

Allgemeine Bedingungen

für die Kraftfahrzeugunfallversicherung
(ABKU 2012) Fassung vom März 2015

Inhaltsverzeichnis

- Art. 1 Für wen gilt die Versicherung?
Was gilt bei Wechselkennzeichen?
- Art. 2 Was ist versichert? (Umfang der Versicherung)
- Art. 3 Was gilt als Versicherungsfall?
- Art. 4 Wo gilt die Versicherung? (Örtlicher Geltungsbereich)
- Art. 5 Wann gilt die Versicherung? (Zeitlicher Geltungsbereich)
- Art. 6 Wann beginnt der Versicherungsschutz im allgemeinen und was versteht man unter einer vorläufigen Deckung?
- Art. 7 Was ist ein Unfall? (Begriff des Unfalles)

Versicherungsleistungen

- Art. 8 Was kann versichert werden?
- Art. 9 Was leistet der Versicherer bei Todesfall?
- Art. 10 Was leistet der Versicherer bei dauernder Invalidität?
- Art. 11 Was leistet der Versicherer zusätzlich?
- Art. 12 Wann und unter welchen Voraussetzungen wird die Versicherungsleistung ausbezahlt und wann verjährt sie? (Fälligkeit der Versicherungsleistung und Verjährung)
- Art. 13 In welchen Fällen und nach welchen Regeln entscheidet die Ärztekommision?

Begrenzung des Versicherungsschutzes

- Art. 14 Was ist nicht versichert? (Risikoausschlüsse)
- Art. 15 Was gilt für die sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes?

Pflichten des Versicherungsnehmers

- Art. 16 Wann ist die Prämie zu bezahlen?
- Art. 17 Was ist vor bzw. nach Eintritt des Versicherungsfalles zu beachten? (Obliegenheiten)

Sonstige Vertragsbestimmungen

- Art. 18 Was gilt als Versicherungsperiode und wie lange läuft der Versicherungsvertrag?

- Art. 19 Wer kann nach Eintritt des Versicherungsfalles kündigen? Was gilt bei Wegfall des versicherten Risikos? Was gilt bei Veräußerung des versicherten Fahrzeugs?
- Art. 20 Wann können Versicherungsansprüche abgetreten oder verpfändet werden?
- Art. 21 Wo können Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag gerichtlich geltend gemacht werden? (Gerichtsstand)
- Art. 22 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)
- Art. 23 Wann und unter welchen Voraussetzungen ändert sich die Prämie? (Prämienanpassung)
- Art. 24 Wann und unter welchen Voraussetzungen können die Bedingungen mit Wirksamkeit auf bereits bestehende Verträge geändert werden?
- Art. 25 In welcher Form sind Erklärungen abzugeben? Was gilt bei einem Wechsel der Anschrift?
- Art. 26 Welches Recht ist anzuwenden?

Artikel 1

Für wen gilt die Versicherung? Was gilt bei Wechselkennzeichen?

1. Versicherte Personen sind solche, die sich mit Willen des Versicherungsnehmers oder des über das Fahrzeug Verfügungsberchtigten in oder auf dem Fahrzeug befinden oder im ursächlichen Zusammenhang mit ihrer Beförderung im Rahmen des Artikel 2 tätig werden.

2. Platzsystem progressiv

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

Sind im Unfallszeitpunkt mehr Personen versichert, als Plätze kraftfahrrrechtlich genehmigt sind, oder mehr Plätze vorhanden, als im Versicherungsantrag angegeben, wird die Versicherungsleistung für die einzelne Person entsprechend vermindert.

3. 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**Was ist versichert?**

(Umfang der Versicherung)

Die Versicherung bezieht sich auf Unfälle (Art. 7) in ursächlichem Zusammenhang mit dem Lenken, Benutzen, Behandeln, dem Be- und Entladen sowie dem Einweisen des Kraftfahrzeugs oder Anhängers. Unfälle beim Ein- und Aussteigen sind mitversichert.

Artikel 3**Was gilt als Versicherungsfall?**

Versicherungsfall ist der Eintritt eines Unfalles (Art. 7).

Artikel 4**Wo gilt die Versicherung?**

(Örtlicher Geltungsbereich)

1. 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 (siehe Anlage).
2. Bei Transport des Fahrzeugs 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**Wann gilt die Versicherung?**

(Zeitlicher Geltungsbereich)

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

Artikel 6**Wann beginnt der Versicherungsschutz im allgemeinen und was versteht man unter einer vorläufigen Deckung?**

1. Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz tritt grundsätzlich mit der Einlösung der Polizze (Art. 18) in Kraft, jedoch nicht vor dem vereinbarten Versicherungsbeginn. Wird die Polizze erst danach ausgehändigt, dann aber die Prämie binnen 14 Tagen oder ohne schuldhaften Verzug gezahlt, ist der Versicherungsschutz ab dem vereinbarten Versicherungsbeginn gegeben.

2. 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 (Art. 18).

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

Artikel 7**Was ist ein Unfall?**

(Begriff des Unfalles)

1. Unfall ist ein vom Willen des Versicherten unabhängiges Ereignis, das plötzlich von außen mechanisch oder chemisch auf seinen Körper einwirkt und eine körperliche Schädigung oder den Tod nach sich zieht.
2. Als Unfälle gelten auch folgende vom Willen des Versicherten unabhängige Ereignisse:
 - 2.1. Ertrinken;
 - 2.2. Verbrennungen, Verbrühungen, Einwirkungen von Blitzschlag oder elektrischem Strom;
 - 2.3. Einatmen von Gasen oder Dämpfen, Einnehmen von giftigen oder ätzenden Stoffen; es sei denn, dass diese Einwirkungen allmählich erfolgen;
 - 2.4. Verrenkungen von Gliedern sowie Zerrungen und Zerreißungen von an Gliedmaßen und an der Wirbelsäule befindlichen Muskeln, Sehnen, Bändern und Kapseln infolge plötzlicher Abweichung vom geplanten Bewegungsablauf.
3. Krankheiten gelten nicht als Unfälle, übertragbare Krankheiten auch nicht als Unfallsfolgen. Dies gilt nicht für Wundstarrkrampf, verursacht durch einen Unfall gemäß Pkt. 1.

Versicherungsleistungen**Artikel 8****Was kann versichert werden?**

Die Versicherung kann genommen werden für

- den Todesfall (Art. 9)
- dauernde Invalidität (Art. 10)

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

Artikel 9**Was leistet der Versicherer bei 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 Todesfallleistung 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.

Artikel 10

Was leistet der Versicherer bei dauernder Invalidität?

1. Ergibt sich innerhalb eines Jahres vom Unfalltag an gerechnet, dass als Folge des Unfalls eine dauernde Invalidität zurückbleibt, wird aus der hiefür versicherten Summe der dem Grade der Invalidität entsprechende Betrag gezahlt, wobei die volle Versicherungssumme für dauernde Invalidität bereits gezahlt wird, wenn ein Invaliditätsgrad von 50% oder darüber festgestellt wird.

Bei Personen bis zum vollendeten 15. Lebensjahr wird darüber hinaus bei einem festgestellten Invaliditätsgrad von weniger als 50% die sich aus dem Grad der Invalidität ergebende Leistung verdoppelt.

2. Für die Bemessung des Invaliditätsgrades gilt die vereinbarte Gliedertaxe.

bei völligem Verlust oder völliger Gebrauchsunfähigkeit eines Armes ab Schultergelenk	70%
eines Armes bis oberhalb des Ellenbogengelenkes ...	65%
eines Armes unterhalb des Ellenbogengelenkes	
oder einer Hand	60%
eines Daumens	20%
eines Zeigefingers	10%
eines anderen Fingers	5%
eines Beines bis über die Mitte des Oberschenkels ...	70%
eines Beines bis zur Mitte des Oberschenkels	60%
eines Beines bis zur Mitte des Unterschenkels	
oder eines Fußes.....	50%
einer großen Zehe.....	5%
einer anderen Zehe	2%
bei völligem Verlust der Sehkraft beider Augen	100%
bei völligem Verlust der Sehkraft eines Auges	30%
sofern jedoch die Sehkraft des anderen Auges	
vor Eintritt des Versicherungsfalles bereits	
verloren war	60%
bei völligem Verlust des Gehörs beider Ohren.....	60%
bei völligem Verlust des Gehörs eines Ohres.....	15%
sofern jedoch das Gehör des anderen Ohres	
vor Eintritt des Versicherungsfalles bereits	
verloren war	30%
bei völligem Verlust des Geruchssinnes.....	10%
bei völligem Verlust des Geschmackssinnes	5%

Bei teilweisem Verlust oder teilweiser Gebrauchsunfähigkeit der vorgenannten Glieder oder Sinnesorgane werden die vorstehenden Sätze entsprechend herabgesetzt.

Bei Verlust oder Gebrauchsunfähigkeit von mehreren der vorgenannten Glieder oder Sinnesorgane bzw. bei Hinzukommen eines nach Pkt. 3. festgestellten Invaliditätsgrades werden die sich ergebenden Prozentsätze zusammengerech-

net, wobei jedoch nie mehr als 100% insgesamt geleistet werden.

3. Lässt sich der Invaliditätsgrad nach Pkt. 2. nicht bestimmen, ist maßgebend, inwieweit die körperliche oder geistige Funktionsfähigkeit nach medizinischen Gesichtspunkten beeinträchtigt wurde.

4. Im ersten Jahr nach dem Unfall wird eine Invaliditätsleistung nur erbracht, wenn Art und Umfang der Unfallsfolgen aus ärztlicher Sicht eindeutig feststehen.

5. 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. 13).

Ergibt in einem solchen Fall die endgültige Bemessung eine höhere Invaliditätsleistung als die vom Versicherer bereits erbrachte, ist der Mehrbetrag ab Fälligkeit des Vorschusses (Art. 12.3.) mit 3% jährlich zu verzinsen.

6. Stirbt der Versicherte

- 6.1. unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall, besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung;
- 6.2. 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;
- 6.3. 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.

7. 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 11

Was leistet der Versicherer zusätzlich?

1. Krankenhausgeld

War der vom Unfall betroffene anspruchsberechtigte Versicherte zur Zeit des Unfalls durch einen Gurt gesichert, der im Sinne der kraftfahrrechtlichen Vorschriften typengenehmigt ist, so steht ihm für jeden zur Heilung der dabei erlittenen Verletzungen in einem Krankenhaus verbrachten Tag eine Pauschale von EUR 30,- zu, maximal aber 2% der für Tod

und dauernde Invalidität versicherten Summe. Die Tage der Einlieferung ins Krankenhaus und der Entlassung daraus zählen hierbei zusammen als ein Tag.

2. Rückholkosten

Wenn die Versicherung für Todesfall und/oder dauernde Invalidität genommen ist, übernimmt der Versicherer die Kosten des Rücktransports 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 Fahrzeuginsassen, 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 letzten Wohnsitz in Österreich getragen. Die vorstehenden Leistungen für alle Insassen zusammen sind mit 5% der für Todesfall und dauernde Invalidität versicherten Summen, höchstens mit EUR 5.000,- begrenzt.

3. Der Versicherer übernimmt die erforderlichen Kosten, die durch Erfüllung der in Artikel 17.3.4. sowie 17.3.7. bis 17.3.9. bestimmten Obliegenheiten entstehen.

Artikel 12

Wann und unter welchen Voraussetzungen wird die Versicherungsleistung ausbezahlt und wann verjährt sie?

(Fälligkeit der Versicherungsleistung und Verjährung)

1. Die Versicherungsleistung wird nach Abschluss der für ihre Feststellung notwendigen Erhebungen fällig.
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 Monates 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 Monates 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 13

In welchen Fällen und nach welchen Regeln entscheidet die Ärztekommision?

1. Jeder Vertragspartner kann verlangen, dass bei Meinungsverschiedenheiten über Art und Umfang der Unfallsfolgen oder darüber, in welchem Umfang die eingetretene Beeinträchtigung auf den Versicherungsfall zurückzuführen ist, ferner

über die Beeinflussung der Unfallsfolgen durch Krankheit oder Gebrechen sowie im Falle des Art. 10.5. die Ärztekommision entscheidet.

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. Für die Ärztekommision bestimmen Versicherer und Versicherungsnehmer je einen in der österreichischen Ärzteliste eingetragenen Arzt. Wenn ein Vertragsteil innerhalb zweier Wochen nach Aufforderung in geschriebener Form keinen Arzt benennt, wird dieser von der für den Wohnsitz des Versicherten zuständigen 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 für den Wohnsitz des Versicherten zuständige Ärztekammer als Obmann bestellt.
4. 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.
5. Die Ärztekommision hat über ihre Tätigkeit ein Protokoll zu führen; in diesem ist die Entscheidung in geschriebener Form zu begründen. Bei Nichteinigung hat jeder Arzt seine Auffassung im Protokoll gesondert niederzulegen. Ist eine Entscheidung durch den Obmann erforderlich, legt auch er sie mit Begründung in einem Protokoll nieder. Die Akten des Verfahrens werden vom Versicherer verwahrt.
6. 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.
7. Die Kosten der Ärztekommision werden von ihr festgesetzt und sind im Verhältnis des Obsiegens vom Versicherer und Versicherungsnehmer zu tragen. Im Falle des Artikel 10.5. trägt die Kosten, wer die Neufeststellung verlangt hat.

Der Anteil der Kosten, die der Versicherungsnehmer zu tragen hat, ist mit 1% der für Tod und Invalidität zusammen versicherten Summe, höchstens jedoch mit 25% des strittigen Beitrages, begrenzt.

Begrenzung des Versicherungsschutzes

Artikel 14

Was ist nicht versichert? (Risikoausschlüsse)

1. Kein Versicherungsschutz besteht für Unfälle

- 1.1. die bei der Verwendung des Kraftfahrzeuges bei einer kraftfahrsportlichen Veranstaltung, bei der es auf die Erzielung einer Höchstgeschwindigkeit ankommt, oder ihren Trainingsfahrten, entstehen;
 - 1.2. die der Versicherte bei der Vorbereitung oder Begehung gerichtlich strafbarer Handlungen erleidet, für die Vorsatz Tatbestandsmerkmal ist;
 - 1.3. die mit Aufruhr, inneren Unruhen, Kriegsereignissen, Verfügungen von hoher Hand und Erdbeben unmittelbar oder mittelbar zusammenhängen;
 - 1.4. die durch 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;
 - 1.5. bei Fahrten, die ohne Willen des über das Fahrzeug Verfügungsberechtigten vorbereitet, ausgeführt oder ausgedehnt werden;
 - 1.6. die der Versicherte infolge eines ihn treffenden Herzinfarktes oder Schlaganfalles erleidet; ein Herzinfarkt gilt in keinem Fall als Unfallsfolge;
 - 1.7. die der Versicherte infolge einer Bewusstseinsstörung oder infolge einer wesentlichen Beeinträchtigung seiner psychischen Leistungsfähigkeit durch Alkohol, Suchtgifte oder Medikamente erleidet;
2. Weiters besteht kein Versicherungsschutz für körperliche Schädigungen bei Heilmaßnahmen oder Eingriffen, die der Versicherte an seinem Körper vornimmt oder vornehmen lässt, soweit nicht ein Versicherungsfall hiezu der Anlass war.

Artikel 15

Was gilt für die sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes?

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

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. 10.2. und 3. bemessen.

2. Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch ein Unfallsereignis 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.

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 Unfallsfolgen.

4. 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 Krankheitsscheinungen handelt.

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

Artikel 16

Wann ist die Prämie zu bezahlen?

1. Die erste oder die einmalige Prämie einschließlich Gebühren und Versicherungssteuer ist vom Versicherungsnehmer gegen Aushändigung der Polizze zu zahlen (Einlösung der Polizze). Die Folgeprämien einschließlich Gebühren und Versicherungssteuer sind zum vereinbarten, in der Polizze angeführten Hauptfälligkeitstermin, bei vereinbarter Teilzahlung zu den jeweils vereinbarten Fälligkeitsterminen zu entrichten.
2. Zahlungsverzug kann zur Leistungsfreiheit des Versicherers führen. Die Voraussetzungen und Begrenzungen der Leistungsfreiheit sind gesetzlich geregelt (siehe §§ 38, 39 und 39a VersVG).

Artikel 17

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

(Obliegenheiten)

1. Als Obliegenheiten, deren Verletzung im Zeitpunkt des Versicherungsfalles die Freiheit des Versicherers von der Verpflichtung zur Leistung gemäß den Voraussetzungen und Begrenzungen des § 6 Abs. 1 und Abs. 1 a VersVG (siehe Anlage) bewirkt, wird die Verpflichtung bestimmt, Vereinbarungen über die Verwendung des Fahrzeugs 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 Abs. 2 VersVG (siehe Anlage) bewirkt, werden bestimmt,

- 2.1. dass der Lenker in jedem Fall die kraftfahrrrechtliche Berechtigung besitzt, die für das Lenken des Fahrzeugs auf Straßen mit öffentlichen 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 befindet;
- 2.3. mit dem Fahrzeug Personen nur unter Einhaltung der betreffenden kraftfahrrrechtlichen Vorschriften zu befördern.

Die Verpflichtung zur Leistung bleibt in den Fällen der Pkte. 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 Abs. 3 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 Verfahrens mitzuteilen;
- 3.2. dem Versicherer einen Todesfall innerhalb von 3 Tagen anzugeben, und zwar auch dann, wenn der Unfall bereits gemeldet ist;
- 3.3. nach Möglichkeit zur Feststellung des Sachverhaltes beizutragen;
- 3.4. dem Versicherer das Recht einzuräumen, die Leiche durch Ärzte besichtigen, nötigenfalls exhumieren und auch öffnen zu lassen;
- 3.5. nach dem 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 Unfallsfolgen zu sorgen;
- 3.6. nach Erhalt des Formulars für Unfallanzeigen dieses ohne Verzug dem Versicherer sorgfältig ausgefüllt zuzusenden; außerdem dem Versicherer alle weiter verlangten 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;

Sonstige Vertragsbestimmungen

Artikel 18

Was gilt als Versicherungsperiode und wie lange läuft der Versicherungsvertrag?

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. Vertragsdauer

Beträgt die vereinbarte Vertragsdauer mindestens ein Jahr, verlängert sich der Vertrag um jeweils ein Jahr, wenn er nicht ein Monat vor Ablauf gekündigt wird. Für die Erklärung der Ablaufkündigung steht die gesamte Vertragslaufzeit, unter Beachtung der zuvor bestimmten Frist von einem Monat, zur Verfügung. Zu Verbraucherverträgen ist vereinbart, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer auf die Rechtsfolge der Vertragsverlängerung bei unterlassener Kündigung frühestens 4 Monate, spätestens aber 3 Monate vor Ablauf der vereinbarten Laufzeit besonders hinweisen wird. Beträgt die vereinbarte Vertragsdauer weniger als ein Jahr, endet der Vertrag ohne Kündigung.

Artikel 19

Wer kann nach Eintritt des Versicherungsfalles kündigen? Was gilt bei Wegfall des versicherten Risikos? Was gilt bei Veräußerung des versicherten Fahrzeugs?

1. Kündigung nach Eintritt des Versicherungsfalles

Hat nach Eintritt eines Versicherungsfalles der Versicherer seine Leistungsverpflichtung dem Versicherungsnehmer gegenüber anerkannt oder die Erbringung der fälligen Versicherungsleistung verweigert, so ist jeder Vertragspartner berechtigt, den Versicherungsvertrag zu kündigen. Ein solches Kündigungsrecht besteht auch, wenn es über die Erbringung der Versicherungsleistung zu einer Entscheidung der Ärztekommision oder zum Rechtsstreit kommt.

Die Kündigung ist nur innerhalb eines Monates seit Anerkennung der Leistungspflicht oder der Verweigerung der fälligen Versicherungsleistung oder der Zustellung der Entscheidung der Ärztekommision oder seit Eintritt der Rechtskraft eines im Rechtsstreit über die Versicherungsleistung ergangenen Urteils zulässig. Der Versicherer hat eine Kündigungsfrist von einem Monat einzuhalten. Der Versicherungsnehmer kann nicht für einen späteren Zeitpunkt als den Schluss der laufenden Versicherungsperiode kündigen.

2. Wegfall des versicherten Risikos oder Veräußerung des versicherten Fahrzeugs

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

3. Dem Versicherer gebührt jeweils die Prämie für die bis zur Vertragsauflösung verstrichene Vertragslaufzeit.

Artikel 20

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 jedoch 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 den Gerichten geltend machen, in deren Sprengel sie ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt oder Sitz im Inland haben.

Artikel 22

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 Zustimmung des anderen in geschriebener Form 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 Schadenminderungs- und Rettungspflicht verantwortlich.

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

Artikel 23

Wann und unter welchen Voraussetzungen ändert sich die Prämie?

(Prämienanpassung)

1. Die Anpassung (Erhöhung oder Absenkung) der Prämie und der Versicherungssumme(n) erfolgt einmal jährlich zur Hauptfälligkeit entsprechend der Entwicklung des Gesamtindex der Verbraucherpreise 2010, bei dessen Entfall des entsprechenden Nachfolgeindex.

Herangezogen werden die von der Bundesanstalt Statistik Austria veröffentlichten endgültigen Monatswerte.

Bei Vertragsbeginn wird der Unfallprämie und den Versicherungssummen die jeweils für den vierten Monat vor Vertragsbeginn veröffentlichte Indexzahl zugrundegelegt, zur Hauptfälligkeit die jeweils für den vierten Monat vor Hauptfälligkeit veröffentlichte Indexzahl.

Beginn- bzw. Hauptfälligkeit-monat	Veröffentlichte Indexzahl des Monats
Jänner	September des Vorjahres
Februar	Oktober des Vorjahres
März	November des Vorjahres
April	Dezember des Vorjahres
Mai	Jänner
Juni	Februar
Juli	März
August	April
September	Mai
Oktober	Juni
November	Juli
Dezember	August

Die erste Anpassung wird in jenem Verhältnis vorgenommen, in dem sich die für die Prämienvorschreibung zur Hauptfälligkeit heranzuziehende Indexzahl gegenüber der der Unfallprämie und den Versicherungssummen bei Vertragsbeginn zugrunde gelegten Monatsindexzahl verändert hat.

Jede weitere Anpassung wird in jenem Verhältnis vorgenommen, in dem sich die für die Prämienvorschreibung zur Hauptfälligkeit heranzuziehende Indexzahl gegenüber der der Unfallprämie und den Versicherungssummen bei der letzten Anpassung zugrunde gelegten Monatsindexzahl verändert hat.

Veränderungen unter 0,5% bleiben unberücksichtigt, doch ist dieser Unterschied bei späteren Prämienanpassungen zu berücksichtigen.

Beträgt der Unterschied 0,5% oder mehr, und unterbleibt eine Prämienerhöhung zu einer Hauptfälligkeit ganz oder teilweise, kann dieser Unterschied bei späteren Prämienanpassungen nachgeholt werden. Allgemeine Vorschriften über Vertragsbestimmungen, die eine Änderung des Entgelts vorsehen, bleiben unberührt.

2. Prämienerhöhungen auf Grund des Punktes 1. können rechtswirksam frühestens nach einem Jahr ab Versicherungsbeginn und in der Folge nicht in kürzeren als einjährigen Abständen vorgenommen werden; sie werden frühestens ab dem Zeitpunkt der Verständigung des Versicherungsnehmers durch den Versicherer wirksam.

3. Der Versicherer hat in der Mitteilung dem Versicherungsnehmer den Grund der Erhöhung klar und verständlich zu erläutern. Eine Prämien erhöhung auf Grund des Punktes 1. wird jedenfalls erst mit dem Zugang dieser Mitteilung an den Versicherungsnehmer wirksam.

Artikel 24

Wann und unter welchen Voraussetzungen können die Bedingungen mit Wirksamkeit auf bereits bestehende Verträge geändert werden?

Der Versicherer ist berechtigt, dem Versicherungsnehmer eine Änderung der Bedingungen vorzuschlagen.

Die Änderung ist dem Versicherungsnehmer in geschriebener Form mitzuteilen und gilt als genehmigt, sofern der Versicherungsnehmer nicht bis zum Ablauf des Monates, der dem Zugang der Mitteilung folgt, in geschriebener Form widerspricht.

In der Mitteilung hat der Versicherer den Versicherungsnehmer auf das Widerspruchsrecht, die Widerspruchsfrist und die Rechtsfolgen eines unterlassenen Widerspruchs besonders hinzuweisen.

Die Änderung der Bedingungen wird mit dem in der Mitteilung genannten Zeitpunkt wirksam, frühestens jedoch mit dem Ablauf der Widerspruchsfrist.

Artikel 25

In welcher Form sind Erklärungen abzugeben? Was gilt bei einem Wechsel der Anschrift?

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. Jedoch ist die Erklärung des Rücktritts an keine bestimmte Form gebunden, wenn der Versicherungsnehmer Verbraucher ist. Die Rücktrittsfrist ist gewahrt, wenn die Rücktrittserklärung fristgerecht abgesendet wird. Der geschriebenen Form wird durch Zugang eines Textes in Schriftzeichen entsprochen, aus dem die Person des Erklärenden hervorgeht. Schriftform bedeutet, dass dem Erklärungsempfänger das Original der Erklärung mit eigenhändiger Unterschrift des Erklärenden zugehen muss. Die qualifizierte elektronische Signatur ist der eigenhändigen Unterschrift nicht gleichgestellt. 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.

Artikel 26

Welches Recht ist anzuwenden?

Es gilt österreichisches Recht.

Rententafel

auf Grund der österreichischen allgemeinen Sterbetafel OEM 80/82 und eines Zinsfußes von jährlich 3%

(Artikel 10. Pkt. 7.)

Jahresbetrag der monatlich im Voraus zahlbaren Lebenslängen*) Rente für einen Kapitalsbetrag von EUR 1.000,-

Jahres-Alter**)	Jahres-rente EUR										
0	34.95	10	36.32	20	39.06	30	42.99	40	49.69	50	60.91
1	34.60	11	36.56	21	39.37	31	43.51	41	50.57	51	62.40
2	34.74	12	36.81	22	39.70	32	44.06	42	51.50	52	63.96
3	34.90	13	37.08	23	40.04	33	44.64	43	52.48	53	65.62
4	35.07	14	37.35	24	40.40	34	45.26	44	53.50	54	67.37
5	35.26	15	37.63	25	40.78	35	45.91	45	54.58	55	69.24
6	35.45	16	37.92	26	41.18	36	46.59	46	55.72	56	71.22
7	35.65	17	38.20	27	41.60	37	47.31	47	56.92	57	73.34
8	35.86	18	38.48	28	42.04	38	48.06	48	58.18	58	75.60
9	36.09	19	38.76	29	42.50	39	48.86	49	59.51	59	78.01
											80
											203.62

*) Bei zeitlich begrenzten Renten ist die Höhe der auf einen Kapitalsbetrag 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.

Anlage:

Staaten, die das Übereinkommen zwischen den nationalen Versicherungsbüros der Mitgliedsstaaten des Abkommens des europäischen Wirtschaftsraums und anderen assoziierten Staaten vom 30. Mai 2002 unterzeichnet haben (Stand Mai 2008):

Andorra	Frankreich	Lettland	Polen	Spanien
Belgien	Griechenland	Litauen	Portugal	Tschechien
Bulgarien	Großbritannien	Luxemburg	Rumänien	Ungarn
Dänemark	Irland	Malta	Schweden	Zypern
Deutschland	Island	Niederlande	Schweiz	
Estland	Italien	Norwegen	Slowakei	
Finnland	Kroatien	Österreich	Slowenien	