



Allgemeine Bedingungen für die Unfallversicherung (AUVB 2022)

Unverbindliche Musterbedingungen des Verbandes der Versicherungsunternehmen Österreichs. Ihre Verwendung durch die Versicherungsunternehmen ist rein fakultativ. Die Versicherungsunternehmen haben die Möglichkeit, davon zur Gänze abzuweichen und/oder mit ihren Kunden einzelne Klauseln zu vereinbaren, die nicht mit den Musterbedingungen übereinstimmen.

Wichtig: Bitte lesen Sie alle Gesetzesstellen, die im Anhang abgedruckt sind, weil darauf in den folgenden Versicherungsbedingungen Bezug genommen wird.

Inhaltsverzeichnis

Artikel 1	Geltungsbereich der Versicherung; Versicherungsfall; Unfallbegriff
Artikel 2	Leistungsbausteine der Unfallversicherung
Artikel 3	Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes
Artikel 4	Ausschlüsse vom Versicherungsschutz
Artikel 5	Versicherungsperiode; Prämie; Beginn und Voraussetzungen des Versicherungsschutzes
Artikel 6	Rechtsstellung der am Vertrag beteiligten Personen
Artikel 7	Pflichten des Versicherungsnehmers während der gesamten Vertragsdauer
Artikel 8	Pflichten des Versicherungsnehmers nach Eintritt des Versicherungsfalls
Artikel 9	Fälligkeit der Leistung des Versicherers
Artikel 10	Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten
Artikel 11	Vertragsdauer und Verlängerung; Ablaufkündigung
Artikel 12	Kündigung nach Versicherungsfall
Artikel 13	Form von Anzeigen und Erklärungen; Änderung der Anschrift

Präambel

Soweit in diesen Bedingungen personenbezogene Bezeichnungen verwendet werden, umfassen sie alle Geschlechter gleichermaßen.

Versicherungsnehmer ist jene Person, die dem Versicherer als Vertragspartner des Versicherungsvertrags gegenübersteht.

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

Versicherungsprämie ist das vom Versicherungsnehmer zu zahlende Entgelt.

Gesetzesstellen des Versicherungsvertragsgesetzes (VersVG) und des Signatur- und Vertrauensdienstegesetz (SVG), die in den Versicherungsbedingungen angeführt werden, sind im Anhang im vollen Wortlaut wiedergegeben.

Artikel 1

Geltungsbereich der Versicherung; Versicherungsfall; Unfallbegriff

1. Geltungsbereich und Versicherungsfall

Versicherungsschutz besteht weltweit, wenn der versicherten Person ein Unfall zustößt.

Versicherungsfall ist der Eintritt eines Unfalls, der während der Wirksamkeit des Versicherungsschutzes eintritt.

2. Begriff des Unfalls

- 2.1. Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.
- 2.2. Als Unfall gelten auch plötzliche Verrenkungen von Gliedern sowie Zerrungen und Zerreißen von an den Gliedmaßen und an der Wirbelsäule befindlichen Muskeln, Sehnen, Bändern und Kapseln sowie plötzliche Meniskusverletzungen.
- 2.3. Krankheiten gelten nicht als Unfälle, übertragbare Krankheiten auch nicht als Unfallfolgen. Eine Ausnahme besteht für Kinderlähmung, Wundstarrkrampf, Tollwut und die durch Zeckenbiss übertragene Frühsommer-Meningoencephalitis, jeweils ausschließlich im Rahmen und Umfang des Artikels 2 Punkt 1.7. und Punkt 3.4.
- 2.4. Der Versicherungsschutz gilt auch für Unfälle, die die versicherte Person als Fluggast in motorischen Luftfahrzeugen erleidet, sofern nicht ein Ausschlusstatbestand gemäß Artikel 4 Punkt 1. gegeben ist.
- 2.5. Selbsttötung und Selbsttötungsversuch gelten nicht als Unfall.

Artikel 2

Leistungsbausteine der Unfallversicherung

Die folgenden Leistungsbausteine des Versicherungsschutzes können grundsätzlich im Rahmen einer Unfallversicherung versichert werden. Welche Leistungsbausteine tatsächlich versichert wurden und mit welchen Versicherungssummen, ist im Versicherungsvertrag ersichtlich.

1. Leistungsbaustein Dauernde Invalidität

Soweit nichts anderes vereinbart ist, gilt:

- 1.1. Voraussetzungen für die Leistung:
 - 1.1.1. Begriff der dauernden Invalidität: Die versicherte Person ist durch den Unfall auf Lebenszeit in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt.
 - 1.1.2. Die dauernde 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, beim Versicherer innerhalb von x-Monaten vom Unfalltag an gerechnet geltend gemacht worden.

1.1.3. Kein Anspruch auf Invaliditätsleistung besteht, wenn die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall stirbt. Stirbt die versicherte Person aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach dem Unfall oder – gleichgültig aus welcher Ursache – später als ein Jahr nach dem Unfall, ist nach jenem Invaliditätsgrad zu leisten, mit dem aufgrund der zuletzt erhobenen ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

1.2. Höhe der Leistung:

1.2.1. Die Invaliditätsleistung zahlt der Versicherer als prozentuellen Kapitalbetrag der vereinbarten Versicherungssumme unter Anwendung des Invaliditätsgrades (ermittelt gemäß den Bestimmungen der Punkte 1.2.2. bis 1.6.) und unter nachfolgender Berücksichtigung einer allfällig vereinbarten Progression.

1.2.2. Soweit nichts anderes vereinbart ist, gelten die folgenden Invaliditätsgrade für die nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane bei vollständigem Verlust oder vollständiger Funktionsunfähigkeit:

eines Armes	x %
eines Daumens	x %
eines Zeigefingers.....	x %
eines anderen Fingers	x %
eines Beines	x %
einer großen Zehe	x %
einer anderen Zehe	x %
der Sehkraft beider Augen	x %
der Sehkraft eines Auges	x %
sofern die Sehkraft des anderen Auges vor Eintritt des Versicherungsfalles bereits vollständig funktionslos war	x %
des Gehörs beider Ohren	x %
des Gehörs eines Ohres	x %
sofern jedoch das Gehör des anderen Ohres vor Eintritt des Versicherungsfalles bereits vollständig funktionslos war	x %
des Geruchsinnens	x %
des Geschmacksinnens	x %
der Milz	x %
der Niere	x %
beider Nieren oder wenn die Funktion der zweiten Niere vor dem Eintritt des Versicherungsfalles bereits funktionslos war	x %

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

1.2.4. Für andere Körperteile und Sinnesorgane bemisst sich der Invaliditätsgrad prozentuell vom ganzen Körper danach, inwieweit die normale körperliche oder geistige Funktionsfähigkeit insgesamt beeinträchtigt ist. Dabei sind ausschließlich medizinische Gesichtspunkte zu berücksichtigen.

- 1.3. Der maßgebliche Prozentsatz des Invaliditätsgrades für eine Leistungspflicht ergibt sich erst nach Anwendung der Bestimmung über die sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes gemäß Artikel 3.
- 1.4. Ist die Funktion mehrerer Körperteile oder Sinnesorgane durch den Unfall beeinträchtigt, werden die nach den vorstehenden Bestimmungen ermittelten Invaliditätsgrade zusammengerechnet. Mehr als 100 % werden jedoch nicht berücksichtigt.
- 1.5. Im ersten Jahr nach dem Unfall wird eine Invaliditätsleistung vom Versicherer nur erbracht, wenn Art und Umfang der Unfallfolgen aus ärztlicher Sicht eindeutig feststehen und mit hoher Wahrscheinlichkeit auszuschließen ist, dass die versicherte Person innerhalb eines Jahres nach dem Unfall durch die Unfallfolgen verstirbt.
- 1.6. Steht der Grad der dauernden Invalidität nicht eindeutig fest, sind sowohl die versicherte Person als auch der Versicherer berechtigt, den Invaliditätsgrad jährlich bis x Jahre ab dem Unfalltag ärztlich neu bemessen zu lassen.
- 1.7. Der Versicherungsschutz für diesen Leistungsbaustein wird auf die Krankheitsfolgen von Kinderlähmung, Wundstarrkrampf, Tollwut und der durch Zeckenbiss übertragenen Frühsommer-Meningoencephalitis erweitert.

Als Zeitpunkt des Versicherungsfalls gilt der Tag, an dem erstmals ein Arzt wegen Beschwerden im Zusammenhang mit der allenfalls auch erst später als Kinderlähmung, Wundstarrkrampf, Tollwut oder Frühsommer-Meningoencephalitis diagnostizierten Krankheit konsultiert wurde.

Voraussetzung für den Versicherungsschutz ist, dass die Erkrankung serologisch festgestellt wurde und im Fall von

- Kinderlähmung frühestens x Tage nach Beginn, jedoch spätestens x Tage nach Erlöschen der Versicherung
- Wundstarrkrampf frühestens x Tage nach Beginn, jedoch spätestens x Tage nach Erlöschen der Versicherung
- Tollwut frühestens x Tage nach Beginn, jedoch spätestens x Tage nach Erlöschen der Versicherung
- der durch Zeckenbiss übertragenen Frühsommer-Meningoencephalitis frühestens x Tage nach Beginn, jedoch spätestens x Tage nach Erlöschen der Versicherung

zum Ausbruch kommt.

Die Leistung bleibt aber mit der vereinbarten Versicherungssumme begrenzt. Dabei kommt eine allfällig vereinbarte Leistungserhöhung nicht zur Anwendung.

2. Leistungsbaustein Unfallrente

Soweit nichts anderes vereinbart ist, gilt:

- 2.1. Führt der Unfall zu einem Invaliditätsgrad gemäß Punkt 1. nach Anwendung der sachlichen Begrenzung des Versicherungsschutzes gemäß Artikel 3 von mindestens x%, wird unabhängig vom Lebensalter der versicherten Person die Unfallrente bezahlt.

- 2.2. Die Zahlung der Unfallrente erfolgt monatlich im Nachhinein. Die erste Unfallrente wird rückwirkend mit dem Monat, in welchem sich der Unfall ereignet hat, fällig. Die Rentenzahlung endet, wenn die versicherte Person stirbt.
- 2.3. Stirbt die versicherte Person unfallbedingt innerhalb des ersten Jahres nach dem Unfall, besteht kein Anspruch auf eine Unfallrente.

3. Leistungsbaustein Todesfall

Soweit nichts anderes vereinbart ist, gilt:

- 3.1. Tritt innerhalb eines Jahres vom Unfalltag an gerechnet der Tod als Folge des Unfalles ein, wird die für den Todesfall versicherte Summe gezahlt.
- 3.2. Auf die Todesfalleistung werden nur Zahlungen, die für dauernde Invalidität gemäß Punkt 1. aus demselben Ereignis geleistet worden sind, angerechnet. Einen Mehrbetrag an Leistung für dauernde Invalidität kann der Versicherer nicht zurückverlangen.
- 3.3. Für Personen, die zum Zeitpunkt des unfallbedingten Ablebens das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, werden im Rahmen der Versicherungssumme nur die tatsächlich aufgewendeten Beerdigungskosten maximal bis zur Höhe des aktuell durch die FMA auf Grund der Beerdigungskostenverordnung 2016 (Stammfassung BGBl II NR. 172/2015) verordneten Betrages für Beerdigungskosten rückerstattet.
- 3.4. Der Versicherungsschutz für diesen Leistungsbaustein wird auf den Tod infolge von Kinderlähmung, Wundstarrkrampf, Tollwut und der durch Zeckenbiss übertragenen Frühsommer-Meningoencephalitis erweitert.

Als Zeitpunkt des Versicherungsfalles gilt der Tag, an dem erstmals ein Arzt wegen Beschwerden im Zusammenhang mit der allenfalls auch erst später als Kinderlähmung, Wundstarrkrampf, Tollwut oder Frühsommer-Meningoencephalitis diagnostizierten Krankheit konsultiert wurde.

Voraussetzung für den Versicherungsschutz ist, dass die Erkrankung serologisch festgestellt wurde und im Fall von

- Kinderlähmung frühestens x Tage nach Beginn, jedoch spätestens x Tage nach Erlöschen der Versicherung
- Wundstarrkrampf frühestens x Tage nach Beginn, jedoch spätestens x Tage nach Erlöschen der Versicherung
- Tollwut frühestens x Tage nach Beginn, jedoch spätestens x Tage nach Erlöschen der Versicherung
- der durch Zeckenbiss übertragenen Frühsommer-Meningoencephalitis frühestens x Tage nach Beginn, jedoch spätestens x Tage nach Erlöschen der Versicherung

zum Ausbruch kommt.

Die Leistung bleibt aber mit der vereinbarten Versicherungssumme begrenzt. Dabei kommt eine allfällig vereinbarte Leistungserhöhung nicht zur Anwendung.

4. Leistungsbaustein Taggeld

Soweit nichts anderes vereinbart ist, gilt:

- 4.1. Taggeld wird bei dauernder oder vorübergehender unfallbedingter Invalidität für die Dauer der vollständigen Arbeitsunfähigkeit in der Erwerbstätigkeit der versicherten Person für längstens x Tage innerhalb von x Jahren ab dem Unfalltag gezahlt.
- 4.2. Wenn eine Taggeldleistung erst ab einem bestimmten Tag nach dem Unfall einsetzen soll (Karenzfrist), ist die betreffende Vereinbarung im Versicherungsvertrag ersichtlich. In diesem Fall wird das Taggeld beginnend mit dem ersten Tag nach Ablauf dieser Karenzfrist geleistet.

5. Leistungsbaustein Spitalgeld

Soweit nichts anderes vereinbart ist, gilt:

- 5.1. Spitalgeld wird für jeden Kalendertag, an dem sich die versicherte Person wegen eines Versicherungsfalles in medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in einem Spital befindet, längstens für x Tage innerhalb von x Jahren ab dem Unfalltag gezahlt.
- 5.2. 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.
- 5.3. Nicht als Spitäler gelten z.B. Heil- und Pflegeanstalten für Lungenkranke sowie für unheilbar chronisch Erkrankte, Erholungs- und Genesungsheime, Altersheime und deren Krankenabteilungen sowie Kuranstalten, ferner Heil- und Pflegeanstalten für Nerven- und Geisteskranke.

6. Leistungsbaustein Unfallkosten

Soweit nichts anderes vereinbart ist, gilt:

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

Unfallkosten sind:

- 6.1. Heilkosten,
 - 6.1.1. die zur Behebung der Unfallfolgen aufgewendet wurden und nach ärztlicher Verordnung notwendig waren. Hierzu zählen auch die notwendigen Kosten des bodengebundenen Verletztentransportes zur Erstbehandlung, der erstmaligen Anschaffung künstlicher Gliedmaßen und erstmaliger Herstellung eines – auch nur teilweisen – Zahnersatzes und/oder teilweiser Zahnsanierung sowie anderer, nach ärztlichem Ermessen erforderlicher erstmaliger Anschaffungen.
 - 6.1.2. Kosten für Bade-, Erholungsreisen und -aufenthalte, ferner Kosten der Reparatur oder der Wiederbeschaffung eines Zahnersatzes oder einer Zahnsanierung, künstlicher Gliedmaßen oder sonstiger künstlicher Behelfe sind nicht versichert.

- 6.2. Bergungskosten, die notwendig werden, wenn die versicherte Person
- 6.2.1. einen Unfall erlitten hat oder in Berg, See- oder Wassernot geraten ist und verletzt oder unverletzt geborgen werden muss.
 - 6.2.2. durch einen Unfall oder infolge Berg-, See- oder Wassernot den Tod erleidet und ihre Bergung erfolgen muss.

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

- 6.3. Rückholkosten,
- das sind die unfallbedingten Kosten des ärztlich empfohlenen bodengebundenen Verletzten-transportes, wenn die versicherte Person außerhalb ihres Wohnortes verunfallt ist, von der Unfallstelle bzw. dem Krankenhaus, in das sie nach dem Unfall gebracht wurde, an ihren Wohnort bzw. zum nächstgelegenen Krankenhaus. Bei einem tödlichen Unfall werden auch die Kosten der Überführung des Toten zu dessen letztem Wohnort in Österreich bezahlt.

Artikel 3

Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes

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

Darüberhinausgehend gilt, *soweit nichts anderes vereinbart ist*:

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 Artikel 2 Punkte 1.2. und 1.3. bemessen.
2. Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch ein Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung – insbesondere solche Verletzungen, die durch krankhaft anlagebedingte oder abnutzungsbedingte Einflüsse verursacht oder mitverursacht worden sind – oder deren Folgen mitgewirkt, ist bei einem Mitwirkungsanteil von mindestens ... % die Versicherungsleistung wie folgt zu ermitteln:
 - 2.1. Bei den Versicherungsleistungen dauernde Invalidität gemäß Artikel 2 Punkt 1. oder Unfallrente gemäß Artikel 2 Punkt 2. wird der Prozentsatz des Invaliditätsgrades um den Mitwirkungsanteil vermindert.
 - 2.2. Bei allen anderen Versicherungsleistungen gemäß Artikel 2 wird die Leistung entsprechend dem Mitwirkungsanteil vermindert.

Dies gilt insbesondere auch, wenn die Gesundheitsschädigung durch einen abnutzungsbedingten Einfluss mit Krankheitswert, wie beispielsweise Arthrose, mitverursacht worden ist.

3. Für Gesundheitsschädigungen, die aufgrund akuter Mangeldurchblutung des Herzmuskels entstanden sind (z.B. Herzinfarkt), wird nur dann eine Leistung erbracht, wenn ein überwiegender Kausalzusammenhang mit einer unmittelbaren Verletzung der betreffenden Koronararterie besteht und diese Verletzung durch eine direkte mechanische Einwirkung von außen auf den Brustkorb verursacht worden ist. Unfälle infolge von Herzinfarkt und Schlaganfall gelten auch als mitversichert.
4. Für Gesundheitsschädigungen, die auf Grund einer Mangeldurchblutung des Gehirns (z.B.: Schlaganfall) entstanden sind, wird nur dann eine Leistung erbracht, wenn die Mangeldurchblutung durch eine mechanische Einwirkung von außen auf den Körper verursacht wird und unmittelbar nach dem Unfall auftritt und weder Krankheit noch Gebrechen mitgewirkt haben.
5. 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 (z.B. Neurosen, Psychoneurosen) gelten nicht als Unfallfolgen.
6. Bei Bandscheibenhernien wird eine Leistung nur erbracht, wenn sie durch direkt mechanische Einwirkung auf die Wirbelsäule entstanden sind und es sich nicht um eine Verschlimmerung von vor dem Unfall bestandenen Krankheitserscheinungen handelt.
7. 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.

Artikel 4

Ausschlüsse vom Versicherungsschutz

Soweit nichts anderes vereinbart ist, umfasst der Versicherungsschutz nicht Unfälle und sonstige Leistungsfälle:

1. die die versicherte Person erleidet:
 - als verantwortlicher Pilot eines Luftfahrzeuges. Luftfahrzeuge sind Fahrzeuge, die sich zur Fortbewegung von Personen oder Sachen in der Luft ohne mechanische Verbindung mit der Erde eignen, gleichgültig, ob sie schwerer als Luft (zum Beispiel Flugzeuge, Segelflugzeuge, Hänge- oder Paragleiter, Schwingenflugzeuge, Hubschrauber, Tragschrauber und Fallschirme) oder leichter als Luft (zum Beispiel Luftschiffe und Freiballone) sind.
 - als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeuges,
 - bei einer ausschließlich mit Hilfe eines Luftfahrzeuges auszuübenden beruflichen Tätigkeit,
 - als Pilot, Besatzung oder Passagier von ferngesteuerten Luftfahrzeugen,
 - als Pilot, Besatzung oder Passagier von Raumfahrzeugen.
2. die bei Beteiligung an motorsportlichen Wettbewerben, Wertungsfahrten, Teilnahme an Rallyes und den jeweils dazugehörigen Trainingsfahrten, weiters bei jeglichem Fahren auf Rennstrecken und Motocross-Strecken, entstehen.
3. die bei Teilnahme an Landes-, Bundes- oder internationalen Sportwettbewerben auf dem Gebiet des..... sowie bei offiziellen Trainings für diese Veranstaltungen entstehen.
4. die beim Versuch oder der Begehung gerichtlich strafbarer Handlungen durch die versicherte Person entstehen, für die Vorsatz Tatbestandsmerkmal ist.

5. die in ursächlichem Zusammenhang stehen mit:
 - Kriegereignissen jeder Art, mit oder ohne Kriegserklärung,
 - bewaffneten Konflikten und Gewalthandlungen zwischen Staaten,
 - Gewalthandlungen politischer oder terroristischer Organisationen,
 - inneren Unruhen, Bürgerkrieg,
 - Revolution, Rebellion, Aufruhr, Aufstand, wenn die versicherte Person auf Seiten dieser Revolutionäre, Rebellen, Aufführer, Aufständischen daran teilgenommen hat.
6. die in ursächlichem Zusammenhang stehen mit:
 - atomaren, biologischen oder chemischen Waffen,
 - Einwirkung von Kernenergie, oder
 - dem Einfluss ionisierender Strahlen im Sinne der jeweils geltenden Fassung des Strahlenschutzgesetzes, sofern die Bestrahlung nicht durch Heilbehandlungen aufgrund eines Versicherungsfalles veranlasst war.
7. die die versicherte Person infolge einer Bewusstseinsstörung oder einer wesentlichen Beeinträchtigung ihrer psychischen Leistungsfähigkeit durch Alkohol, Suchtgifte oder Medikamente erleidet.
8. Weiters nicht versichert sind:

Gesundheitsschäden, die durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person entstehen. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Heilmaßnahmen oder Eingriffe durch einen vom Versicherungsschutz umfassten Unfall medizinisch bedingt waren.

Artikel 5

Versicherungsperiode; Prämie; Beginn und Voraussetzungen des Versicherungsschutzes

1. 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.

Jede Versicherungsperiode endet zum Hauptfälligkeitstermin, jeweils um 0:00 Uhr.

Der Hauptfälligkeitstermin ist jeweils der Erste jenes Monats, in dem die in der Polizza ausgewiesene Versicherungsdauer endet.
2. Die erste oder die einmalige Prämie einschließlich Steuern ist vom Versicherungsnehmer gegen Übermittlung der Polizza binnen 14 Tagen nach Abschluss des Versicherungsvertrages (Zugang der Polizza oder einer gesonderten Antragsannahmeerklärung) und Aufforderung zur Prämienzahlung zu zahlen.
3. Der Versicherungsschutz beginnt mit dem vereinbarten Versicherungsbeginn, jedoch nur unter der Voraussetzung, dass der Versicherungsnehmer die erste oder einmalige Prämie einschließlich Steuern rechtzeitig, das heißt innerhalb der Frist von 14 Tagen gemäß Punkt 2. oder ohne schuldhaften Verzug zahlt.

4. Die nähere Bestimmung des Beginns dieser Frist von 14 Tagen, die weiteren Voraussetzungen für die Leistungsfreiheit bei Zahlungsverzug oder bei nur teilweiser Zahlung der ersten oder einmaligen Prämie, die Bestimmung des Beginns des Versicherungsschutzes bei nicht rechtzeitiger Prämienzahlung sowie weitere Rechtsfolgen des Zahlungsverzugs sind in den §§ 38 und 39a VersVG geregelt.
5. Die nicht rechtzeitige Zahlung der ersten oder einmaligen Prämie einschließlich Steuern berechtigt den Versicherer gemäß den Voraussetzungen des § 38 VersVG zum Rücktritt vom Vertrag.
6. Die Folgeprämien sind zu den jeweils vereinbarten Fälligkeitsterminen zu zahlen. Die Rechtsfolgen des Zahlungsverzugs mit Folgeprämien sind in den §§ 39 und 39a VersVG geregelt.

Artikel 6

Rechtsstellung der am Vertrag beteiligten Personen

1. Die Unfallversicherung 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 §§ 74 bis 80 VersVG, Versicherung für fremde Rechnung, 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 die versicherte Person 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.

Artikel 7

Pflichten des Versicherungsnehmers während der gesamten Vertragsdauer

1. Anzeige gefahrerhöhender Änderung von Berufstätigkeit, Beschäftigung, Nebenbeschäftigung sowie Freizeitaktivität:

1.1. Veränderungen der dem Versicherer bekanntgegebenen Berufstätigkeit, Beschäftigung, Nebenbeschäftigung sowie Freizeitaktivitäten der versicherten Person sind dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen, wenn mit der Veränderung eine erhebliche Gefahrerhöhung im Sinne der §§ 23 oder 27 VersVG verbunden ist. Eine solche erhebliche Gefahrerhöhung liegt vor, wenn die Wahrscheinlichkeit für den Eintritt des Versicherungsfalles oder das Ausmaß der drohenden Unfallfolgen nicht bloß geringfügig erhöht wird.

Einberufungen zum ordentlichen Präsenzdienst, zum Zivildienst sowie zu kurzfristigen militärischen Reserveübungen gelten nicht als Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung.

1.2. Ergibt sich für eine dem Versicherer bekanntgegebene neue Berufstätigkeit, Beschäftigung, Nebenbeschäftigung oder Freizeitaktivität der versicherten Person nach dem Tarif, der dem Vertrag zugrunde liegt,

1.2.1. eine niedrigere Prämie, so ist ab Zugang der Anzeige an den Versicherer nur diese zu bezahlen. Im Übrigen kommen in diesem Fall die Bestimmungen des § 41a VersVG zur Anwendung.

1.2.2. eine höhere Prämie, so besteht für die Dauer von drei Monaten ab dem Zeitpunkt, in dem die Anzeige dem Versicherer hätte zugehen müssen, auch für die neue Berufstätigkeit, Beschäftigung, Nebenbeschäftigung oder Freizeitaktivität der volle Versicherungsschutz. Danach besteht der volle Versicherungsschutz nur bei Zahlung einer dem höheren Risiko angepassten Prämie.

Dazu hat der Versicherer unverzüglich nach Zugang der Anzeige oder sonst erfolgter Kenntniserlangung ein Änderungsangebot und für den Fall der Ablehnung desselben die Kündigung des Versicherungsvertrages in geschriebener Form zu übermitteln. Ein solches Angebot mit Prämienerrhöhung ist vom Versicherer unter Zugrundelegung des im Abschlusszeitpunkt des ursprünglichen Vertrags geltenden Tarifs des Versicherers zu erstellen.

Ein Angebot des Versicherers zur Änderung des Versicherungsvertrages gilt als abgelehnt, wenn es nicht innerhalb eines Monats nach seinem Zugang vom Versicherungsnehmer angenommen wird. Bei Ablehnung des Änderungsangebots gilt der Versicherungsvertrag als vom Versicherer gekündigt. In diesem Fall endet der Versicherungsvertrag einen Monat nach Ablauf der Monatsfrist zur Annahme des Änderungsangebots. Im Änderungsanbot hat der Versicherer auf diese Rechtsfolgen ausdrücklich hinzuweisen.

1.2.3. dass die Übernahme der höheren Gefahr nach den im Abschlusszeitpunkt des ursprünglichen Vertrags für den Geschäftsbetrieb des Versicherers maßgebenden Grundsätzen auch gegen eine höhere Prämie nicht möglich ist, kann der Versicherer den Vertrag innerhalb eines Monats ab Kenntnis der höheren Gefahr kündigen. Diese Kündigung muss in geschriebener Form und unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von einem Monat erfolgen.

2. Kraftfahrrechtliche Berechtigung:

Als Obliegenheit, deren Verletzung die Leistungsfreiheit des Versicherers gemäß den Voraussetzungen und Begrenzungen des § 6 Absatz 1 und 2 VersVG bewirkt, wird bestimmt, dass die versicherte Person als Lenker eines Kraftfahrzeuges die jeweilige kraftfahrrechtliche Berechtigung besitzt, die zum Lenken dieses oder eines typengleichen Kraftfahrzeuges erforderlich ist. Dies gilt auch dann, wenn dieses Fahrzeug nicht auf Straßen mit öffentlichem Verkehr gelenkt wird.

Artikel 8

Pflichten des Versicherungsnehmers nach Eintritt des Versicherungsfalls

Soweit nichts anderes vereinbart ist, gilt:

Als Obliegenheiten, deren Verletzung die Leistungsfreiheit des Versicherers gemäß den Voraussetzungen und Begrenzungen des **§ 6 Absatz 3 VersVG** bewirkt, werden bestimmt:

1. Ein Unfall ist dem Versicherer unverzüglich, spätestens innerhalb einer Woche, in geschriebener Form, sofern nicht die Schriftform vereinbart ist, anzuzeigen. Zu Erklärungen in geschriebener Form und Schriftform siehe Artikel 13 Punkt 1.
2. Ein Todesfall ist dem Versicherer innerhalb von x Tagen anzuzeigen, und zwar auch dann, wenn der Unfall bereits gemeldet ist.
3. Es sind dem Versicherer alle sachdienlichen Auskünfte zu erteilen und nach Möglichkeit ist zur Feststellung des Sachverhaltes beizutragen.
4. Nach dem Unfall ist unverzüglich ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen und die ärztliche Behandlung bis zum Abschluss des Heilverfahrens fortzusetzen; ebenso ist für eine angemessene Krankenpflege und nach Möglichkeit für die Abwendung und Minderung der Unfallfolgen zu sorgen.
5. Der Versicherer kann verlangen, dass sich die versicherte Person durch die vom Versicherer bezeichneten Ärzte untersuchen lässt.
6. Ist auch Spitalgeld versichert, so ist dem Versicherer, wenn die versicherte Person in ein Spital gemäß Artikel 2 Punkt 5.2. eingewiesen ist, nach der Entlassung aus dem Spital eine Aufenthaltsbestätigung der Spitalverwaltung zuzusenden.

Artikel 9

Fälligkeit der Leistung des Versicherers

1. Geldleistungen des Versicherers werden mit Beendigung der Erhebungen fällig, die zur Feststellung des Versicherungsfalls und des Umfangs der Leistung nötig sind.
2. Die Fälligkeit tritt jedoch unabhängig davon ein, wenn der Versicherungsnehmer nach Ablauf zweier Monate seit dem Begehren nach einer Geldleistung eine Erklärung vom Versicherer verlangt, aus welchen Gründen die Erhebungen noch nicht beendet werden konnten, und der Versicherer diesem Verlangen nicht binnen eines Monats entspricht.
3. Sind diese Erhebungen bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles nicht beendet, so kann der Versicherungsnehmer in Anrechnung auf die Gesamtforderung Abschlagszahlungen in der Höhe des Betrages verlangen, den der Versicherer nach Lage der Sache mindestens zu zahlen hat.
4. Für Leistungen wegen Eintritts dauernder Invalidität sind überdies die Bestimmungen des Artikel 2 Punkte 1.5. und 1.6. zu beachten.

Artikel 10

Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten

1. Im Fall von Meinungsverschiedenheiten über Art und Umfang der Unfallfolgen oder darüber, in welchem Umfang die eingetretene Beeinträchtigung auf den Unfall zurückzuführen ist, ferner über die Beeinflussung der Unfallfolgen durch Krankheiten oder Gebrechen entscheidet verbindlich ein Schiedsgutachter, sofern dies der Versicherungsnehmer bzw. der Bezugsberechtigte (im Folgenden: der Anspruchsberechtigte) oder der Versicherer verlangen und diese Meinungsverschiedenheiten auf insofern abweichenden medizinischen Gutachten des vom Versicherer im Anlassfall beigezogenen sowie eines vom Anspruchsberechtigten beauftragten Gutachterarztes beruhen.
2. Gemäß § 184 VersVG ist die Entscheidung des Schiedsgutachters nur dann nicht verbindlich, wenn sie offenbar von der wirklichen Sachlage erheblich abweicht. In diesem Fall entscheidet ein ordentliches Gericht über die strittige Frage. Letzteres gilt auch, wenn der Schiedsgutachter die Feststellung nicht treffen kann oder will oder sie länger als drei Monate verzögert oder wenn der Schiedsgutachter nicht entscheidet, weil der Anspruchsberechtigte zwar die Entscheidung des Schiedsgutachters verlangt hat, aber nicht fristgerecht gemäß dem nachfolgenden Punkt 7. mitgeteilt hat, mit dem ihm mitgeteilten Maximalbetrag einverstanden zu sein.
3. Das Recht, die Entscheidung eines Schiedsgutachters zu verlangen, steht sowohl dem Anspruchsberechtigten als auch dem Versicherer zu. Das Verlangen einer Entscheidung des Schiedsgutachters hat (*wenn vereinbart*: „binnen xxx Monaten ab Zugang der in geschriebener Form übermittelten Entscheidung des Versicherers über die jeweils strittige Fragestellung im Sinne von Punkt 1.“) unter Bekanntgabe der Forderung bzw. Auffassung und unter Vorlage eines diese Forderung/Auffassung begründenden medizinischen Gutachtens zu erfolgen. Auf dieses Recht sowie die dafür geltenden Erfordernisse und Rahmenbedingungen wird der Versicherer den Anspruchsberechtigten in seiner Entscheidung über den Anspruch und/oder die strittige Fragestellung in geschriebener Form hinweisen.
4. Als Schiedsgutachter bestellen der vom Versicherer im Anlassfall beigezogene sowie der vom Anspruchsberechtigten mit der bisherigen Fallbeurteilung beauftragte Gutachterarzt einvernehmlich einen in der österreichischen Ärzteliste eingetragenen Arzt mit ius practicandi (Recht zur Berufsausübung), welcher in die Liste der in Österreich gerichtlich zertifizierten medizinischen Sachverständigen eingetragen ist.

Einigen sich die beiden Ärzte über die Person des Schiedsgutachters nicht, wird ein für die Beurteilung der strittigen Fragen zuständiger medizinischer Sachverständiger durch die Österreichische Ärztekammer als Schiedsgutachter bestellt.
5. Die Obliegenheiten gemäß Artikel 8 Punkte 4., 5. und 6. gelten sinngemäß für das Schiedsgutachterverfahren. Die versicherte Person trifft demnach auch die Obliegenheit, sich vom Schiedsgutachter untersuchen zu lassen.
6. Der Schiedsgutachter hat ein Gutachten zu erstatten und über die strittigen Tatsachen im Sinne von Punkt 1. zu entscheiden. Diese Entscheidung des Schiedsgutachters hat eine schriftliche Begründung zu umfassen, die sich mit den vorhandenen Gutachten auseinandersetzt.
7. Verlangt der Versicherer die Entscheidung des Schiedsgutachters, so trägt der Versicherer dessen Kosten allein.

Verlangt der Anspruchsberechtigte die Entscheidung des Schiedsgutachters, hat der Versicherer dem Anspruchsberechtigten vor Aufnahme der Tätigkeit des Schiedsgutachters in geschriebener Form den Maximalbetrag der vom Anspruchsberechtigten zu tragenden Kosten mitzuteilen. Dieser Maximalbetrag ist vom Versicherer unter Bedachtnahme auf die zu erwartenden objektiv notwendigen Kosten des Schiedsgutachters zu bestimmen und darf nicht mehr als ... % der für Tod und dauernde Invalidität zusammen versicherten Summe, höchstens jedoch ... % des strittigen Betrages betragen.

Der Schiedsgutachter wird nur dann tätig, wenn der Anspruchsberechtigte innerhalb von vier Wochen ab Erhalt der Mitteilung erklärt, mit dem ihm mitgeteilten Maximalbetrag einverstanden zu sein. Die endgültigen Kosten des Schiedsgutachters werden von ihm anhand der im Rahmen seiner Tätigkeit angefallenen objektiv notwendigen Kosten festgesetzt und sind im Verhältnis des Obsiegens der beiden Parteien zu tragen, vom Anspruchsberechtigten jedoch maximal bis zur Höhe des ihm mitgeteilten Maximalbetrags. Bei Unverbindlichkeit der Entscheidung des Schiedsgutachters, wie oben in Punkt 2. beschrieben, trägt der Versicherer die Kosten des Schiedsgutachters.

Artikel 11

Vertragsdauer und Verlängerung; Ablaufkündigung

1. Beträgt die vereinbarte Vertragsdauer weniger als ein Jahr, endet der Vertrag ohne Kündigung zum vereinbarten Zeitpunkt.
2. Beträgt die vereinbarte Vertragsdauer mindestens ein Jahr, gilt der Versicherungsvertrag zunächst für die vertraglich vereinbarte Dauer.
 - 2.1. Die Vertragsdauer verlängert sich aber jeweils automatisch um ein weiteres Jahr, wenn der Vertrag nicht spätestens x Monat(e) vor Ablauf gekündigt wird (Ablaufkündigung).

Für den Zugang der Erklärung der Ablaufkündigung steht die gesamte Vertragsdauer unter Beachtung der genannten x-monatigen Kündigungsfrist zur Verfügung.
 - 2.2. Für Versicherungsverträge, deren Abschluss nicht zum Betrieb eines Unternehmens des Versicherungsnehmers gehört (Verbraucherverträge) ist vereinbart, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer frühestens x Monate, spätestens aber y Monate vor Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer darüber informieren und besonders hinweisen wird,
 - 2.2.1. dass sich der Vertrag automatisch um ein Jahr verlängert, wenn der Versicherungsnehmer ihn nicht kündigt,
 - 2.2.2. dass es zur Verhinderung dieser Vertragsverlängerung notwendig ist, dass der Versicherungsnehmer den Versicherungsvertrag zum Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer kündigt, und zwar durch eine Erklärung an den Versicherer, dass er den Vertrag kündigt,
 - 2.2.3. dass die Frist zur Kündigung für diese Kündigung offen ist und spätestens x Monat(e) vor Ablauf endet, und
 - 2.2.4. welche Rechtsfolgen die Vertragsverlängerung bei unterbliebener Kündigung sowie die Vertragsbeendigung bei Vornahme der Kündigung haben.

- 2.3. Für den neuerlichen Ablauf der verlängerten Vertragsdauer gelten wiederum die Regelungen der Punkte 2.1. und 2.2.

Artikel 12

Kündigung nach Versicherungsfall

1. Der Versicherer kann den Versicherungsvertrag unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von einem Monat kündigen, wenn
 - 1.1. innerhalb einer Versicherungsperiode mehr als ein Versicherungsfall eintritt und die Summe aus den Versicherungsleistungen das x-fache der Jahresprämie dieser Versicherungsperiode übersteigt. Die Kündigung hat binnen eines Monats ab dem Zeitpunkt zu erfolgen, in dem die x-fache Jahresprämie durch eine oder mehrere Auszahlungen von Versicherungsleistungen erreicht ist; oder
 - 1.2. ein Versicherungsfall eintritt, zu dem der Versicherer eine Versicherungsleistung anerkannt hat, die das y-fache der Jahresprämie jener Versicherungsperiode erreicht, in der der Versicherungsfall eingetreten ist. Die Kündigung hat binnen eines Monats nach Anerkenntnis der Versicherungsleistung zu erfolgen.
 - 1.3. eine Versicherungsleistung wegen eines arglistig erhobenen Anspruchs abgelehnt wird.
2. Der Versicherungsnehmer kann den Versicherungsvertrag kündigen
 - 2.1. wenn der Versicherer einen gerechtfertigten Anspruch auf die Versicherungsleistung ablehnt oder seine Anerkennung schuldhaft verzögert;
 - 2.2. nach Anerkennung dem Grunde nach und nach erbrachter Versicherungsleistung;
 - 2.3. nach Entscheidung des Schiedsgutachters und nach Rechtskraft eines Gerichtsurteils über einen Deckungsanspruch aus diesem Vertrag.

Der Versicherungsnehmer kann per sofort, jedoch nicht für einen späteren Zeitpunkt als zum Ende der laufenden Versicherungsperiode kündigen.

3. Bei Kündigung des Versicherungsvertrags steht dem Versicherer die anteilige Prämie bis zur Wirksamkeit der Vertragsauflösung zu.

Artikel 13

Form von Anzeigen und Erklärungen; Änderung der Anschrift

1. Form von Anzeigen und Erklärungen

Für sämtliche Anzeigen und Erklärungen 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. E-Mail oder – sofern vereinbart – elektronische Kommunikation). Schriftform bedeutet, dass dem Erklärungsempfänger das Original der Erklärung mit eigenhändiger Unterschrift des Erklärenden oder mit qualifizierter elektronischer Signatur gemäß § 4 Absatz 1 SVG zugehen muss.

2. Änderung der Anschrift

Der Versicherungsnehmer hat eine Änderung seiner Anschrift dem Versicherer bekanntzugeben. Solange der Versicherungsnehmer die Änderung seiner Anschrift dem Versicherer nicht bekannt gibt und der Versicherer keine Kenntnis von der neuen Anschrift des Versicherungsnehmers hat, gelten Erklärungen des Versicherers an die ihm vom Versicherungsnehmer zuletzt bekannt gegebene Anschrift als dem Versicherungsnehmer in jenem Zeitpunkt zugegangen, in welchem sie ohne Änderung der Anschrift bei regelmäßiger Beförderung dem Versicherungsnehmer zugegangen wären.

Anhang

Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz 1958 (VersVG, BGBl. Nr. 2/1959 in der jeweils geltenden Fassung) und Signatur- und Vertrauensdienstegesetz (SVG).

- § 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 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.
- § 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.

- § 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.** 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.
- § 41a.** (1) Ist wegen bestimmter, die Gefahr erhöhender Umstände eine höhere Prämie vereinbart, so kann der Versicherungsnehmer, wenn diese Umstände in der Zeit zwischen Stellung und Annahme des Antrages oder nach Abschluß des Vertrages wegfallen oder ihre Bedeutung verlieren, verlangen, daß die Prämie für die künftigen Versicherungsperioden angemessen herabgesetzt wird.
- (2) Das gleiche gilt, wenn die Bemessung der höheren Prämie durch irrtümliche Angaben des Versicherungsnehmers über einen solchen Umstand veranlaßt worden ist.
- § 74.** (1) Die Versicherung kann von demjenigen, welcher den Vertrag mit dem Versicherer abschließt, im eigenen Namen für einen anderen, mit oder ohne Benennung der Person des Versicherten, genommen werden (Versicherung für fremde Rechnung).
- (2) Wird die Versicherung für einen anderen genommen, so ist, auch wenn der andere benannt wird, im Zweifel anzunehmen, daß der Vertragsschließende nicht als Vertreter, sondern im eigenen Namen für fremde Rechnung handelt.
- § 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.** 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.** 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.
- § 80.** (1) Ergibt sich aus den Umständen nicht, daß die Versicherung für einen anderen genommen werden soll, so gilt sie als für eigene Rechnung genommen.
- (2) Ist die Versicherung für Rechnung „wen es angeht“ genommen oder ist sonst aus dem Vertrag zu entnehmen, daß unbestimmt gelassen werden soll, ob eigenes oder fremdes Interesse versichert ist, so sind die Vorschriften der §§ 75 bis 79 anzuwenden, wenn sich ergibt, daß fremdes Interesse versichert ist.
- § 184.** (1) Sollen nach dem Vertrag einzelne Voraussetzungen des Anspruches aus der Versicherung oder das Maß der durch den Unfall herbeigeführten Einbuße an Erwerbsfähigkeit durch Sachverständige festgestellt werden, so ist die getroffene Feststellung nicht verbindlich, wenn sie offenbar von der wirklichen Sachlage erheblich abweicht. Die Feststellung erfolgt in diesem Falle durch Urteil. Das gleiche gilt, wenn die Sachverständigen die Feststellung nicht treffen können oder wollen oder sie verzögern.
- (2) Sind nach dem Vertrag die Sachverständigen vom Gericht zu bestellen, so sind auf die Bestellung die Vorschriften des § 64 Abs. 2 entsprechend anzuwenden.
- (3) Eine Vereinbarung, die von der Vorschrift des Abs. 1 Satz 1 abweicht, ist nichtig.

Signatur- und Vertrauensdienstegesetz (SVG)

- § 4.** (1) Eine qualifizierte elektronische Signatur erfüllt das rechtliche Erfordernis der Schriftlichkeit im Sinne des § 886 ABGB. Andere gesetzliche Formerfordernisse, insbesondere solche, die die Beiziehung eines Notars oder eines Rechtsanwalts vorsehen, sowie vertragliche Vereinbarungen über die Form bleiben unberührt.