? |
| Artikel 4 | Wann gilt die Versicherung?
(Zeitlicher Geltungsbereich) | Artikel 21 | Wo können Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag gerichtlich geltend gemacht werden? (Gerichtsstand) |
| Artikel 5 | Was gilt als Versicherungsperiode, wann ist die Prämie zu bezahlen, wann beginnt der Versicherungsschutz im Allgemeinen und was versteht man unter einer vorläufigen Deckung? | Artikel 22 | In welcher Form sind Erklärungen abzugeben? |
| Artikel 6 | Welche Leistung erbringt der Versicherer? | Artikel 23 | Welches Recht ist anzuwenden? |
| Artikel 7 | Was gilt bei vereinbarter Leistung dauernde Invalidität? | | |
| Artikel 8 | Was gilt bei vereinbarter Leistung Todesfall? | | |
| Artikel 9 | Was gilt bei vereinbarter Leistung Spitalgeld? | | |
| Artikel 10 | Was gilt bei vereinbarter Leistung Unfallkosten? | | |
| Artikel 11 | Was ist nicht versichert? (Risikoausschlüsse) | | |
| Artikel 12 | Was ist vor bzw. nach Eintritt des Versicherungsfalles zu beachten?
(Obliegenheiten) | | |
| Artikel 13 | Was gilt für die sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes? | | |
| Artikel 14 | Wer kann nach Eintritt des Versicherungsfalles kündigen? | | |
| Artikel 15 | Was gilt bei Wegfall des versicherten Risikos oder Veräußerung des versicherten Fahrzeugs? | | |
| Artikel 16 | In welchen Fällen und nach welchen Regeln entscheidet die Ärztekommision? | | |
| Artikel 17 | Innerhalb welcher Frist muss der Versicherer die Leistungspflicht anerkennen oder ablehnen?
(Erklärung über die Versicherungsleistung) | | |

ARTIKEL 1

WAS IST VERSICHERT? FÜR WEN GILT DIE VERSICHERUNG? BEGRIFF DES UNFALLES?

(1) Die Versicherung bezieht sich auf Unfälle in ursächlichem Zusammenhang mit dem Lenken, Benutzen, Behandeln, dem Be- und Entladen sowie dem Einweisen des Kraftfahrzeuges oder Anhängers. Unfälle beim Ein- und Aussteigen sind mitversichert.

(2) Versicherungsfall ist der Eintritt eines Unfalles (Pkt. 3.)

(3) *Unfallbegriff* - als Unfall im Sinne des Vertrages gilt jedes vom Willen des Versicherten unabhängige Ereignis, das plötzlich von außen mechanisch oder chemisch auf seinen Körper einwirkt und eine körperliche Schädigung oder den Tod nach sich zieht.

Als Unfälle gelten auch folgende vom Willen des Versicherten unabhängige Ereignisse:

3.1. Ertrinken

3.2. Verrenkungen von Gliedern sowie Zerrungen und Zerreißen von an Gliedmaßen und an der Wirbelsäule befindlichen Muskeln, Sehnen, Bändern und Kapseln infolge plötzlicher Abweichung vom geplanten Bewegungsablauf.

Hinsichtlich abnutzungsbedingter Einflüsse mit Krankheitswert findet Art. 7 Pkt. 6., Anwendung

3.3. Verbrennungen, Verbrühungen, Einwirkungen von Blitzschlag oder elektrischem Strom

3.4. Einatmen von Gasen oder Dämpfen

3.5. Einnehmen von giftigen oder ätzenden Stoffen; es sei denn, dass diese Einwirkungen allmählich erfolgen.

(4) Krankheiten gelten nicht als Unfälle, übertragbare Krankheiten auch nicht als Unfallfolgen. Dies gilt nicht für Wundstarrkrampf, verursacht durch einen Unfall gemäß Pkt. 3.

(5) Versicherte Personen sind solche, die sich mit Willen des Versicherungsnehmers oder des über das Fahrzeug Verfügungsberechtigten in oder auf dem Fahrzeug befinden oder im ursächlichen Zusammenhang mit ihrer Beförderung im Rahmen des Pkt. 1. tätig werden.

(6) Für die Dauer der Zuweisung eines Wechselkennzeichens hat die Versicherung nur für das Fahrzeug Gültigkeit, an dem die Kennzeichentafeln jeweils angebracht sind. Der Wegfall des Wechselkennzeichens ist dem Versicherer unverzüglich mitzuteilen.

ARTIKEL 2

WELCHE VERSICHERUNGSARTEN SIND MÖGLICH?

(1) Die Versicherung kann abgeschlossen werden:

1.1. *nach dem Platzsystem* - die vereinbarte Versicherungssumme gilt für jeden einzelnen, kraftfahrrechtlich genehmigten Platz des im Vertrag bezeichneten Fahrzeuges. Sind im Unfallszeitpunkt mehr Personen versichert, als Plätze kraftfahrrechtlich genehmigt sind, oder mehr Plätze vorhanden als im Versicherungsvertrag angegeben, wird die Versicherungsleistung für die einzelne Person entsprechend vermindert.

1.2. *nach dem Pauschalssystem* - die vereinbarte Pauschalversicherungssumme gilt für das in der Police bezeichnete Fahrzeug. Die auf die einzelne versicherte Person entfallende Versicherungssumme errechnet sich aus der Teilung der Pauschalversicherungssumme durch die Anzahl der im Unfallszeitpunkt versicherten Personen. Versicherungssumme gilt für alle Personen im Fahrzeug, erhöht sich um 100% bei 2 Personen und 150% bei drei oder mehr Personen.

ARTIKEL 3

WO GILT DIE VERSICHERUNG?

(ÖRTLICHER GELTUNGSBEREICH)

(1) Versicherungsschutz besteht für Schäden, die der Versicherte bei einem Unfall mit dem in der Police genannten versicherten Fahrzeug innerhalb des örtlichen Geltungsbereiches erleidet.

(2) Der örtliche Geltungsbereich erstreckt sich auf Europa analog den Bestimmungen des Artikel 4 der Allgemeinen Bedingungen für die Kraftfahrzeug Haftpflichtversicherung (AKHB) des versicherten Fahrzeuges.

(3) Bei Transport des Fahrzeuges zu Wasser wird der Versicherungsschutz nicht unterbrochen, wenn die Verladeorte innerhalb des örtlichen Geltungsbereiches liegen. Sofern der Bestimmungsort außerhalb des örtlichen Geltungsbereiches liegt, endet der Versicherungsschutz mit Beendigung des Beladevorganges.

ARTIKEL 4

WANN GILT DIE VERSICHERUNG?

(ZEITLICHER GELTUNGSBEREICH)

(1) Versichert sind Unfälle, die während der Wirksamkeit des Versicherungsschutzes (Laufzeit des Versicherungsvertrages unter Beachtung der §§ 38 ff VersVG) eintreten sind.

(2) Darüber hinaus wird der Versicherungsschutz zeitlich begrenzt durch die Bestimmungen über Prämienzahlung und Beginn des Versicherungsschutzes (Art. 5).

ARTIKEL 5

WAS GILT ALS VERSICHERUNGSPERIODE, WANN IST DIE PRÄMIE ZU BEZAHLEN, WANN BEGINNT DER VERSICHERUNGSSCHUTZ IM ALLGEMEINEN UND WAS VERSTEHT MAN UNTER EINER VORLÄUFIGEN DECKUNG?

(1) *Versicherungsperiode*

Als Versicherungsperiode gilt, wenn der Versicherungsvertrag nicht für kürzere Zeit abgeschlossen ist, der Zeitraum eines Jahres, und zwar auch dann, wenn die Jahresprämie vertragsgemäß in Teilbeträgen zu entrichten ist.

(2) Die erste oder die einmalige Prämie (einschließlich Gebühren und Versicherungssteuer) ist vom Versicherungsnehmer gegen Aushändigung der Police und Aufforderung zur Prämienzahlung zu bezahlen (Einlösung der Police).

Die Folgeprämien einschließlich Gebühren und Versicherungssteuer sind zum vereinbarten, in der Police angeführten Fälligkeitstermin, bei vereinbarter Teilzahlung zu den jeweils vereinbarten Fälligkeitsterminen zu entrichten.

(3) Zahlungsverzug kann zur Leistungsfreiheit des Versicherers führen. Die Voraussetzungen und Begrenzungen der Leistungsfreiheit sind gesetzlich geregelt (siehe §§38 ff. VersVG).

(4) *Beginn des Versicherungsschutzes*

Der Versicherungsschutz tritt grundsätzlich mit der Einlösung der Polizze (Pkt. 2.) in Kraft, jedoch nicht vor dem vereinbarten Versicherungsbeginn.

Wird die Polizze erst danach ausgehändigt, dann aber die Prämie binnen 14 Tagen oder danach ohne schuldhaften Verzug gezahlt, ist der Versicherungsschutz ab dem vereinbarten Versicherungsbeginn gegeben.

(5) *Vorläufige Deckung*

Soll der Versicherungsschutz schon vor Einlösung der Polizze beginnen (vorläufige Deckung), ist die ausdrückliche Zusage der vorläufigen Deckung durch den Versicherer erforderlich.

Die vorläufige Deckung endet bei Annahme des Antrages mit der Einlösung der Polizze. Sie tritt außer Kraft, wenn der Antrag unverändert angenommen wird und der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der ersten oder der einmaligen Prämie schuldhaft in Verzug gerät (Pkt. 3.)

Der Versicherer ist berechtigt, die vorläufige Deckung mit der Frist von 14 Tagen zu kündigen. Dem Versicherer gebührt in diesem Fall die auf die Zeit des Versicherungsschutzes entfallende anteilige Prämie.

(6) *Vertragsdauer*

6.1. Beträgt die vereinbarte Vertragsdauer mindestens ein Jahr, verlängert sich der Vertrag jeweils um ein Jahr, wenn er nicht einen Monat vor dem Ende der Vertragsdauer bzw. vor dem Ende jedes nachfolgenden Versicherungsjahres schriftlich gekündigt wird.

Beträgt die Vertragsdauer weniger als ein Jahr, endet der Vertrag ohne Kündigung zum vereinbarten Zeitpunkt.

6.2. Das Versicherungsjahr richtet sich nach dem ursprünglichen Versicherungsbeginn, sofern nicht eine ausdrückliche andere Regelung besteht oder vereinbart ist.

6.3. Hiervon unabhängig teilt die Fahrzeuginsassen-Unfallversicherung ungeachtet einer allfälligen separaten Vertragsaufbereitung das Schicksal des Kfz-Haftpflichtversicherungs-Vertrages. Dies bedeutet, dass im Falle der Auflösung des Kfz-Haftpflichtversicherungs-Vertrages für das versicherte und in der Polizze bezeichnete Kraftfahrzeug (z.B. bei Veräußerung des Fahrzeuges) auch die abgeschlossene Fahrzeuginsassen Unfallversicherung erlischt.

ARTIKEL 6

WELCHE LEISTUNG ERBRINGT DER VERSICHERER?

(1) Der Versicherer leistet nach Maßgabe der vereinbarten Versicherung sowie der folgenden Bestimmungen bis zur vereinbarten Versicherungssumme gemäß dem vereinbarten Deckungsumfang.

(2) Aus der Polizze ist ersichtlich, welche Versicherung und welche Versicherungssummen vereinbart wurden.

(3) Die Versicherung kann abgeschlossen werden für:

3.1. dauernde Invalidität (Art. 7)

3.2. Todesfall (Art. 8)

3.3. Spitalgeld (Art. 9)

3.4. Unfallkosten (Art. 10)

ARTIKEL 7

WAS GILT BEI VEREINBARTER LEISTUNG DAUERNDE INVALIDITÄT?

(1) *Voraussetzung für die Leistung*

Die versicherte Person ist durch den Unfall auf Dauer in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt (Invalidität).

(2) Ergibt sich innerhalb eines Jahres vom Unfallstag an gerechnet, dass eine dauernde Invalidität zurückbleibt, wird aus der hierfür versicherten Summe der dem Grade der Invalidität entsprechende Betrag gezahlt. *Beispiel: Bei einer Versicherungssumme von EUR 100.000,- und einem unfallbedingten Invaliditätsgrad von 20% zahlt der Versicherer EUR 20.000,-.*

(3) Für die Bemessung des Invaliditätsgrades gilt – unter Ausschluss jeder anderen Art des Nachweises eines höheren oder geringeren Invaliditätsgrades – folgende Bestimmung:

3.1. Bei völligem Verlust oder völliger Gebrauchsunfähigkeit

1	eines Armes ab Schultergelenk	70%
2	eines Armes bis oberhalb des Ellenbogengelenkes	65%
3	eines Armes unterhalb des Ellenbogengelenkes oder einer Hand	60%
4	eines Daumens	20%
5	eines Zeigefingers	10%
6	eines anderen Fingers	5%
7	für sämtliche Finger einer Hand jedoch höchstens	50%
8	eines Beines bis über die Mitte des Oberschenkels	60%
9	eines Beines bis zur Mitte des Oberschenkels (im Kniegelenk)	50%
10	eines Beines bis zur Mitte des Unterschenkels oder eines Fußes bis zum Fußgelenk.	50%
11	einer großen Zehe	5%
12	einer anderen Zehe	2%
13	bei völligem Verlust der Sehkraft beider Augen	100%
14	1 sofern jedoch die Sehkraft des anderen Auges vor Eintritt des Versicherungsfalles bereits verloren war	65%
15	bei völligem Verlust der Sehkraft eines Auges	45%
16	bei völligem Verlust des Gehörs beider Ohren	60%
17	bei völligem Verlust des Gehörs eines Ohres	15%
18	1 sofern jedoch das Gehör des anderen Ohres vor Eintritt des Versicherungsfalles bereits verloren war	30%

19	bei völligem Verlust		
	1	des Geruchssinnes	10%
	2	des Geschmacksinnes	10%
	3	des Magens	20%
	4	der Milz	10%
	5	der Gallenblase	10%
	6	der Niere	20%
	7	sofern die Funktion der zweiten Niere vor dem Eintritt des Versicherungsfalles bereits verloren war jedoch höchstens	50%
	8	der Stimme (Aphonie)	30%
	9	der weiblichen Brust (je Seite)	15%
	10	des Geschlechtsteiles des Mannes	30%
20	bei Beeinträchtigung der Lungenfunktion		30%
21	bei Beeinträchtigung der Leberfunktion		10%

3.2. Bei Teilverlust oder teilweiser Funktionsbeeinträchtigung der in Punkt 3.1. angeführten Körperteile oder Sinnesorgane gilt der entsprechende Teil des jeweiligen Prozentsatzes. *Beispiel: Ist ein Arm vollständig funktionsunfähig, ergibt das einen Invaliditätsgrad von 70%. Ist er um ein Zehntel in seiner Funktion beeinträchtigt, ergibt das einen Invaliditätsgrad von 7% (= ein Zehntel von 70%).*

(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.

(5) Minderung bei Vorinvalidität.

War die Funktion der betroffenen Körperteile oder Sinnesorgane bereits vor dem Unfall dauernd beeinträchtigt, wird vom Invaliditätsgrad der Grad der Vorinvalidität abgezogen.

Beispiel: Ist ein Arm vollständig funktionsunfähig, beträgt der Invaliditätsgrad 70%. War dieser Arm schon vor dem Unfall um ein Zehntel in seiner Funktion beeinträchtigt, beträgt die Vorinvalidität 7% (=ein Zehntel von 70%). Diese 7% Vorinvalidität werden abgezogen. Es verbleibt ein unfallbedingter Invaliditätsgrad von 63%.

(6) Sind mehrere Körperteile oder Sinnesorgane durch den Unfall beeinträchtigt, werden die nach den vorstehenden Bestimmungen ermittelten Invaliditätsgrade zusammengerechnet, wobei jedoch nie mehr als 100% insgesamt geleistet werden.

Beispiel: Durch einen Unfall ist ein Arm vollständig funktionsunfähig (70%) und eines Bein bis zur Mitte des Oberschenkels (50%). Auch wenn die Zusammenrechnung der Invaliditätsgrade 120% ergibt, ist die Invalidität auf 100% begrenzt.

(7) Steht der Grad der dauernden Invalidität nicht eindeutig fest, sind sowohl der Versicherte als auch der Versicherer berechtigt, den Invaliditätsgrad jährlich bis vier Jahre ab dem Unfalltag ärztlich neu bemessen zu lassen, und zwar ab zwei Jahren nach dem Unfalltag. Die Kosten trägt derjenige, der die Neufeststellung verlangt hat.

(8) Im ersten Jahr nach dem Unfall wird eine Invaliditätsleistung nur erbracht, wenn Art und Umfang der Unfallfolgen aus ärztlicher Sicht eindeutig feststehen und ein Ableben im ersten Jahr nach dem Unfall auszuschließen ist.

(9) Stirbt der Versicherte

9.1. unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall, besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung;

9.2. 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;

9.3. 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.

(10) Hatte der Versicherte am Unfalltag das 75. Lebensjahr bereits vollendet, tritt anstelle der Kapitalzahlung eine nach der vereinbarten Rententafel unter Zugrundelegung des vom Versicherten am Unfalltag vollendeten Lebensjahres zu bemessende Rente.

Barwert dieser Rente ist jener Betrag, der bei Kapitalzahlung zu erbringen wäre.

Steht die Leistungspflicht des Versicherers dem Grunde und der Höhe nach fest, beginnt die Rentenleistung rückwirkend mit dem Monatsersten, der dem Unfalltag folgt.

Sie endet mit Ablauf des Kalendermonates, in dem der Versicherte stirbt.

ARTIKEL 8

WAS GILT BEI VEREINBARTER LEISTUNG TODESFALL?

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

(2) Auf die Todesfallsleistung werden nur Zahlungen, die für dauernde Invalidität aus demselben Ereignis geleistet worden sind, angerechnet. Einen Mehrbetrag an Leistung für dauernde Invalidität kann der Versicherer nicht zurückverlangen.

(3) Für Personen vor Vollendung des 15. Lebensjahres werden im Rahmen der Versicherungssumme nur die aufgewendeten, angemessenen Begräbniskosten ersetzt.

(4) Bei einer Versicherung nach Pauschalssystem (Art. 2 Pkt. 1.2.) wird der auf andere Personen entfallende Teilbetrag aus der versicherten Todesfallsumme um den durch diese Begrenzung freiwerdenden Betrag erhöht.

ARTIKEL 9

WAS GILT BEI VEREINBARTER LEISTUNG SPITALGELD?

(1) War die vom Unfall betroffene anspruchsberechtigte, versicherte Person zur Zeit des Unfalls durch einen Gurt gesichert, der im Sinne der kraftfahrrechtlichen Vorschriften typengenehmigt ist, so steht ihr für jeden zur stationären Heilung der dabei erlittenen Verletzungen in einem Spital verbrachten Tag eine Spitalgeld Versicherungssumme zu, maximal aber 2% der für Tod und dauernde Invalidität versicherten Summe.

- (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) Als stationärer Krankenhausaufenthalt gilt ein Aufenthalt nur, wenn die Art der Heilbehandlung einen Aufenthalt von mindestens 24 Stunden erfordert.
- (4) 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.
- (5) Die Tage der Einlieferung ins Spital und der Entlassung zählen hierbei zusammen als ein Tag.

ARTIKEL 10

WAS GILT BEI VEREINBARER LEISTUNG UNFALLKOSTEN?

(1) Bis zur Höhe der hierfür vereinbarte Versicherungssumme werden Unfallkosten ersetzt, sofern sie innerhalb von 2 Jahren vom Unfalltag an gerechnet entstehen und soweit nicht von einem Sozialversicherungsträger Ersatz zu leisten ist oder von einem sonstigen Leistungsträger Ersatz geleistet wurde.

(2) Unfallkosten sind:

2.1. Heilkosten

die zur Behebung der Unfallsfolgen aufgewendet wurden und nach ärztlicher Verordnung notwendig waren. Hierzu zählen auch die notwendigen Kosten des Verletztentransportes, der erstmaligen Anschaffung künstlicher Gliedmaßen und eines Zahnersatzes sowie anderer, nach ärztlichem Ermessen erforderlicher erstmaliger Anschaffungen.

Kosten eines Privatarztes oder einer Privatklinik, welche keinen Kassenvertrag mit der Krankenkasse der versicherten Person haben, werden nur ersetzt, wenn die aufgrund einer ärztlichen Verordnung durchgeführte Behandlung ausschließlich durch sie erfolgen kann. Kosten für Bade-, Erholungsreisen und -Aufenthalte, ferner Kosten der Reparatur oder der Wiederbeschaffung eines Zahnersatzes, künstlicher Gliedmaßen oder sonstiger künstlicher Behelfe werden nicht ersetzt.

2.2. Rückholkosten

Wenn die Versicherung für Tod und/oder dauernde Invalidität genommen ist, übernimmt der Versicherer die Kosten des Rücktransportes verunfallter Personen aus dem europäischen Ausland zum Wohnsitz in Österreich, wenn der versicherten Person infolge des Unfalles eine Heimreise mit dem Fahrzeug nicht möglich ist.

Handelt es sich bei dem von einem Unfall betroffenen Versicherten um den Fahrzeuglenker, werden auch die Kosten der Rückreise der übrigen Fahrzeuginsassen zum Wohnsitz in Österreich übernommen.

Im Falle eines tödlichen Unfalles werden vom Versicherer auch die Kosten der Überführung des Toten zu dessen letztem Wohnsitz in Österreich getragen.

Die vorstehenden Leistungen für alle Insassen zusammen sind mit 5% der für Todesfall und dauernde Invalidität versicherten Summe, höchstens mit EUR 10.000 begrenzt.

ARTIKEL 11

WAS IST NICHT VERSICHERT? (RISIKOAUSSCHLÜSSE)

- (1) Ausgeschlossen von der Versicherung sind Unfälle:
- 1.1. die bei der Verwendung des Kraftfahrzeuges bei einer kraftfahrtsportlichen Veranstaltung, bei der es auf die Erzielung einer Höchstgeschwindigkeit ankommt (auch Wertungsfahrten und Rallyes), oder ihren Trainingsfahrten entstehen
 - 1.2. die bei Privatfahrten auf zugelassenen Rennstrecken entstehen, die nicht für den öffentlichen Verkehr zugelassen sind
 - 1.3. die der Versicherte bei der Vorbereitung oder Begehung gerichtlich strafbarer Handlungen erleidet, für die Vorsatz Tatbestandsmerkmal ist
 - 1.4. die mit Aufruhr, inneren Unruhen, Kriegereignissen jeder Art mit oder ohne Kriegserklärung, einschließlich aller Gewalthandlungen von Staaten und aller Gewalthandlungen politischer bzw. terroristischer Organisationen oder Einzelpersonen, oder mit Verfügung von hoher Hand und Erdbeben unmittelbar oder mittelbar zusammenhängen
 - 1.5. die durch:
 - 1.5.1. jegliche Einwirkung von Nuklearwaffen, chemischen oder biologischen Waffen und Kernenergie verursacht werden
 - 1.5.2. den Einfluss ionisierender Strahlen im Sinne des Strahlenschutzgesetzes vom 8. Juli 1969 (BGBl. Nr. 227/69), in der jeweils geltenden Fassung, verursacht werden, soweit nicht ein Versicherungsfall hiezu der Anlass war
 - 1.6. bei Fahrten, die ohne Willen des über das Fahrzeug Verfügungsberechtigten vorbereitet, ausgeführt oder ausgedehnt werden
 - 1.7. die der Versicherte infolge eines ihn treffenden Herzinfarktes oder Schlaganfalles erleidet; ein Herzinfarkt gilt in keinem Fall als Unfallfolge
 - 1.8. die der Versicherte infolge einer Bewusstseinsstörung oder infolge einer wesentlichen Beeinträchtigung seiner psychischen Leistungsfähigkeit durch Alkohol, Suchtgifte oder Medikamente erleidet. Eine Beeinträchtigung durch Alkohol ist jedenfalls gegeben, wenn beim Lenker im Zeitpunkt des Versicherungsfalles der Alkoholgehalt des Blutes nicht weniger als 0,50 g/l (0,50 Promille) oder der Alkoholgehalt der Atemluft nicht weniger als 0,25 mg/l beträgt.

Die Verweigerung des Alkohol-Tests oder der Blutabnahme zur Feststellung des Blutalkoholgehalts wird einer Beeinträchtigung gleichgestellt.

(2) Weiterbesteht auch kein Versicherungsschutz für körperliche Schädigungen bei Heilmaßnahmen oder Eingriffen, die der Versicherte an seinem Körper vornimmt oder vornehmen lässt, soweit nicht ein Versicherungsfall hierzu der Anlass war.

ARTIKEL 12

WAS IST VOR BZW. NACH EINTRITT DES VERSICHERUNGSFALLES ZU BEACHTEN? (OBLIEGENHEITEN)

(1) Als Obliegenheit, deren Verletzung im Zeitpunkt des Versicherungsfalles die Freiheit des Versicherers von der Verpflichtung zur Leistung bewirkt (§6 Abs. 1 und Abs 1a VersVG), wird die Verpflichtung bestimmt, Vereinbarungen über die Verwendung des Fahrzeuges einzuhalten.

(2) Als Obliegenheiten, die zum Zweck der Verminderung der Gefahr oder der Verhütung der Erhöhung dem Versicherer gegenüber zu erfüllen sind und deren Verletzung im Zeitpunkt des Versicherungsfalles die Freiheit des Versicherers von der Verpflichtung zur Leistung bewirkt (§6 Abs. 2 VersVG), werden bestimmt:

- 2.1. dass der Lenker in jedem Fall die kraftfahrrechtliche Berechtigung besitzt, die für das Lenken des Fahrzeuges auf Straßen mit öffentlichem Verkehr vorgeschrieben ist, dies gilt auch dann, wenn das Fahrzeug nicht auf Straßen mit öffentlichem Verkehr gelenkt wird
- 2.2. dass sich der Lenker nicht in einem durch Alkohol oder Suchtgift beeinträchtigten Zustand im Sinn der Straßenverkehrsvorschriften befindet
- 2.3. mit dem Fahrzeug Personen nur unter Einhaltung der betreffenden kraftfahrrechtlichen Vorschriften befördert werden.

Die Verpflichtung zur Leistung bleibt in den Fällen der Pkt. 2.1. und 2.2. gegenüber dem Versicherungsnehmer und den versicherten Personen bestehen, sofern für diese die Obliegenheitsverletzung ohne Verschulden nicht erkennbar war.

(3) Als Obliegenheiten, deren Verletzung nach Eintritt des Versicherungsfalles die Freiheit des Versicherers von der Verpflichtung zur Leistung bewirkt (§6 Abs. 3 VersVG) werden bestimmt:

- 3.1. dem Versicherer längstens innerhalb einer Woche ab Kenntnis:
 - 3.1.1. den Versicherungsfall unter möglichst genauer Angabe des Sachverhaltes sowie
 - 3.1.2. die Einleitung eines damit im Zusammenhang stehenden erwaltungsbehördlichen oder gerichtlichen Verfahrens schriftlich mitzuteilen;
- 3.2. dem Versicherer einen Todesfall innerhalb von 3 Tagen anzuzeigen, und zwar auch dann, wenn der Unfall bereits gemeldet worden ist
- 3.3. nach Möglichkeit zur Feststellung des Sachverhaltes beizutragen
- 3.4. dem Versicherer das Recht einzuräumen, die Leiche durch Ärzte untersuchen zu lassen

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

3.6. nach Erhalt des Formulars für die Unfallanzeige dieses ohne Verzug dem Versicherer sorgfältig ausgefüllt zuzusenden; außerdem dem Versicherer alle weiteren sachdienlichen Auskünfte zu erteilen

3.7. den behandelnden Arzt oder die behandelnde Krankenanstalt sowie diejenigen Ärzte oder Krankenanstalten, von denen der Versicherte aus anderen Anlässen behandelt oder untersucht worden ist, zu ermächtigen und aufzufordern, die vom Versicherer verlangten Auskünfte zu erteilen und Berichte zu liefern; ist der Unfall einem Sozialversicherer gemeldet, so auch diesen im vorstehenden Sinne zu ermächtigen

3.8. die mit dem Unfall befassten Behörden zu ermächtigen und zu veranlassen, die vom Versicherer verlangten Auskünfte zu erteilen

3.9. sich auf Verlangen des Versicherers durch die von diesem bezeichneten Ärzte untersuchen zu lassen

3.10. im Falle der Versicherung von Unfallkosten (siehe Art. 10) dem Versicherer die Originalbelege zu überlassen.

(4) Leistungsfreiheit tritt 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

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

ARTIKEL 13

WAS GILT FÜR DIE SACHLICHE BEGRENZUNG DES VERSICHERUNGSSCHUTZES?

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

(2) Bei der Bemessung des Invaliditätsgrades wird ein Abzug in Höhe einer Vorinvalidität vorgenommen, wenn durch den Unfall eine körperliche oder geistige Funktion betroffen ist, die schon vorher beeinträchtigt war. Eine Vorinvalidität wird nach Artikel 7 Pkt. 6. bemessen.

(3) Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch ein Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, 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 insbesondere auch, wenn die Gesundheitsschädigung durch einen abnutzungsbedingten Einfluss mit Krankheitswert, wie beispielsweise Arthrose, mitverursacht worden ist.

(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, Psychosen, Psychoneurosen) und sonstige psychische Reaktionen gelten nicht als Unfallfolgen.

(5) Für Bandscheibenhernien wird eine Leistung nur erbracht, wenn sie durch direkte mechanische oder chemische Einwirkung auf die Wirbelsäule entstanden sind, und es sich nicht um eine Verschlimmerung von vor dem Unfall bestehenden Krankheitserscheinungen handelt oder wenn als Unfallgeschehen eine Kombination von maximalem Dreh-, Dehn- oder Stauchmechanismus vorliegt und die Verletzung als "neu" durch entsprechende bildgebende Verfahren (wie MRT) dokumentiert ist.

(6) Für Bauch- und Unterleibsbrüche jeder Art wird eine Leistung nur erbracht, wenn sie durch eine von außen kommende mechanische oder chemische Einwirkung direkt herbeigeführt worden sind und nicht anlagebedingt waren.

(7) Bei Blutungen aus inneren Organen und bei Gehirnblutungen wird eine Leistung nur erbracht, wenn für diese Schäden die Ursache ein Versicherungsfall, nicht aber eine innere Erkrankung oder ein Gebrechen gewesen ist.

(8) Ist bei Benützung eines Kraftfahrzeuges das Anlegen eines Sicherheitsgurtes gesetzlich oder behördlich vorgeschrieben und wurde seitens des Versicherten dieser für ihn geltenden Verpflichtung im Unfallszeitpunkt nicht entsprochen, reduzieren sich sämtliche zu erbringende Versicherungsleistungen um 25%.

(9) Ist bei Verwendung eines Fahrzeuges das Tragen eines Sturzhelmes gesetzlich oder behördlich vorgeschrieben und wurde seitens des Versicherten dieser für ihn geltenden Verpflichtung im Unfallszeitpunkt nicht entsprochen, reduzieren sich bei Kopf und Halswirbelverletzungen, sämtliche für diese Verletzungen und deren Folgen zu erbringende Versicherungsleistungen um 25%.

ARTIKEL 14

WER KANN NACH EINTRITT DES VERSICHERUNGSFALLES KÜNDIGEN?

(1) Nach Eintritt des Versicherungsfalles kann der Versicherungsnehmer kündigen, wenn der Versicherer einen gerechtfertigten Anspruch auf die Versicherungsleistung ablehnt oder seine Anerkennung verzögert.

(2) In diesen Fällen ist die Kündigung vorzunehmen innerhalb eines Monats

- 2.1. nach Ablehnung des gerechtfertigten Anspruches auf die Versicherungsleistung

- 2.2. nach Rechtskraft des Urteiles im Falle eines Rechtsstreites vor Gericht

- 2.3. nach Zustellung der Entscheidung der Ärztekommision (Artikel 16)

- 2.4. nach Fälligkeit der Versicherungsleistung (Artikel 17)
Die Kündigung kann mit sofortiger Wirkung oder zum Ende der laufenden Versicherungsperiode erfolgen.

(3) Nach Eintritt des Versicherungsfalles kann der Versicherer kündigen, wenn er den Anspruch auf die Versicherungsleistung dem Grunde nach anerkannt oder die Versicherungsleistung erbracht hat, oder wenn der Versicherungsnehmer einen Anspruch auf Versicherungsleistung arglistig erhoben hat.

Die Kündigung ist vorzunehmen innerhalb eines Monats:

- 3.1. nach Anerkennung dem Grunde nach

- 3.2. nach erbrachter Versicherungsleistung

- 3.3. nach Ablehnung des arglistig erhobenen Anspruches auf Versicherungsleistung.

Die Kündigung kann nur unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist erfolgen. Falls der Versicherungsnehmer einen Anspruch arglistig erhoben hat, kann der Versicherer mit sofortiger Wirkung kündigen.

ARTIKEL 15

WAS GILT BEI WEGFALL DES VERSICHERTEN RISIKOS ODER VERÄUßERUNG DES VERSICHERTEN FAHRZEUGES?

(1) Bei Wegfall des versicherten Risikos gilt § 68 VersVG, bei Veräußerung des versicherten Fahrzeuges gelten die §§ 69 ff VersVG.

(2) Dem Versicherer gebührt jeweils die Prämie für die bis zur Vertragsauflösung verstrichene Vertragslaufzeit.

ARTIKEL 16

VERFAHREN BEI MEINUNGSVERSCHIEDENHEITEN (ÄRZTEKOMMISSION)

(1) Im Fall von Meinungsverschiedenheiten über Art und Umfang der Unfallfolgen oder darüber, in welchem Umfang die eingetretene Beeinträchtigung auf den Versicherungsfall zurückzuführen ist, entscheidet die Ärztekommision. Auch über die Beeinflussung der Unfallfolgen durch Krankheiten oder Gebrechen entscheidet die Ärztekommision.

(2) Ist der Versicherungsnehmer mit der Erklärung des Versicherers, ob und in welcher Höhe er eine Leistungspflicht anerkennt, nicht einverstanden, kann er in den nach Pkt. 1. der Ärztekommision zur Entscheidung vorbehaltenen Meinungsverschiedenheiten innerhalb von 6 Monaten nach Zugang der Erklärung unter Bekanntgabe seiner Forderung Widerspruch erheben und die Entscheidung der Ärztekommision beantragen.

(3) Das Recht, die Entscheidung der Ärztekommision zu beantragen, steht auch dem Versicherer zu.

(4) Für die Ärztekommision bestimmen der Anspruchsberechtigte und der Versicherer je einen in der österreichischen Ärzteliste eingetragenen Arzt mit ius practicandi (Recht zur Berufsausübung). Wenn eine der beiden Parteien innerhalb von zwei Wochen nach 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.

(5) Der Versicherte ist verpflichtet, sich von den Ärzten der Kommission untersuchen zu lassen und sich jenen Maßnahmen zu unterziehen, die diese Kommission für notwendig hält.

(6) Die Ärztekommision hat über ihre Tätigkeit ein Protokoll zu führen; in diesem ist die Entscheidung schriftlich zu begründen. Einigen sich die Ärzte nicht, hat jeder Arzt seine Auffassung im Protokoll gesondert darzustellen. Ist eine Entscheidung durch den Obmann erforderlich, begründet auch er sie in einem Protokoll. Die Akte des Verfahrens werden vom Versicherer verwahrt.

(7) Die Entscheidung der Ärztekommision ist dann nicht verbindlich, wenn sie offenbar von der wirklichen Sachlage erheblich abweicht. Die Feststellung erfolgt in diesem Fall durch gerichtliches Urteil. Das Gleiche gilt, wenn die Sachverständigen die Feststellung nicht treffen können oder wollen oder sie verzögern.

(8) Die Kosten der Ärztekommision werden von ihr festgesetzt und sind im Verhältnis des Obsiegens der beiden Parteien zu tragen.

Der Anteil der Kosten, den der Anspruchsberechtigte zu tragen hat, ist mit 5% der für Tod und Invalidität zusammen versicherten Summe, höchstens jedoch mit 50% des strittigen Betrages, begrenzt.

ARTIKEL 17

INNERHALB WELCHER FRIST MUSS DER VERSICHERER DIE LEISTUNGSPFLICHT ANERKENNEN ODER ABLEHNEN? (ERKLÄRUNG ÜBER DIE VERSICHERUNGSLEISTUNG)

(1) Die Versicherungsleistung wird nach Abschluss der für ihre Feststellung notwendigen Erhebungen fällig.

(2) Der Versicherer ist verpflichtet,

2.1. bei Ansprüchen auf Leistung für Todesfall, Spitalgeld oder Unfallkosten innerhalb eines Monats,

2.2. bei Ansprüchen auf Leistung für dauernde Invalidität innerhalb dreier Monate zu erklären, ob und inwieweit er eine Leistungspflicht anerkennt.

(3) Die Fristen beginnen mit dem Eingang der Unterlagen, die der Anspruchserhebende zur Feststellung des Unfallsherganges und der Unfallfolgen und über den Abschluss des Heilverfahrens beizubringen hat.

(4) Im Fall von Meinungsverschiedenheiten über Art und Umfang der Unfallfolgen oder darüber, in welchem Umfang die eingetretene Beeinträchtigung auf den Versicherungsfall zurückzuführen ist, ferner die Beeinflussung der Unfallfolgen durch Krankheit oder Gebrechen, entscheidet das Meinungsverschiedenheitsverfahren (Artikel 16)

(5) Die Fälligkeit der Leistung des Versicherers tritt jedoch unabhängig davon ein, wenn der Versicherungsnehmer nach Ablauf zweier Monate seit dem Begehren einer Geldleistung eine Erklärung des Versicherers verlangt, aus welchen Gründen die Erhebungen noch nicht beendet werden konnten, und der Versicherer diesem Verlangen nicht binnen eines Monats entspricht.

(6) Steht die Leistungspflicht des Versicherers fest, lässt sich aber aus Gründen, die der Versicherungsnehmer nicht zu vertreten hat, die Höhe der Versicherungsleistung innerhalb eines Monats nach Eingang der Schadenanzeige nicht feststellen, hat der Versicherer auf Verlangen des Versicherungsnehmers angemessene Vorschüsse zu leisten.

(7) Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Beendigung der Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers gehindert ist.

(8) Für die Verjährung und Klagefrist gilt § 12 VersVG.

ARTIKEL 18

WER HAT DIE PFLICHTEN AUS DEM VERSICHERUNGSVERTRAG ZU ERFÜLLEN? (RECHTSSTELLUNG DER AM VERTRAG BETEILIGTEN PERSONEN)

(1) Die Unfallversicherung kann gegen Unfälle, die dem Fahrzeuglenker zustoßen (Lenkerunfallversicherung) oder gegen Unfälle, die dem Fahrzeuglenker oder einem Anderen zustoßen (Fahrzeuginsassenunfallversicherung) genommen werden.

(2) Eine Versicherung gegen Unfälle, die einem Anderen (Fahrzeuginsassen) 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 dem Versicherungsnehmer zusteht.

(3) Wird eine Versicherung gegen Unfälle, die einem anderen zustoßen, vom Versicherungsnehmer 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 dem Versicherungsnehmer zu, so kann dieser den anderen bei der Erteilung der Zustimmung nicht vertreten.

(4) Alle für den Versicherungsnehmer getroffenen Bestimmungen gelten sinngemäß auch für den Fahrzeuglenker und jene Personen, die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag geltend machen.

(5) Diese Personen sind neben dem Versicherungsnehmer für die Erfüllung der Obliegenheiten, der Schadenminderungs- und Rettungspflicht verantwortlich.

(6) Darüber hinaus wird bestimmt, dass namentlich gegen Unfälle versicherte Personen ihre Versicherungsansprüche selbständig geltend machen können.

ARTIKEL 19**WANN UND UNTER WELCHEN VORAUSSETZUNGEN KÖNNEN DIE BEDINGUNGEN MIT WIRKSAMKEIT AUF BEREITS BESTEHENDE VERTRÄGE GEÄNDERT WERDEN?**

- (1) Der Versicherer ist berechtigt, dem Versicherungsnehmer eine Änderung der Bedingungen vorzuschlagen.
- (2) Die Änderung ist dem Versicherungsnehmer schriftlich mitzuteilen und gilt als genehmigt, sofern der Versicherungsnehmer nicht bis zum Ablauf des Monats, der dem Zugang der Mitteilung folgt, schriftlich widerspricht.
- (3) In der Mitteilung hat der Versicherer den Versicherungsnehmer auf das Widerspruchsrecht, die Widerspruchsfrist und die Rechtsfolgen eines unterlassenen Widerspruchs besonders hinzuweisen.
- (4) Die Änderung der Bedingungen wird mit dem in der Mitteilung genannten Zeitpunkt wirksam, frühestens jedoch mit dem Ablauf der Widerspruchsfrist.

ARTIKEL 20**WANN KÖNNEN VERSICHERUNGS-ANSPRÜCHE ABGETRETEN ODER VERPFÄNDET WERDEN?**

Versicherungsansprüche dürfen vor ihrer endgültigen Feststellung ohne ausdrückliche Zustimmung des Versicherers weder abgetreten noch verpfändet werden; dies gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer Unternehmer ist.

ARTIKEL 21**WO KÖNNEN ANSPRÜCHE AUS DEM VERSICHERUNGSVERTRAG GERICHTLICH GELTEND GEMACHT WERDEN? (GERICHTSSTAND)**

Der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen, die zur selbständigen Geltendmachung von Ansprüchen aus dem Versicherungsvertrag berechtigt sind, können diese auch bei Gerichten geltend machen, in deren Sprengel sie ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt oder Sitz im Inland haben

ARTIKEL 22**IN WELCHER FORM SIND ERKLÄRUNGEN ABZUGEBEN?**

- (1) Für alle Anzeigen, Erklärungen, Informationen und Mitteilungen des Versicherungsnehmers, versicherter Personen oder sonstiger Dritter an den Versicherer ist die geschriebene Form erforderlich, sofern nicht die Schriftform ausdrücklich und mit gesonderter Erklärung vereinbart wurde.
- (2) Der geschriebenen Form wird durch einen Text in Schriftzeichen, aus dem die Person des Erklärenden hervorgeht (z.B. Telefax oder E-Mail) entsprochen.
- (3) Schriftform bedeutet, dass dem Erklärungsempfänger das Original der Erklärung mit eigenhändiger Unterschrift des Erklärenden zugehen muss. Die qualifizierte elektronische Signatur gemäss §4 Signaturgesetz ist der eigenhändigen Unterschrift nicht gleichgestellt.
- (4) Der Versicherungsnehmer hat einen Wechsel seiner Anschrift dem Versicherer bekanntzugeben. Eine rechtlich bedeutsame Erklärung gilt auch dann als zugegangen, wenn der Versicherungsnehmer seiner Verpflichtung zur Bekanntgabe des Anschriftwechsels nicht nachkommt

und der Versicherer die Erklärung an die zuletzt bekanntgegebene Anschrift des Versicherungsnehmers sendet. Dazu genügt ein nicht eingeschriebener Brief.

- (5) Rücktrittserklärungen nach den §§ 3 und 3a KSchG sind an keine bestimmte Form gebunden.

ARTIKEL 23**WELCHES RECHT IST ANZUNEHMEN?**

Es gilt österreichisches Recht.

Diese Versicherungsbedingungen sind ab 10.04.2017 gültig.

ANHANG**AUSZUG AUS VERSICHERUNGSVERTRAGSGESETZ (VERS VG)****§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 der fahrlässigen Verletzung einer vereinbarten Obliegenheit Rechte nur ableiten, wenn dem Versicherungsnehmer vorher die Versicherungsbedingungen oder eine andere Urkunde zugegangen sind, 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 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 in geschriebener Form übermittelten 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.

§16

(1) Der Versicherungsnehmer hat beim Abschluß des Vertrages alle ihm bekannten Umstände, die für die Übernahme der Gefahr erheblich sind, dem Versicherer anzuzeigen. Erheblich sind jene Gefahrumstände, die geeignet sind, auf den Entschluß des Versicherers, den Vertrag überhaupt oder zu den vereinbarten Bestimmungen abzuschließen, einen Einfluß auszuüben. Ein Umstand, nach welchem der Versicherer ausdrücklich und in geschriebener Form gefragt hat, gilt im Zweifel als erheblich.

(2) Ist dieser Vorschrift zuwider die Anzeige eines erheblichen Umstandes unterblieben, so kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten. Das gleiche gilt, wenn die Anzeige eines erheblichen Umstandes deshalb unterblieben ist, weil sich der Versicherungsnehmer der Kenntnis des Umstandes arglistig entzogen hat.

(3) Der Rücktritt ist ausgeschlossen, wenn der Versicherer den nicht angezeigten Umstand kannte. Er ist auch ausgeschlossen, wenn die Anzeige ohne Verschulden des Versicherungsnehmers unterblieben ist; hat jedoch der Versicherungsnehmer einen Umstand nicht angezeigt, nach dem der Versicherer nicht ausdrücklich und genau umschrieben gefragt hat, so kann dieser vom Vertrag nur dann zurücktreten, wenn die Anzeige vorsätzlich oder grob fahrlässig unterblieben ist.

§17

(1) Der Versicherer kann vom Vertrag auch dann zurücktreten, wenn über einen erheblich Umstand eine unrichtige Anzeige gemacht worden ist.

(2) Der Rücktritt ist ausgeschlossen, wenn die Unrichtigkeit dem Versicherer bekannt war oder die Anzeige ohne Verschulden des Versicherungsnehmers unrichtig gemacht worden ist.

§18

Hatte der Versicherungsnehmer die Gefahrumstände an Hand von vom Versicherer in geschriebener Form gestellter Fragen anzuzeigen, so kann der Versicherer wegen unterbliebener Anzeige eines Umstandes, nach dem nicht ausdrücklich und genau umschrieben gefragt worden ist, nur im Falle arglistiger Verschweigung zurücktreten.

§19

Wird der Vertrag von einem Bevollmächtigten oder von einem Vertreter ohne Vertretungsmacht abgeschlossen, so kommt für das Rücktrittsrecht des Versicherers nicht nur die Kenntnis und die Arglist des Vertreters, sondern auch die Kenntnis und die Arglist des Versicherungsnehmers in Betracht. Der Versicherungsnehmer kann sich darauf, daß die Anzeige eines erheblichen Umstandes ohne Verschulden unterblieben oder unrichtig gemacht ist, nur berufen, wenn weder dem Vertreter noch ihm selbst ein Verschulden zur Last fällt.

§20

(1) Der Rücktritt ist nur innerhalb eines Monats zulässig. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, in welchem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erlangt.

(2) Der Rücktritt ist gegenüber dem Versicherungsnehmer zu erklären. Im Falle des Rücktrittes sind, soweit dieses Bundesgesetz nicht in Ansehung der Prämie etwas anderes bestimmt, beide Teile verpflichtet, einander die empfangenen Leistungen zurückzugewähren; eine Geldsumme ist von dem Zeitpunkt des Empfanges an zu verzinsen.

§21

Tritt der Versicherer zurück, nachdem der Versicherungsfall eingetreten ist, so bleibt seine Verpflichtung zur Leistung gleichwohl bestehen, wenn der Umstand, in Ansehung dessen die Anzeigepflicht verletzt ist, keinen Einfluß auf den Eintritt des Versicherungsfalls oder soweit er keinen Einfluß auf den Umfang der Leistung des Versicherers gehabt hat.

§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 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 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.

§31

(1) Liegen die Voraussetzungen, unter denen der Versicherer nach den Vorschriften dieses Kapitels zum Rücktritt oder zur Kündigung berechtigt ist, nur für einen Teil der Gegenstände oder Personen vor, auf die sich die Versicherung bezieht, so steht dem Versicherer das Recht des Rücktrittes oder der Kündigung für den übrigen Teil nur zu, wenn anzunehmen ist, daß für diesen allein der Versicherer den Vertrag unter den gleichen Bestimmungen nicht geschlossen hätte.

(2) Macht der Versicherer von dem Recht des Rücktrittes oder der Kündigung für einen Teil der Gegenstände oder Personen Gebrauch, so ist der Versicherungsnehmer berechtigt, das Versicherungsverhältnis für den übrigen Teil zu kündigen; die Kündigung kann jedoch nicht für einen

späteren Zeitpunkt als den Schluß der Versicherungsperiode erklärt werden, in welcher der Rücktritt des Versicherers oder seine Kündigung wirksam wird.

(3) Liegen die Voraussetzungen, unter denen der Versicherer wegen einer Verletzung der Vorschriften über die Erhöhung der Gefahr von der Verpflichtung zur Leistung frei ist, für einen Teil der Gegenstände oder Personen vor, auf die sich die Versicherung bezieht, so ist die Vorschrift des Abs. 1 auf die Befreiung entsprechend anzuwenden.

§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 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 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.

§39A

(1) Ist der Versicherungsnehmer bloß mit nicht mehr als 10 vH der Jahresprämie, höchstens aber mit 60 Euro im Verzug, so tritt eine im §38 oder §39 vorgesehene Leistungsfreiheit des Versicherers nicht ein.

§64

(2) Die von dem oder den Sachverständigen getroffene Feststellung ist nicht verbindlich, wenn sie offenbar von der wirklichen Sachlage erheblich abweicht. Die Feststellung erfolgt in diesem Fall durch Urteil. Das gleiche gilt, wenn die Sachverständigen die Feststellung nicht treffen können oder wollen oder sie verzögern.

§68

(1) Besteht das versicherte Interesse beim Beginn der Versicherung nicht oder gelangt, falls die Versicherung für ein künftiges Unternehmen oder sonst für ein künftiges Interesse genommen ist, das Interesse nicht zur Entstehung, so ist der Versicherungsnehmer von der Verpflichtung zur Zahlung der Prämie frei; der Versicherer kann eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

(2) Fällt das versicherte Interesse nach dem Beginn der Versicherung weg, so gebührt dem Versicherer die Prämie, die er hätte erheben können, wenn die Versicherung nur bis zu dem Zeitpunkt beantragt worden wäre, in welchem der Versicherer vom Wegfall des Interesses Kenntnis erlangt.

(3) Fällt das versicherte Interesse nach dem Beginn der Versicherung durch ein Kriegsereignis oder durch eine behördliche Maßnahme aus Anlaß eines Krieges weg oder ist der Wegfall des Interesses die unvermeidliche Folge eines Krieges, so gebührt dem Versicherer nur der Teil der Prämie, welcher der Dauer der Gefahrtragung entspricht.

(4) In den Fällen der Abs. 2 und 3 sind die dem Versicherungsnehmer zurückzuerstattenden Prämienteile erst nach Kriegsende zu zahlen.

§69

(1) Wird die versicherte Sache vom Versicherungsnehmer veräußert, so tritt an Stelle des Veräußerers der Erwerber in die während der Dauer seines Eigentums aus dem Versicherungsverhältnis sich ergebenden Rechte und Pflichten des Versicherungsnehmers ein.

(2) Für die Prämie, welche auf die zur Zeit des Eintritts laufende Versicherungsperiode entfällt, haften der Veräußerer und der Erwerber zur ungeteilten Hand.

(3) Der Versicherer hat die Veräußerung in Ansehung der durch das Versicherungsverhältnis gegen ihn begründeten Forderungen erst dann gegen sich gelten zu lassen, wenn er von ihr Kenntnis erlangt; die Vorschriften der §§1394 bis 1396 des Allgemeinen bürgerlichen Gesetzbuches sind entsprechend anzuwenden.

§70

(1) Der Versicherer ist berechtigt, dem Erwerber das Versicherungsverhältnis unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zu kündigen. Das Kündigungsrecht erlischt, wenn der Versicherer es nicht innerhalb eines Monats von dem Zeitpunkt an ausübt, in welchem er von der Veräußerung Kenntnis erlangt hat.

(2) Der Erwerber ist berechtigt, das Versicherungsverhältnis zu kündigen; die Kündigung kann nur mit sofortiger Wirkung oder auf den Schluß der laufenden Versicherungsperiode erfolgen. Das Kündigungsrecht erlischt, wenn es nicht innerhalb eines Monats nach dem Erwerb ausgeübt wird; hatte der Erwerber von der Versicherung keine Kenntnis, so bleibt das Kündigungsrecht bis zum Ablauf eines Monats von dem Zeitpunkt an bestehen, in welchem der Erwerber von der Versicherung Kenntnis erlangt hat.

(3) Wird das Versicherungsverhältnis auf Grund dieser Vorschriften gekündigt, so hat der Veräußerer dem Versicherer die Prämie zu zahlen; der Erwerber haftet in diesen Fällen für die Prämie nicht.

§71

(1) Die Veräußerung ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen. Wird die Anzeige weder vom Erwerber noch vom Veräußerer unverzüglich erstattet, 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 zur Leistung bleibt bestehen, wenn ihm die Veräußerung in dem Zeitpunkt bekannt war, in welchem ihm die Anzeige hätte zugehen müssen, oder wenn die Anzeige nicht vorsätzlich unterlassen worden ist und die Veräußerung keinen Einfluß auf den Eintritt des Versicherungsfalles oder soweit sie keinen Einfluß auf den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung gehabt hat. Das gleiche gilt, wenn zur Zeit des Eintrittes des Versicherungsfalles die Frist für die Kündigung des Versicherers abgelaufen und eine Kündigung nicht erfolgt ist.

§75

(1) Bei der Versicherung für fremde Rechnung stehen die Rechte aus dem Versicherungsvertrag dem Versicherten zu. Die Übermittlung 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

(1) Der Versicherungsnehmer ist nicht verpflichtet, dem Versicherten oder, falls über das Vermögen des Versicherten ein Insolvenzverfahren eröffnet ist, dem Insolvenzverwalter beziehungsweise dem Treuhänder der Gläubiger 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

(1) 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.



EUROHERC VERSICHERUNG AG
ZWEIGNIEDERLASSUNG ÖSTERREICH
1030 WIEN|SCHWARZENBERGPLATZ 6
www.euroherc.at