

# Allgemeine Bedingungen der Grazer Wechselseitigen Versicherung AG für die Kraftfahrzeuginsassen-Unfallversicherung (AKUB 2024)

## Artikel 1

### Welche Versicherungsarten sind möglich? Für wen gilt die Versicherung?

- Die Versicherung kann abgeschlossen werden
  - nach dem Pauschalsystem

Die vereinbarte Pauschalversicherungssumme gilt für das im Vertrag bezeichnete Fahrzeug.

Die auf die einzelne versicherte Person entfallende Versicherungssumme errechnet sich aus der Teilung der Pauschalversicherungssumme durch die Anzahl der im Unfallzeitpunkt versicherten Personen.
  - nach dem Platzsystem

Die vereinbarte Versicherungssumme gilt für jeden einzelnen kraftfahrrechtlich genehmigten Platz des im Vertrag bezeichneten Fahrzeuges.

Sind im Unfallzeitpunkt mehr Personen versichert, als Plätze kraftfahrrechtlich genehmigt sind, oder mehr Plätze vorhanden als im Versicherungsantrag angegeben, wird die Versicherungsleistung für die einzelne Person entsprechend vermindert.
  - für namentlich bezeichnete Personen unabhängig von einem bestimmten Fahrzeug.
- 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 Art.2, Pkt.1 tätig werden.

## Artikel 2

### Was ist versichert? (Umfang der Versicherung)

- Gegenstand der Versicherung

Die Versicherung bezieht sich auf Unfälle (Art.2, Pkt.2) 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.
- Unfallbegriff
  - Unfall ist ein vom Willenden Versicherten unabhängiges Ereignis, das plötzlich von außen mechanisch oder chemisch auf seinen Körper einwirkt und eine körperliche Schädigung oder den Tod nach sich zieht.
  - Als Unfall gelten auch folgende vom Willenden Versicherten unabhängige Ereignisse:
    - Ertrinken;
    - Verbrennungen, Verbrühungen, Einwirkungen von Blitzschlag oder elektrischem Strom;
    - Einatmen von Gasen oder Dämpfen, Einnehmen von giftigen oder ätzenden Stoffen, es sei denn, dass diese Einwirkungen allmählich erfolgen;
    - Verrenkungen von Gliedern sowie Zerrungen und Zerreißen von an Gliedmaßen und an der Wirbelsäule befindlichen Muskeln, Sehnen, Bändern und Kapseln sowie Meniskusverletzungen infolge plötzlicher Abweichung vom geplanten Bewegungsablauf. Hinsichtlich abnutzungsbedingter Einflüsse mit Krankheitswert findet Art.9, Punkte 1 und 2 Anwendung.
- Krankheiten gelten nicht als Unfälle, übertragbare Krankheiten auch nicht als Unfallsfolgen. Dies gilt nicht für Wundstarrkrampf, verursacht durch einen Unfall gemäß Pkt.2.

## Artikel 3

### Was gilt als Versicherungsfall?

Versicherungsfall ist der Eintritt eines Unfalles (Art.2).

## Artikel 4

### Wo gilt die Versicherung? (Örtlicher Geltungsbereich)

- Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Europa im geographischen Sinn, jedenfalls aber auf das Gebiet jener Staaten, die das Übereinkommen zwischen den nationalen Versicherungsbüros der Mitgliedsstaaten des Europäischen Wirtschaftsraums und anderen assoziierten Staaten vom 30. Mai 2002, Abl. Nr. L 192 vom 31. Juli 2003, S. 23 unterzeichnet haben.
- 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 5

Was gilt als Versicherungsperiode und Hauptfälligkeit, wann gilt die Versicherung, was gilt bei einer gebündelten Polizza, wann ist die Prämie zu bezahlen, wann beginnt der Versicherungsschutz im Allgemeinen, was gilt bei einer vorläufigen Deckung, was gilt bei Zahlungsverzug, welche Kosten, Spesen, Verzugszinsen und Geschäftsgebühren werden verrechnet?

- Als Versicherungsperiode gilt, wenn der Versicherungsvertrag nicht für kürzere Zeit abgeschlossen ist, der Zeitraum eines Jahres, gerechnet vom Tag des Hauptfälligkeitstermines an. Dies gilt auch dann, wenn die Jahresprämie vertragsgemäß in Teilbeträgen zu entrichten ist.

Der Hauptfälligkeitstermin ist jeweils der Erste jenes Monats, in dem die in der Polizza ausgewiesene Versicherungsdauer endet.
- Die einzelnen Sparten einer Bündelversicherung stellen rechtlich selbständige Verträge dar.
- Der Versicherungsnehmer hat die erste oder einmalige Prämie einschließlich der Nebengebühren gegen Aushändigung der Polizza, Folgeprämien einschließlich Nebengebühren an den in der Polizza festgesetzten Zahlungsterminen zu entrichten.
- Versichert sind Unfälle, die während der Wirksamkeit des Versicherungsschutzes (Laufzeit des Versicherungsvertrages unter Beachtung der §§ 38 ff VersVG) eintreten.

Der Versicherungsschutz beginnt nicht vor dem in der Polizza festgesetzten Zeitpunkt. Wird der Versicherungsnehmer zur Bezahlung der ersten oder einmaligen Prämie erst nach diesem Zeitpunkt aufgefordert und die Prämie dann binnen 14 Tagen ab Erhalt dieser Aufforderung bezahlt, beginnt der Versicherungsschutz zu dem in der Polizza festgesetzten Zeitpunkt.

- Soll der Versicherungsschutz jedenfalls unabhängig vom Zustandekommen eines endgültigen Versicherungsvertrages gewährt werden (vorläufige Deckung), so ist die ausdrückliche Zusage der vorläufigen Deckung durch den Versicherer erforderlich.

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

Nimmt der Versicherer den Antrag auf einen endgültigen Versicherungsvertrag an, wird der Versicherungsnehmer zur Bezahlung der ersten oder einmaligen Prämie dieses Versicherungsvertrages innerhalb einer Frist von vierzehn Tagen aufgefordert. Mit der Bezahlung dieser Prämie endet die vorläufige Deckung. Ist diese Prämie jedoch bis zum Ablauf der Frist schuldhaft nicht bezahlt worden, so erlischt zu diesem Zeitpunkt die vorläufige Deckung und damit auch der Versicherungsschutz.

- Zahlungsverzug kann zur Leistungsfreiheit des Versicherers führen. Die Voraussetzungen, Begrenzungen und Rechtsfolgen der Leistungsfreiheit sind gesetzlich geregelt (siehe §§ 38, 39 und 39a VersVG).

Bei Zahlungsrückständen werden die beim Versicherer einlangenden Zahlungen vorrangig auf aushaftende Zinsen und Kosten (unabhängig davon, ob es sich um Zinsen und Kosten aus älteren oder jüngeren Prämienfälligkeiten handelt), dann jeweils auf die ältesten, bereits fälligen Prämienforderungen angerechnet.

Bei Bündelversicherungen wird der aushaftende Betrag im Verhältnis der für die einzelnen Sparten vereinbarten Prämien auf die einzelnen Verträge aufgeteilt.

Im Fall des Zahlungsverzuges wird der Versicherer die aushaftenden Beträge in angemessener und branchenüblicher Weise zunächst außergerichtlich beim Versicherungsnehmer einmahnen. Der Versicherungsnehmer hat die dadurch verursachten Mehraufwendungen, die als Mahnspesen verrechnet werden, dem Versicherer zu ersetzen.

Außerdem werden die aushaftenden Beträge, unabhängig von den sonstigen Folgen der Nichtzahlung, vom Fälligkeitstag an bis zur vollständigen Erfüllung der Zahlungsverpflichtung mit einem Zinssatz von 0,8 % je Monat verzinst.

- Wird der Versicherungsvertrag während der Versicherungsperiode oder sonst vorzeitig aufgelöst, so gebührt dem Versicherer die Prämie für die bis dahin verstrichene Vertragslaufzeit, soweit nicht Sonderbestimmungen anderes vorsehen.

Wird der Vertrag aus Verschulden des Versicherungsnehmers oder sonst aus Gründen, die in der Sphäre des Versicherungsnehmers liegen, vorzeitig beendet, so ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, dem Versicherer eine angemessene Geschäftsgebühr zu erstatten. Die Geschäftsgebühr beträgt 30 % der jeweiligen Jahresprämie, mindestens EUR 35,--, höchstens EUR 350,--.

## Artikel 6

### Welche Leistung erbringt der Versicherer?

Die Versicherung kann genommen werden für

- den Todesfall (Pkt.1)
- dauernde Invalidität (Pkt.2)
- Taggeld (Pkt.3)
- Heilkosten und Rückholkosten (Pkt.4)

Aus der Polizze ist ersichtlich, was versichert ist und welche Versicherungssummen vereinbart sind.

#### 1. Todesfall

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

1.2. Auf die Todesfalleistung werden nur Zahlungen, die für eine dauernde Invalidität aus demselben Ereignis geleistet worden sind, angerechnet. Einen Mehrbetrag an Leistung für eine dauernde Invalidität kann der Versicherer nicht zurückverlangen.

1.3. Für Personen vor Vollendung des 15. Lebensjahres werden im Rahmen der Versicherungssumme nur die aufgewendeten angemessenen Begräbniskosten ersetzt. Bei einer Versicherung nach dem Pauschalsystem wird der auf andere Personen entfallende Teilbetrag aus der versicherten Todesfallsumme um den durch diese Begrenzung freiwerdenden Betrag verhältnismäßig erhöht.

#### 2. Dauernde Invalidität

2.1. Voraussetzung für die Leistung ist, dass die versicherte Person durch den Unfall auf Lebenszeit in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt ist.

Die Invalidität ist innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten. Sie ist unter Vorlage eines ärztlichen Befundberichtes, aus dem Art und Umfang der Gesundheitsschädigung und die Möglichkeit einer auf Lebenszeit dauernden Invalidität hervorgeht, innerhalb von 4 Jahren vom Unfalltag an beim Versicherer geltend gemacht worden.

Erfolgt die Geltendmachung nicht innerhalb dieser Frist, so verfällt der Leistungsanspruch.

2.2. Steht der Grad der dauernden Invalidität nicht eindeutig fest, sind sowohl der Versicherte als auch der Versicherer berechtigt, den Invaliditätsgrad jährlich bis zu vier Jahre ab dem Unfalltag ärztlich neu bemessen zu lassen, und zwar ab zwei Jahren nach dem Unfalltag durch die Ärztekommision (Art.12).

Stirbt der Versicherte

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

- 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;

- 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.

2.3. Für die Bemessung des Invaliditätsgrades gilt folgende Bestimmung:

|  |       |
|--|-------|
| bei völligem Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit  |       |
| 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 .....   | 35 %  |
| - sofern die Sehkraft des anderen Auges vor Eintritt des Versicherungsfalles bereits verloren war.....   | 65 %  |
| des Gehörs beider Ohren .....  | 60 %  |
| des Gehörs eines Ohres.....  | 15 %  |
| - sofern jedoch das Gehör des anderen Ohres vor Eintritt des Versicherungsfalles bereits verloren war.....   | 45 %  |
| des Geruchsinnens.....   | 10 %  |
| des Geschmacksinnens.....  | 5 %   |
| der Milz.....  | 10 %  |
| der Niere .....  | 20 %  |
| - war die zweite Niere bereits vor dem Unfall beeinträchtigt oder sind beide Nieren als Unfallfolge beeinträchtigt, ist für die Bemessung der dauernden Invalidität Art.6, Pkt.2.4 anzuwenden. |       |

2.3.1. Bei teilweisem Verlust oder teilweiser Funktionsunfähigkeit der vorgenannten Körperteile oder Organe werden die Sätze des Pkt.2.3 anteilig angewendet.

2.3.2. Mehrere sich aus den Punkten 2.3 und 2.4 ergebende Prozentsätze werden zusammengerechnet. Der Invaliditätsgrad kann jedoch nie mehr als 100 % betragen.

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

2.5. Im ersten Jahr nach dem Unfall wird eine Invaliditätsleistung nur erbracht, wenn Art und Umfang der Unfallfolgen aus ärztlicher Sicht eindeutig feststehen. Darüber hinaus ist im ersten Jahr diese Leistung mit der im Versicherungsvertrag vereinbarten Versicherungssumme für den Todesfall begrenzt.

2.6. Hatte der Versicherte am Unfalltag das 75. Lebensjahr bereits vollendet, tritt anstelle der Kapitalzahlung eine Rente, die nach der im Anhang beigedruckten Rententafel unter Zugrundelegung des vom Versicherten am Unfalltag vollendeten Lebensjahres zu bemessen ist.

Barwert dieser Rente ist jener Betrag, der bei einer 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 dem Ablauf des Kalendermonats, in dem der Versicherte stirbt.

#### 3. Taggeld

Taggeld wird bei einer dauernden oder vorübergehenden Invalidität für die Dauer der vollständigen Arbeitsunfähigkeit im Beruf oder in der Beschäftigung des Versicherten für längstens 365 Tage innerhalb von 4 Jahren ab dem Unfalltag bezahlt.

#### 4. Heilkosten und Rückholkosten

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

##### 4.1. Heilkosten

Heilkosten sind Kosten, die zur Behebung der Unfallfolgen aufgewendet wurden und nach ärztlicher Verordnung notwendig waren. Hierzu zählen auch die notwendigen Kosten des Verletzentransportes zur Erstbehandlung, des Aufenthaltes und der Verpflegung in einer Heilanstalt, der erstmaligen Anschaffung künstlicher Gliedmaßen und eines Zahnersatzes sowie anderer, nach ärztlichem Ermessen erforderlicher erstmaliger Anschaffungen.

Kosten für Bade- und Erholungsreisen und -aufenthalte, ferner der Reparatur oder Wiederbeschaffung eines Zahnersatzes, künstlicher Gliedmaßen oder sonstiger künstlicher Behelfe werden nicht ersetzt.

##### 4.2. Rückholkosten

Der Versicherer übernimmt 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 Fall eines tödlichen Unfalles werden vom Versicherer auch die Kosten der Überführung des Toten zu dessen letztem Wohnsitz in Österreich getragen. Die vorstehenden Leistungen sind für alle Insassen zusammen mit 5 % der für den Todesfall und die dauernde Invalidität versicherten Summen, höchstens mit EUR 4.000,- begrenzt.

#### 6. Sonstige Leistungen

Der Versicherer übernimmt die erforderlichen Kosten, die durch die Erfüllung der in Art.8, Punkte 3.6 und 3.8 bestimmten Obliegenheiten entstehen.

### Artikel 7

#### Was ist nicht versichert? (Risikoausschlüsse)

Kein Versicherungsschutz besteht für

1. Unfälle, die der Versicherte bei der Vorbereitung oder Begehung gerichtlich strafbarer Handlungen erleidet, für die Vorsatz Tatbestandsmerkmal ist;
2. Unfälle, die bei der Verwendung des Kraftfahrzeuges bei einer kraftfahrtsportlichen Veranstaltung, bei der es auf die Erzielung einer Höchstgeschwindigkeit ankommt, oder ihren Trainingsfahrten, entstehen;
3. Unfälle, die durch den Einfluss ionisierender Strahlen im Sinn des Strahlenschutzgesetzes vom 8. Juli 1969, BGBl. Nr. 227/1969, in der jeweils geltenden Fassung, verursacht werden, soweit nicht ein Versicherungsfall hierzu Anlass war;
4. Unfälle, die mit Aufruhr, inneren Unruhen, Kriegsereignissen und Erdbeben unmittelbar oder mittelbar zusammenhängen;
5. Unfälle bei Fahrten, die ohne Willen des über das Fahrzeug Verfügungsberechtigten vorbereitet, ausgeführt oder ausgedehnt werden;
6. Unfälle, die der Versicherte infolge eines ihn treffenden Herzinfarktes oder Schlaganfalles oder einer ihn treffenden Geistes- oder Bewusstseinsstörung (auch durch Alkohol- oder Suchtgifteinfluss) erleidet; ein Herzinfarkt gilt in keinem Fall als Unfallfolge;

7. Bandscheibenhernien, Bauch- oder Unterleibsbrüche jeder Art, Wasserbrüche und Unterschenkelgeschwüre als Unfallfolgen oder infolge einer Verschlimmerung von vor dem Unfall bestandenen Krankheitserscheinungen.

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

Für die angeführten Brüche und Unterschenkelgeschwüre wird eine Leistung nur erbracht, wenn sie durch eine von außen kommende mechanische Einwirkung direkt herbeigeführt worden sind und nicht anlagenbedingt waren.

#### Artikel 8

##### 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 gemäß den Voraussetzungen und Begrenzungen des § 6 VersVG (siehe Anlage) bewirkt, wird die Verpflichtung bestimmt, Vereinbarungen über die Verwendung des Fahrzeuges einzuhalten.
2. Als Obliegenheiten, die zum Zweck der Verminderung der Gefahr oder der Verhütung einer Erhöhung der Gefahr dem Versicherer gegenüber zu erfüllen sind und deren Verletzung im Zeitpunkt des Versicherungsfalles die Freiheit des Versicherers von der Verpflichtung zur Leistung gemäß den Voraussetzungen und Begrenzungen des § 6 VersVG (siehe Anlage) bewirkt, 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 Suchtgifte beeinträchtigten Zustand im Sinn der Straßenverkehrsvorschriften befindet;
  - 2.3. mit dem Fahrzeug Personen nur unter Einhaltung der betreffenden kraftfahrrechtlichen Vorschriften zu befördern.Die Verpflichtung zur Leistung bleibt in den Fällen der Punkte 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 gemäß den Voraussetzungen und Begrenzungen des § 6 VersVG (siehe Anlage) bewirkt, werden bestimmt,

- 3.1. dem Versicherer längstens innerhalb einer Woche ab Kenntnis
  - den Versicherungsfall unter möglichst genauer Angabe des Sachverhaltes sowie
  - die Einleitung eines damit im Zusammenhang stehenden verwaltungsbehördlichen oder gerichtlichen Verfahrensin geschriebener Form, sofern nicht die Schriftform vereinbart ist, mitzuteilen;
- 3.2. nach Möglichkeit zur Feststellung des Sachverhaltes beizutragen;
- 3.3. 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;
- 3.4. dass sich der Unfallgeschädigte auf Verlangen des Versicherers von den von diesem bezeichneten Ärzten sowie der Ärztekommision (Art. 12) untersuchen lässt.  
Im Fall der aufgeschobenen Feststellung des Grades der Invalidität (Art. 6, Pkt. 2.2) braucht diesem Verlangen nur von sechs zu sechs Monaten entsprochen zu werden.
- 3.5. dass ein Todesfall dem Versicherer binnen drei Tagen anzuzeigen ist, und zwar auch dann, wenn der Unfall bereits angemeldet ist;
- 3.6. dem Versicherer das Recht einzuräumen, die Leiche durch Ärzte zu besichtigen, nötigenfalls exhumieren und auch obduzieren zu lassen;
- 3.7. entfällt
- 3.8. dass der Versicherte als Lenker eines Kraftfahrzeuges seiner im Rahmen gesetzlicher Vorschriften bestehenden Pflicht nachkommt, seine Atemluft auf Alkohol untersuchen, sich einem Arzt vorführen, sich untersuchen oder Blut abnehmen zu lassen; weiters, sich gesetzlich vorgeschriebenen Untersuchungen bezüglich Suchtgiften, Drogen oder Medikamenten zu unterziehen;
- 3.9. nach Erhalt des Formulars für Unfallanzeigen dieses ohne Verzug dem Versicherer sorgfältig ausgefüllt zuzusenden; außerdem dem Versicherer alle weiter verlangten sachdienlichen Auskünfte zu erteilen.

#### Artikel 9

##### Wann wird die Versicherungsleistung nur eingeschränkt erbracht? (Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes)

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

Darüber hinaus bestehen folgende Einschränkungen:

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. 6, Pkt. 2.3 und Pkt. 2.4 bemessen.
2. Haben Krankheiten (auch Abnützungen mit Krankheitswert) 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 (auch Abnützungen mit Krankheitswert) oder des Gebrechens zu vermindern, sofern dieser Anteil mindestens 25 % beträgt.
3. Für organisch bedingte Störungen des Nervensystems wird eine Leistung nur erbracht, wenn und soweit diese Störung auf eine durch den Unfall verursachte organische Schädigung zurückzuführen ist.  
Seelische Fehlhaltungen (Neurosen, Psychoneurosen) gelten nicht als Unfallfolgen.
4. 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.
5. Wenn vor Eintritt des Unfalles der Versicherte schon durch eine Krankheit oder ein Gebrechen in seiner Arbeitsfähigkeit dauernd behindert war oder Körperteile oder Sinnesorgane ganz oder teilweise verloren oder gebrauchsunfähig gewesen sind, wird von der nach dem Unfall vorhandenen Gesamtinvalidität ein Abzug gemacht, der der schon vorher vorhanden gewesenen Invalidität entspricht. Für diese Bemessung werden die Grundsätze unter Art. 6, Punkte 2.3 und 2.4 angewendet.
6. Für die Folgen psychischer und nervöser Störungen, die im Anschluss an einen Unfall eintreten, wird eine Entschädigung nur geleistet, wenn und soweit diese Störungen auf eine durch den Unfall verursachte organische Erkrankung des Nervensystems oder eine durch den Unfall neu entstandene Epilepsie zurückzuführen sind.

#### Artikel 10

##### Innerhalb welcher Frist muss der Versicherer die Leistungspflicht anerkennen oder ablehnen? (Erklärung über die Versicherungsleistung)

Der Versicherer ist verpflichtet, bei Ansprüchen auf Heilkosten, Taggeld oder eine Todesfallleistung innerhalb eines Monats, bei Ansprüchen auf eine Leistung für eine dauernde Invalidität innerhalb dreier Monate zu erklären, ob und inwieweit er eine Leistungspflicht anerkennt. Die Fristen beginnen mit dem Eingang der Unterlagen, die der Anspruchserhebende zur Feststellung des Unfallherganges und der Unfallfolgen und über den Abschluss des Heilverfahrens beizubringen hat.

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 Krankheiten oder Gebrechen, entscheidet die Ärztekommision.

#### Artikel 11

##### Wann und unter welchen Voraussetzungen wird die Versicherungsleistung ausbezahlt und wann verjährt sie? (Fälligkeit und Verjährung der Versicherungsleistung)

1. Die Versicherungsleistung wird nach Abschluss der für ihre Feststellung notwendigen Erhebungen fällig. Unterbleibt die Vorlage der vom Versicherer zur Beurteilung der Leistungspflicht geforderten Unterlagen und Informationen wird der Entschädigungsanspruch nicht fällig, da die Leistungspflicht nicht beurteilt werden kann.
2. Die Fälligkeit der Leistung des Versicherers tritt jedoch unabhängig davon ein, wenn der Versicherungsnehmer nach Ablauf zweier Monate seit dem Begehren nach 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.
3. 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.

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

4. Für die Verjährung gilt § 12 VersVG.

## Artikel 12

### Aus welchen Gründen kann die Ärztekommision angerufen werden? Welchen Regeln unterliegt dieses Verfahren?

1. Im Fall von Meinungsverschiedenheiten über Art und Umfang der Unfallfolgen oder darüber, in welchem Umfang die eingetretene Beeinträchtigung auf den Versicherungsfall zurückzuführen ist, ferner über die Beeinflussung der Unfallfolgen durch Krankheit oder Gebrechen sowie im Fall des Art.6, Pkt.2.2, entscheidet die Ärztekommision.

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

2. In den nach Pkt.1 der Ärztekommision zur Entscheidung vorbehaltenen Meinungsverschiedenheiten hat der Anspruchsberechtigte innerhalb von 6 Monaten nach Zugang der Mitteilung des Versicherers über die Entscheidung Widerspruch zu erheben und mit Vorlage eines medizinischen Gutachtens unter Bekanntgabe seiner Forderung gemäß Art.11 (Fälligkeit der Leistung) die Entscheidung der Ärztekommision zu beantragen; wenn der Widerspruch nicht innerhalb der Frist erfolgt, sind diesbezüglich weitergehende Ansprüche ausgeschlossen. Auf diese Rechtsfolge hat der Versicherer in seiner Mitteilung über die Entscheidung hinzuweisen.
3. Das Recht, die Entscheidung der Ärztekommision zu beantragen, steht auch dem Versicherer zu.
4. Für die Ärztekommision bestimmen der Versicherer und der Anspruchsberechtigte je einen in der österreichischen Ärzteliste eingetragenen Arzt mit ius practicandi (Recht zur Berufsausübung). Wenn einer der beiden Parteien innerhalb zweier Wochen nach Aufforderung in geschriebener Form 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. Die versicherte Person ist verpflichtet, sich von den Ärzten der Kommission untersuchen zu lassen und sich jenen Maßnahmen zu unterziehen, die diese Kommission für notwendig hält.
6. Die Ärztekommision hat über ihre Tätigkeit ein Protokoll zu führen; in diesem ist die Entscheidung zu begründen. Bei Nichteinigung hat jeder Arzt seine Auffassung im Protokoll gesondert darzustellen. Ist eine Entscheidung durch den Obmann erforderlich, begründet auch er sie in einem Protokoll. Die Akten des Verfahrens werden vom Versicherer verwahrt.
7. Die Kosten der Ärztekommision werden von ihr festgesetzt und sind im Verhältnis des Obsiegens der beiden Parteien zu tragen. Im Fall des Art.6, Pkt.2.2 trägt die Kosten, wer die Neufeststellung verlangt hat.

Für den Fall der Anrufung der Ärztekommision wird der Versicherer dem Versicherungsnehmer nach Bekanntwerden der Forderung durch die versicherte Person und vor Aufnahme der Tätigkeit der Ärztekommision den maximalen ihm treffenden Kostenbeitrag in geschriebener Form mitteilen.

Der Anteil der Kosten, die 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 13

### Wie lange läuft der Versicherungsvertrag? Wer kann nach Eintritt des Versicherungsfalles kündigen? Was gilt bei Wegfall des versicherten Risikos? Was gilt bei Veräußerung des Fahrzeuges?

1. Der Vertrag gilt zunächst für die in der Polizze festgesetzte Dauer. Beträgt diese mindestens ein Jahr, verlängert sich der Vertrag um jeweils ein Jahr, wenn er nicht ein Monat vor Ablauf von einem der Vertragsteile in geschriebener Form, sofern nicht Schriftlichkeit vereinbart ist, gekündigt wird. Für die Erklärung der Ablaufkündigung steht die gesamte Vertragslaufzeit, unter Beachtung der zuvor bestimmten Frist von einem Monat, zur Verfügung.

Für Versicherungsverträge, deren Abschluss nicht zum Betrieb eines Unternehmens des Versicherungsnehmers gehört (Verbraucherverträge) ist vereinbart, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer auf die Rechtsfolge der Vertragsverlängerung bei unterlassener Kündigung frühestens vier Monate, spätestens aber zwei Monate vor Ablauf der vereinbarten Laufzeit, besonders hinweisen wird.

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

2. Kündigung im Versicherungsfall

- 2.1. Hat nach Eintritt eines Versicherungsfalles der Versicherer die Verpflichtung zur Leistung der Entschädigung anerkannt, so sind beide Vertragspartner dann berechtigt, den Versicherungsvertrag zu kündigen, wenn die gesamten Schadenszahlungen seit Beginn des Vertrages, längstens jedoch innerhalb des letzten Jahres, die für diesen Zeitraum verrechnete Prämie übersteigen.

Beide Vertragspartner verzichten jedoch auf dieses Kündigungsrecht im Versicherungsfall, wenn sich eine diese Grenze übersteigende Schadensbelastung aus einem einzelnen Schadensereignis aus den Positionen Taggeld (Art.6, Pkt.3) oder Heilkosten und Rückholkosten (Art.6, Pkt.4) ergibt.

- 2.2. Davon unabhängig ist zur Kündigung berechtigt

- der Versicherer in allen Fällen des vollendeten oder auch bloß versuchten Versicherungsmissbrauchs durch den Versicherungsnehmer bzw. sonst aus dem Vertrag Anspruchsberechtigten
- der Versicherungsnehmer, wenn der Versicherer die Leistung der fälligen Entschädigung zu Unrecht verweigert.

- 2.3. Die Kündigung ist jederzeit, jedoch nur bis zum Ablauf eines Monats seit dem Abschluss der Verhandlungen über die Entschädigung zulässig.

- 2.4. Der Versicherer hat eine Kündigungsfrist von einem Monat einzuhalten. Hat der Versicherungsnehmer einen Entschädigungsanspruch arglistig erhoben, ist der Versicherer jedoch berechtigt, den Versicherungsvertrag nach Ablehnung des Entschädigungsanspruches mit sofortiger Wirkung zu kündigen.

- 2.5. Der Versicherungsnehmer kann nicht für einen späteren Zeitpunkt als den Schluss der laufenden Versicherungsperiode kündigen.

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

## Artikel 14

### Wann können Versicherungsansprüche 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 ist.

## Artikel 15

### Wo und mit welcher Frist können Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag geltend gemacht werden? (Gerichtsstand, Klagefrist)

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

Für Verträge, für die die Bestimmungen des Konsumentenschutzgesetzes keine Anwendung finden, ist Graz als Gerichtsstand vereinbart.

Wird der Anspruch auf die Versicherungsleistung vom Versicherungsnehmer oder dem Bezugsberechtigten innerhalb von einem Jahr nach der Ablehnung durch den Versicherer nicht gerichtlich geltend gemacht, ist der Versicherer gemäß § 12 Abs.3 VersVG leistungsfrei.

Falls eine Entscheidung der Ärztekommision (Art.12) beantragt wird, endet die Frist einen Monat nach dieser Entscheidung.

## Artikel 16

### Wem steht die Ausübung der Rechte aus dem Versicherungsvertrag zu, wer hat die Pflichten aus dem Versicherungsvertrag zu erfüllen? (Rechtsstellung der am Vertrag beteiligten Personen)

1. Die Versicherung kann gegen Unfälle, die dem Versicherungsnehmer oder gegen Unfälle, die einem anderen zustoßen, genommen werden.

Eine Versicherung gegen Unfälle, die einem anderen zustoßen, gilt im Zweifel als für Rechnung des anderen genommen. Die Vorschriften der §§ 75 ff VersVG sind mit der Maßgabe anzuwenden, dass die Ausübung der Rechte aus dem Versicherungsvertrag ausschließlich dem Versicherungsnehmer zusteht.

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.

2. Alle für den Versicherungsnehmer getroffenen Bestimmungen gelten sinngemäß auch für Versicherte und jene Personen, die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag geltend machen.

Diese Personen sind neben dem Versicherungsnehmer für die Erfüllung der Obliegenheiten, der Schadensminderungs- und Rettungspflicht verantwortlich.

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

#### Artikel 17

##### In welcher Form sind Erklärungen abzugeben?

Für sämtliche Anzeigen und Erklärungen des Versicherungsnehmers an den Versicherer ist die geschriebene 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. Telefax oder E-Mail). Schriftform bedeutet, dass dem Erklärungsempfänger das Original der Erklärung mit eigenhändiger Unterschrift des Erklärenden zugehen muss. Rücktrittserklärungen nach den §§ 3 und 3a KSchG sind an keine bestimmte Form gebunden.

#### Artikel 18

##### Welches Recht ist anzuwenden?

Es gilt österreichisches Recht.

#### Artikel 19

##### Sanktionsklausel

Bei Versicherungsverträgen, deren Abschluss zum Betrieb eines Unternehmens des Versicherungsnehmers gehört (Unternehmerverträge), besteht – unbeschadet der übrigen Vertragsbestimmungen – Versicherungsschutz nur, soweit und solange dem keine auf die Vertragsparteien direkt anwendbaren Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Europäischen Union oder der Republik Österreich entgegenstehen.

Dies gilt auch für Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos, die durch die Vereinigten Staaten von Amerika erlassen werden, soweit dem nicht Rechtsvorschriften der Europäischen Union oder der Republik Österreich entgegenstehen.

#### Anhang

##### Rententafel

auf Grund der österreichischen Sterbetafel OEM 2000/2002 und eines Zinsfußes von jährlich 3 % (Art.6, Pkt.2.6).

Jahresbetrag der monatlich im Voraus zahlbaren lebenslangen Rente für eine kapitalmäßige Berechnungsgrundlage von EUR 1.000,-- (Bei zeitlich begrenzten Renten ist die Höhe der auf eine Versicherungssumme von EUR 1.000,-- entfallenden Jahresrente aus denselben Rechnungsgrundlagen zu erstellen. Für die Berechnung der Rente ist das Alter des Rentners an seinem dem Beginn des Rentenbezuges nächstgelegenen Geburtstag maßgebend.)

|             |        |        |        |        |        |        |
|-------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Alter       | 75     | 76     | 77     | 78     | 79     | 80     |
| Jahresrente | 123,72 | 130,24 | 137,36 | 145,15 | 153,67 | 162,96 |

|             |        |        |        |        |        |        |
|-------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Alter       | 81     | 82     | 83     | 84     | 85     | 86     |
| Jahresrente | 173,08 | 184,03 | 195,79 | 208,42 | 222,12 | 237,09 |

|             |        |        |        |        |        |        |
|-------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Alter       | 87     | 88     | 89     | 90     | 91     | 92     |
| Jahresrente | 253,55 | 271,76 | 291,97 | 314,40 | 339,20 | 366,54 |

|             |        |        |        |        |        |        |
|-------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Alter       | 93     | 94     | 95     | 96     | 97     | 98     |
| Jahresrente | 396,71 | 430,39 | 469,14 | 516,41 | 580,35 | 683,05 |

#### Anlage:

##### § 6 VersVG:

- (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 Versicherungsfalles 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.