

IU01-Allgemeine Bedingungen

für die Fahrzeuginsassen-Unfallversicherung (AFIUB)

(Fassung 2009)

INHALTSVERZEICHNIS

- Artikel 1 Welche Versicherungsarten sind möglich? Für wen gilt die Versicherung?
- Artikel 2 Was ist versichert?
- Artikel 3 Was gilt als Versicherungsfall?
- Artikel 4 Wo gilt die Versicherung? (Örtlicher Geltungsbereich)
- Artikel 5 Wann gilt die Versicherung? (Zeitlicher Geltungsbereich)
- Artikel 6 Wann ist die Prämie zu bezahlen, was gilt bei Zahlungsverzug, wann beginnt der Versicherungsschutz im Allgemeinen und was versteht man unter einer vorläufigen Deckung?
- Artikel 7 Welche Leistung erbringt die Versicherung?
- Artikel 8 Wann und unter welchen Voraussetzungen wird die Versicherungsleistung ausbezahlt? (Fälligkeit der Versicherungsleistung)
- Artikel 9 In welchen Fällen und nach welchen Regeln entscheidet die Ärztekommision?
- Artikel 10 Was ist nicht versichert? (Risikoausschlüsse)
- Artikel 11 Was ist vor, bei bzw. nach Eintritt des Versicherungsfalles zu beachten? (Obliegenheiten)
- Artikel 12 Was gilt für die sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes?
- Artikel 13 Was gilt als Versicherungsperiode und wie lange läuft der Versicherungsvertrag?
- Artikel 14 Wer kann nach Eintritt des Versicherungsfalles kündigen? Was gilt bei Wegfall des versicherten Risikos?
Was gilt bei Veräußerung des Fahrzeuges?
- Artikel 15 Wann können Versicherungsansprüche abgetreten oder verpfändet werden?
- Artikel 16 Wo können Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag gerichtlich geltend gemacht werden? (Gerichtsstand)
- Artikel 17 Innerhalb welcher Frist können Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag gerichtlich geltend gemacht werden und wann verjähren Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag?
- Artikel 18 Wem steht die Ausübung der Rechte aus dem Versicherungsvertrag zu, wer hat die Pflichten aus dem Versicherungsvertrag zu erfüllen?
- Artikel 19 In welcher Form sind Erklärungen abzugeben?
- Artikel 20 Welches Recht ist anzuwenden?

Artikel 1

Welche Versicherungsarten sind möglich? Für wen gilt die Versicherung?

1. Die Versicherung kann abgeschlossen werden
 - 1.1. nach dem Pauschalssystem
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 Unfallszeitpunkt versicherten Personen.
 - 1.2. nach dem Platzsystem
Die vereinbarte Versicherungssumme gilt für jeden einzelnen kraftfahrrechtlich genehmigten Platz des im Vertrag bezeichneten Fahrzeuges. Sind im Unfallszeitpunkt mehr Personen versichert, als Plätze kraftfahrrechtlich genehmigt sind, oder mehr Plätze vorhanden als im Versicherungsantrag angegeben, wird die Versicherungsleistung für die einzelne Person entsprechend gekürzt.
 - 1.3. für namentlich bezeichnete Personen unabhängig von einem bestimmten Fahrzeug.
2. 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 Artikels 2, Punkt 1 tätig werden.

Artikel 2

Was ist versichert?

1. Gegenstand der Versicherung
Die Versicherung bezieht sich auf Unfälle in ursächlichem Zusammenhang mit dem Lenken, Benutzen, Behandeln, dem Be- und Entladen sowie dem Einweisen des Kraftfahrzeuges oder Anhängers. Unfälle beim Ein- und Aussteigen sind mitversichert.
2. Begriff des Unfalles
 - 2.1. 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.
 - 2.2. Als Unfälle gelten auch folgende vom Willen des Versicherten unabhängige Ereignisse:
 - 2.2.1. Ertrinken;
 - 2.2.2. Verbrennungen, Verbrühungen, Einwirkungen von Blitzschlag oder elektrischem Strom;
 - 2.2.3. Einatmen von Gasen oder Dämpfen, Einnehmen von giftigen oder ätzenden Stoffen; es sei denn, dass diese Einwirkungen allmählich erfolgen;
 - 2.2.4. Verrenkungen von Gliedern sowie Zerrungen und Zerreißen von an Gliedmaßen und an der Wirbelsäule befindlichen Muskeln, Sehnen, Bändern und Kapseln infolge plötzlicher Abweichung vom geplanten Bewegungsablauf.
 - 2.3. Krankheiten gelten nicht als Unfälle, übertragbare Krankheiten auch nicht als Unfallsfolgen. Dies gilt nicht für Wundstarrkrampf, verursacht durch einen Unfall gemäß Pkt. 2.1.

Artikel 3

Was gilt als Versicherungsfall?

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

Artikel 4

Wo gilt die Versicherung? (Örtlicher Geltungsbereich)

1. Der Versicherungsschutz erstreckt sich - soweit nicht anders vereinbart - auf Europa im geografischen 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).

Mit eingeschlossen sind auch die Mittelmeeranrainerstaaten.

2. 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 in Europa.

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 ist die Prämie zu bezahlen, was gilt bei Zahlungsverzug, wann beginnt der Versicherungsschutz im Allgemeinen und was versteht man unter einer vorläufigen Deckung?

1. Prämie
Die erste oder einmalige Prämie einschließlich Gebühren und Versicherungssteuer ist vom Versicherungsnehmer innerhalb von 14 Tagen nach dem Abschluss des Versicherungsvertrages (Zugang der Polizza oder einer gesonderten Annahmeerklärung) und nach der Aufforderung zur Prämienzahlung zu bezahlen (Einlösung der Polizza). Die Folgeprämien einschließlich Gebühren und Versicherungssteuer sind zu den 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).
3. Beginn des Versicherungsschutzes
Der Versicherungsschutz beginnt mit der Einlösung der Polizza, jedoch nicht vor dem vereinbarten Zeitpunkt. Wird die erste oder einmalige Prämie erst danach eingefordert, dann aber binnen 14 Tagen oder ohne weiteren schuldhaften Verzug bezahlt, ist der Versicherungsschutz ab dem vereinbarten Versicherungsbeginn gegeben.
4. Vorläufige Deckung
Soll der Versicherungsschutz schon vor Einlösung der Polizza 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 Polizza. Sie tritt außer Kraft, wenn der Antrag unverändert angenommen wird und der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der ersten oder einmaligen Prämie schuldhaft in Verzug gerät.

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

Artikel 7

Welche Leistung erbringt die Versicherung?

Die Versicherung kann genommen werden für
- den Todesfall (Punkt 1)
- dauernde Invalidität (Punkt 2)
- Taggeld (Punkt 3)
- Unfallkosten (Punkt 4)

Aus der Polizza ist ersichtlich, was versichert ist und welche Versicherungssummen vereinbart gelten.

1. Todesfall

- 1.1. Tritt innerhalb eines Jahres vom Unfall an gerechnet der Tod als Folge des Unfalles ein, wird die für den Todesfall versi-

cherte Summe gezahlt.

- 1.2. Auf die Todesfallsleistung werden nur Zahlungen angerechnet, die für dauernde Invalidität aus demselben Ereignis geleistet worden sind. Einen Mehrbetrag an Leistung für 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 Pauschalssystem wird der auf andere Personen entfallende Teilbetrag aus der versicherten Todesfallssumme um den durch diese Begrenzung freiwerdenden Betrag verhältnismäßig erhöht.

2. Dauernde Invalidität

- 2.1. Ergibt sich innerhalb eines Jahres vom Unfallstag an gerechnet, dass eine dauernde Invalidität zurückbleibt, wird aus der hierfür versicherten Summe der dem Grade der Invalidität entsprechende Betrag gezahlt.
- 2.2. Der Versicherer ist berechtigt, den Grad der Invalidität, soweit er nicht nach den Punkten 2.3 und 2.4 eindeutig feststeht, bis längstens 4 Jahre vom Unfallstag an jährlich neu feststellen bzw. bemessen zu lassen; nach 2 Jahren vom Unfallstag an muss diese Feststellung durch ein Gutachten der Ärztekommision (Artikel 9) erfolgen, dessen Kosten der Versicherer trägt. Stirbt der Versicherte, ohne dass der Tod eine Leistung des Versicherers gemäß Punkt 1.1. bewirkt, vor endgültiger Feststellung der Leistung, so richtet sich deren Höhe nach dem zuletzt festgestellten Grad der Invalidität.
- 2.3. Unter Ausschluss des Nachweises einer höheren oder geringeren Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit gelten folgende Invaliditätsgrade

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 Geruchsinnes	10 %
bei völligem Verlust des Geschmacksinnes	5 %

- 2.3.1. Bei teilweisem Verlust oder teilweiser Gebrauchsunfähigkeit der vorgenannten Glieder oder Sinnesorgane werden die vorstehenden Sätze entsprechend herabgesetzt.
- 2.3.2. Bei Verlust oder Gebrauchsunfähigkeit von mehreren der vorgenannten Glieder oder Sinnesorgane bzw. bei Hinzukommen eines nach Punkt 2.4 festgestellten Invaliditätsgrades werden die sich ergebenden Prozentsätze zusammengerechnet, wobei jedoch nie mehr als 100 % der versicherten

Summe insgesamt geleistet werden.

- 2.4. Soweit sich der Invaliditätsgrad nach Punkt 2.3. nicht bestimmen lässt, wird bei seiner Bemessung in Betracht gezogen, inwieweit der Versicherte imstande ist, Erwerb durch einen Beruf (Beschäftigung) zu erzielen, der seinen Kräften und Fähigkeiten entspricht und ihm unter billiger Berücksichtigung seines zum Zeitpunkt des Unfalles ausgeübten Berufes zugemutet werden kann.
- 2.5. Hat der Versicherte am Unfallstag bereits das 70. Lebensjahr vollendet oder besteht die dauernde Invalidität in einer Nervenerkrankung oder Geisteskrankheit, tritt anstelle der Kapitalszahlung eine nach der beigefügten Rententafel unter Zugrundelegung des vom Versicherten am Unfallstag vollendeten Lebensjahres zu bemessende Rente. Barwert dieser Rente ist jener Betrag, der bei Kapitalszahlung zu erbringen wäre. Die Rentenleistung beginnt gemäß Artikel 8, Punkt 1 und erfolgt jeweils für einen Kalendermonat im Voraus. Sie endet mit Ende des Kalendermonates, in dem der Versicherte gestorben ist.

3. Taggeld

- 3.1. Führt ein Versicherungsfall zu einer Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit, so wird für die Dauer der ärztlichen Behandlung das versicherte Taggeld gezahlt. Das Taggeld wird nach dem Grad der Beeinträchtigung abgestuft. Die Bemessung des Beeinträchtigungsgrades richtet sich nach der Berufstätigkeit oder Beschäftigung des Versicherten.
- 3.2. Das Taggeld wird innerhalb von zwei Jahren ab dem Unfalltag für höchstens 365 Tage gezahlt.

4. Unfallkosten

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

- 4.1. Heilkosten, die zur Behebung seiner Unfallfolgen und nach ärztlicher Verordnung notwendig waren. Hiezu zählen auch die notwendigen Kosten des Krankentransportes, 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. Rücktransportkosten
Wenn die Versicherung für Tod und/oder dauernde Invalidität genommen ist, übernimmt der Versicherer die Kosten des Rücktransportes verunfallter Personen aus dem europäischen Ausland zum Wohnsitz in Österreich, wenn der versicherten Person infolge des Unfalles eine Heimreise mit dem Fahrzeug nicht möglich ist. Handelt es sich bei dem von einem Unfall betroffenen Versicherten um den Fahrzeuglenker, werden auch die Kosten der Rückreise der übrigen Fahrzeuginsassen zum Wohnsitz in Österreich übernommen. Im Falle eines tödlichen Unfalles werden vom Versicherer auch die Kosten der Überführung des Toten zu dessen letztem Wohnsitz in Österreich getragen. Die vorstehenden Leistungen sind für alle Insassen zusammen mit 5 % der für Todesfall und dauernde Invalidität versicherten Summen, höchstens mit EUR 3.640.- begrenzt.

5. Sonstige Leistungen

Der Versicherer übernimmt die erforderlichen Kosten, die durch Erfüllung der in Artikel 11, Punkt 3.1.3. bis 3.1.8. bestimmten Obliegenheiten entstehen.

Artikel 8

Wann und unter welchen Voraussetzungen wird die Versicherungsleistung ausbezahlt? (Versicherungsleistung)

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 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 und auf Grund vorgelegter Bescheinigungen mindestens zu zahlen hat. Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Beendigung der Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers bzw. der versicherten Person gehindert ist.
4. Macht der Versicherer von seinem Recht gemäß Artikel 7, Punkt 2.2. Gebrauch, hat er von jener noch ausstehenden Leistung, die dem vorläufig festgestellten Grad der Invalidität entspricht, jährlich im vorhinein 4 % Zinsen zu zahlen.

Artikel 9

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 Artikels 7 Pkt. 2.2. 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 schriftlicher Aufforderung 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 schriftlich zu begründen.

den. 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 Kosten der Ärztekommision werden von ihr festgesetzt und sind im Verhältnis des Obsiegens vom Versicherer und Versicherungsnehmer zu tragen. Im Falle des Artikels 7 Pkt. 2.2. 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 Betrages, begrenzt.

Selbstbeteiligung

Eine Selbstbeteiligung gilt für jedes Fahrzeug und für jeden Versicherungsfall mit dem jeweils vereinbarten Betrag. Der jeweilige Selbstbehalt ist aus der Deckungsübersicht auf der Police zu entnehmen.

Werden Gegenstände wieder zur Stelle gebracht, an denen der Versicherer gemäß Artikel 5 Pkt. 4 Eigentum erworben hat, so hat der Versicherer eine bei der Versicherungsleistung berücksichtigte Selbstbeteiligung bis zur Höhe des erzielten Verkaufserlöses zu erstatten.

Artikel 10

Was ist nicht versichert? (Risikoausschlüsse)

Ausgeschlossen von der Versicherung sind Unfälle,

1. die bei Beteiligung an motorsportlichen Wettbewerben (auch Wertungsfahrten und Rallyes) und den dazugehörigen Trainingsfahrten entstehen;
2. die als Privatfahrten auf zugelassenen Rennstrecken entstehen;
3. die bei der Vorbereitung oder Begehung gerichtlich strafbarer Handlungen durch den Versicherungsnehmer eintreten, für die Vorsatz Tatbestandsmerkmal ist;
4. die mit Aufruhr, inneren Unruhen, Kriegsereignissen, Verfügungen von hoher Hand und Erdbeben unmittelbar oder mittelbar zusammenhängen;
5. die direkt oder indirekt verursacht werden von, sich ergeben aus oder im Zusammenhang stehen mit jeglicher Art von terroristischen oder politischen Gewalthandlungen. Darüber hinaus sind Schadenereignisse ausgeschlossen, die direkt oder indirekt verursacht werden von, sich ergeben aus oder im Zusammenhang stehen mit Handlungen, die zur Eindämmung, Vorbeugung oder Unterdrückung von terroristischen oder politischen Gewalthandlungen ergriffen werden oder sich in irgendeiner Weise darauf beziehen;
6. die durch den Einfluss von ionisierenden Strahlen im Sinne des Strahlenschutzgesetzes vom 8. Juli 1969 (BGBl. Nr. 227/69) in der jeweils geltenden Fassung verursacht werden;
7. bei Fahrten, die ohne Willen des über das Fahrzeug Verfügungsberechtigten vorbereitet, ausgeführt oder ausgedehnt werden;
8. aufgrund von Krankheiten aller Art;
9. die der Versicherte infolge eines ihn treffenden Herzinfarktes oder Schlaganfalles oder einer ihn treffenden Geistes- oder Bewusstseinsstörung (auch durch Alkohol- oder Suchtgift-, oder Medikamenteneinfluss) erleidet; ein Herzinfarkt gilt in keinem Fall als Unfallsfolge;
10. als Unfallsfolgen (auch Verschlimmerungen):

Bandscheibenhernien und Bauch- oder Unterleibsbrüche jeder Art, Wasserbrüche und Unterschenkelgeschwüre. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn der Versicherte beweist, dass die Bandscheibenhernien durch direkte mechanische oder chemische Einwirkung auf die Wirbelsäule aufgetreten sind, und dass es sich dabei nicht um eine Verschlimmerung schon vor dem Unfall bestehender Krankheitserscheinungen handelt. Dies gilt auch für die angeführten Brüche und Unterschenkelgeschwüre, sofern der Versicherte beweist, dass sie durch eine von außen kommende mechanische oder chemische Einwirkung direkt herbeigeführt worden sind und nicht anlagebedingt waren.

Artikel 11

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

1. Vor dem Eintritt des Versicherungsfalles:

- 1.1. Als Obliegenheit, deren Verletzung im Zeitpunkt des Versicherungsfalles die Leistungsfreiheit des Versicherers nach Maßgabe des § 6 Abs. 1 u. 1a VersVG bewirkt, wird die Verpflichtung bestimmt, Vereinbarungen über die Verwendung des Fahrzeuges einzuhalten;
- 1.2. 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 nach Maßgabe des § 6 Abs. 2 VersVG bewirkt, werden bestimmt,
 - 1.2.1. 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;
 - 1.2.2. dass sich der Lenker nicht in einem durch Alkohol, Suchtgift oder Medikamente beeinträchtigten Zustand im Sinne der Straßenverkehrsvorschriften befindet.
Die Verpflichtung zur Leistung bleibt gegenüber dem Versicherungsnehmer und den versicherten Personen bestehen, sofern für diese die Obliegenheitsverletzung ohne Verschulden nicht erkennbar war;
 - 1.2.3. dass mit dem Fahrzeug Personen nur unter Einhaltung der betreffenden kraftfahrrechtlichen Vorschriften befördert werden.

2. Bei Eintritt des Versicherungsfalles:

- 2.1. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, beim Eintritt des Versicherungsfalles nach Möglichkeit für die Abwendung und Minderung des Schadens zu sorgen und dabei die Weisungen des Versicherers zu befolgen. Wenn es die Umstände gestatten, hat er solche Weisungen einzuholen.
- 2.2. Der Versicherungsnehmer bzw. die versicherten Personen sind im Sinne des § 62 VersVG insbesondere verpflichtet, 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 Unfallsfolgen zu sorgen.
- 2.3. Hat der Versicherungsnehmer diese Verpflichtungen verletzt, ist der Versicherer nach Maßgabe des § 62 Abs. 2 VersVG von der Verpflichtung zur Leistung frei.

3. Nach Eintritt des Versicherungsfalles:

- 3.1. Als Obliegenheiten des Versicherungsnehmers, deren Verletzung nach Eintritt des Versicherungsfalles die Freiheit des Versicherers von der Verpflichtung zur Leistung nach Maßgabe des § 6 Abs. 3 VersVG bewirkt, werden bestimmt,
 - 3.1.1. nach Möglichkeit zur Feststellung des Sachverhaltes beizutragen;
 - 3.1.2. 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 schriftlich (auch mittels Telefax oder E-mail) mitzuteilen;
- 3.1.3. dem Versicherer einen Todesfall innerhalb von 3 Tagen anzuzeigen, und zwar auch dann, wenn der Unfall bereits gemeldet ist;
- 3.1.4. dem Versicherer das Recht einzuräumen, die Leiche durch Ärzte besichtigen, nötigenfalls exhumieren und auch öffnen zu lassen;
- 3.1.5. nach Erhalt des Formulars für Unfallanzeigen dieses ohne Verzug dem Versicherer sorgfältig ausgefüllt zuzusenden; außerdem dem Versicherer alle weiter verlangten sachdienlichen Auskünfte zu erteilen;
- 3.1.6. 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;
- 3.1.7. die mit dem Unfall befassten Behörden zu ermächtigen und zu veranlassen, die vom Versicherer verlangten Auskünfte zu erteilen;
- 3.1.8. sich auf Verlangen des Versicherers durch die von diesem bezeichneten Ärzte untersuchen zu lassen;
- 3.1.9. im Falle der Versicherung von Unfallkosten (siehe Artikel 7 Pkt. 4) dem Versicherer die Originalbelege zu überlassen.

Artikel 12

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.

1. Haben bei den Unfallsfolgen Krankheiten oder Gebrechen mitgewirkt, die schon vor dem Unfall bestanden haben, ist die Leistung entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens zu kürzen, sofern dieser Anteil mindestens 25 % beträgt.
2. 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.
3. Wenn vor Eintritt des Unfalles der Versicherte schon durch Krankheit oder 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 Artikel 7, Punkt 2.3 und 2.4 mit der Maßgabe angewendet, dass gegebenenfalls auch ein höherer Grad der Gesamtinvalidität als 100 % anzunehmen ist, sofern der Unfall Körperteile oder Sinnesorgane betrifft, die nicht schon vor diesem Unfall beschädigt waren.
4. 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.
5. 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.

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 13

Was gilt als Versicherungsperiode und wie lange läuft der Versicherungsvertrag?

1. **Versicherungsperiode**
Als Versicherungsperiode gilt der Zeitraum eines Jahres, wenn der Versicherungsvertrag nicht für kürzere Zeit abgeschlossen ist. Dies gilt auch dann, wenn die Jahresprämie vertragsgemäß in Teilbeträgen entrichtet wird.
2. **Vertragsdauer**
Beträgt die vereinbarte Vertragsdauer mindestens ein Jahr, verlängert sich der Vertrag jeweils um ein Jahr, wenn er nicht einen Monat vor Ablauf gekündigt wird. Beträgt die Vertragsdauer weniger als ein Jahr, endet der Vertrag ohne Kündigung.

Artikel 14

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

1. **Kündigung nach Eintritt des Versicherungsfalles**
Nach dem Eintritt des Schadensfalles ist jeder Teil unbeschadet anderer Rechtsfolgen berechtigt, das Versicherungsverhältnis zu kündigen, wenn der andere Teil eine ihm im Zusammenhang mit dem Schadensfall gesetzlich oder vertraglich auferlegte Pflicht verletzt hat.
Insbesondere kann
 - 1.1. der Versicherungsnehmer kündigen, wenn der Versicherer einen gerechtfertigten Anspruch auf die Versicherungsleistung ablehnt oder seine Anerkennung verzögert.
In diesen Fällen ist die Kündigung vorzunehmen innerhalb eines Monats
 - nach Ablehnung des gerechtfertigten Anspruches auf die Versicherungsleistung;
 - nach Rechtskraft des Urteiles im Falle eines Rechtsstreites vor Gericht;
 - nach Zustellung der Entscheidung der Ärztekommision (Artikel 9);
 - nach Fälligkeit der Versicherungsleistung (Artikel 8).Die Kündigung kann mit sofortiger Wirkung oder zum Ende der laufenden Versicherungsperiode erfolgen.
 - 1.2. der Versicherer kündigen, wenn er den Anspruch auf die Versicherungsleistung dem Grunde nach anerkannt oder die Versicherungsleistung erbracht hat, oder wenn der Versicherungsnehmer einen Anspruch auf Versicherungsleistung arglistig erhoben hat.
Die Kündigung ist vorzunehmen innerhalb eines Monats
 - nach Anerkennung dem Grunde nach;
 - nach erbrachter Versicherungsleistung;
 - nach Ablehnung des arglistig erhobenen Anspruches auf Versicherungsleistung.Die Kündigung kann nur unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist erfolgen. Falls der Versicherungsnehmer einen Anspruch arglistig erhoben hat, kann der Versicherer mit sofortiger Wirkung kündigen.
2. **Wegfall des versicherten Risikos oder Veräußerung des versicherten Fahrzeuges**
Bei Wegfall des versicherten Risikos gilt § 68 VersVG, bei Veräußerung des versicherten Fahrzeuges gelten die §§ 69 ff VersVG.
3. Dem Versicherer gebührt jeweils die Prämie für die bis zur Vertragsauflösung verstrichene Vertragslaufzeit.

Artikel 15

Wann können Versicherungsansprüche abgetreten oder verpfändet werden?

Versicherungsansprüche dürfen vor ihrer endgültigen Feststellung ohne ausdrückliche Zustimmung des Versicherers weder abgetreten noch verpfändet werden.

Artikel 16

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 17

Innerhalb welcher Frist können Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag gerichtlich geltend gemacht werden und wann verjähren Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag?

1. Der Versicherer ist von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Anspruch auf die Versicherungsleistung vom Versicherungsnehmer oder dem Bezugsberechtigten nicht innerhalb eines Jahres gerichtlich geltend gemacht wird. Die Frist beginnt erst, nachdem der Versicherer dem Versicherungsnehmer oder dem Bezugsberechtigten gegenüber den erhobenen Anspruch unter Angabe der mit dem Ablauf der Frist verbundenen Rechtsfolge abgelehnt hat; die Ablehnung ist mit der Anführung einer ihr zugrunde gelegten Tatsache sowie einer gesetzlichen oder vertraglichen Bestimmung zu begründen. Die Frist ist für die Dauer von Vergleichsverhandlungen über den erhobenen Anspruch und für die Zeit, in der der Versicherungsnehmer oder der Bezugsberechtigte ohne sein Verschulden an der rechtzeitigen gerichtlichen Geltendmachung des Anspruchs gehindert ist, gehemmt. Falls eine Entscheidung der Ärztekommision beantragt wird, endet die Frist erst einen Monat nach dieser Entscheidung.
2. Für die Verjährung gilt § 12 VersVG.

Artikel 18

Wem steht die Ausübung der Rechte aus dem Versicherungsvertrag zu, wer hat die Pflichten aus dem Versicherungsvertrag zu erfüllen?

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 Schadenminderungs- und Rettungspflicht verantwortlich.

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

Artikel 19

In welcher Form sind Erklärungen abzugeben?

Alle Mitteilungen und Erklärungen des Versicherungsnehmers

und der versicherten Personen bedürfen zu ihrer Verbindlichkeit der Schriftform, wobei auch Mitteilungen per Telefax und E-mail möglich sind.

Artikel 20

Welches Recht ist anzuwenden?

Es gilt österreichisches Recht.

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

ANHANG zu den AFIUB (Fassung 2009)

Wiedergabe der in den AFIUB erwähnten Gesetzesbestimmungen

Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz 1958

(VersVG - BGBl. Nr. 2/1959 idF. 07/2009)

§ 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 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 einer fahrlässigen Verletzung einer vereinbarten Obliegenheit Rechte nur ableiten, wenn dem Versicherungsnehmer vorher die Versicherungsbedingungen ausgefolgt worden sind oder ihm eine andere Urkunde ausgefolgt worden ist, in der die Obliegenheit mitgeteilt wird.

§ 12

- (1) Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Steht der Anspruch einem Dritten zu, so beginnt die Verjährung zu laufen, sobald diesem sein Recht auf die Leistung des Versicherers bekanntgeworden ist; ist dem Dritten dieses Recht nicht bekanntgeworden, so verjähren seine Ansprüche erst nach zehn Jahren.
- (2) Ist ein Anspruch des Versicherungsnehmers beim Versicherer angemeldet worden, so ist die Verjährung bis zum Einlangen einer schriftlichen Entscheidung des Versicherers gehemmt, die zumindest mit der Anführung einer der Ablehnung derzeit zugrunde gelegten Tatsache und gesetzlichen oder vertraglichen Bestimmung begründet ist. Nach zehn Jahren tritt jedoch die Verjährung jedenfalls ein.
- (3) Der Versicherer ist von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Anspruch auf die Leistung nicht innerhalb eines Jahres gerichtlich geltend gemacht wird. Die Frist beginnt erst, nachdem der Versicherer dem Versicherungsnehmer gegenüber den erhobenen Anspruch in einer dem Abs. 2 entsprechenden Weise sowie unter Angabe der mit dem Ablauf der Frist verbundenen Rechtsfolge abgelehnt hat; sie ist für die Dauer von Vergleichsverhandlungen über den erhobenen Anspruch und für die Zeit, in

der der Versicherungsnehmer ohne sein Verschulden an der rechtzeitigen gerichtlichen Geltendmachung des Anspruchs gehindert ist, gehemmt.

§ 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 Versicherungsfalles und nach Ablauf der Frist des Abs. 1 noch nicht gezahlt, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, es sei denn, dass der Versicherungsnehmer an der rechtzeitigen Zahlung der Prämie ohne sein Verschulden verhindert war.
- (3) Die Aufforderung zur Prämienzahlung hat die im Abs. 1 und 2 vorgesehenen Rechtsfolgen nur, wenn der Versicherer den Versicherungsnehmer dabei auf diese hingewiesen hat.
- (4) Die Nichtzahlung von Zinsen oder Kosten löst 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.

§ 62

- (1) Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, beim Eintritt des Versicherungsfalles nach Möglichkeit für die Abwendung und Minderung des Schadens zu sorgen und dabei die Weisungen des Versicherers zu befolgen; er hat, wenn die Umstände es gestatten, solche Weisungen einzuholen. Sind mehrere Versicherer beteiligt und haben diese entgegenstehende Weisungen gegeben, so hat der Versicherungsnehmer nach eigenem pflichtgemäßen Ermessen zu handeln.
- (2) Hat der Versicherungsnehmer diese Verpflichtungen verletzt, so ist

der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, es sei denn, dass die Verletzung weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruht. Bei grobfahrlässiger Verletzung bleibt der Versicherer zur Leistung insoweit verpflichtet, als der Umfang des Schadens auch bei gehöriger Erfüllung der Verpflichtungen nicht geringer gewesen wäre.

§ 68

- (1) Besteht das versicherte Interesse beim Beginn der Versicherung nicht oder gelangt, falls die Versicherung für ein künftiges Unternehmen oder sonst für ein künftiges Interesse genommen ist, das Interesse nicht zur Entstehung, so ist der Versicherungsnehmer von der Verpflichtung zur Zahlung der Prämie frei; der Versicherer kann eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.
- (2) Fällt das versicherte Interesse nach dem Beginn der Versicherung weg, so gebührt dem Versicherer die Prämie, die er hätte erheben können, wenn die Versicherung nur bis zu dem Zeitpunkt beantragt worden wäre, in welchem der Versicherer vom Wegfall des Interesses Kenntnis erlangt.
- (3) Fällt das versicherte Interesse nach dem Beginn der Versicherung durch ein Kriegsereignis oder durch eine behördliche Maßnahme aus Anlass eines Krieges weg oder ist der Wegfall des Interesses die unvermeidliche Folge eines Krieges, so gebührt dem Versicherer nur der Teil der Prämie, welcher der Dauer der Gefahrtragung entspricht.
- (4) In den Fällen der Abs. 2 und 3 sind die dem Versicherungsnehmer zurückzuerstattenden Prämienteile erst nach Kriegsende zu zahlen.
- (5) (Anm.: aufgehoben durch BGBl. Nr. 509/1994)

§ 69

- (1) Wird die versicherte Sache vom Versicherungsnehmer veräußert, so tritt an Stelle des Veräußerers der Erwerber in die während der Dauer seines Eigentums aus dem Versicherungsverhältnis sich ergebenden Rechte und Pflichten des Versicherungsnehmers ein.
- (2) Für die Prämie, welche auf die zur Zeit des Eintrittes laufende Versicherungsperiode entfällt, haften der Veräußerer und der Erwerber zur ungeteilten Hand.
- (3) Der Versicherer hat die Veräußerung in Ansehung der durch das Versicherungsverhältnis gegen ihn begründeten Forderungen erst dann gegen sich gelten zu lassen, wenn er von ihr Kenntnis erlangt; die Vorschriften der §§ 1394 bis 1396 des Allgemeinen bürgerlichen Gesetzbuches sind entsprechend anzuwenden.

§ 70

- (1) Der Versicherer ist berechtigt, dem Erwerber das Versicherungsverhältnis unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zu kündigen. Das Kündigungsrecht erlischt, wenn der Versicherer es nicht innerhalb eines Monats von dem Zeitpunkt an ausübt, in welchem er von der Veräußerung Kenntnis erlangt hat.
- (2) Der Erwerber ist berechtigt, das Versicherungsverhältnis zu kündigen; die Kündigung kann nur mit sofortiger Wirkung oder auf den Schluss der laufenden Versicherungsperiode erfolgen. Das Kündigungsrecht erlischt, wenn es nicht innerhalb eines Monats nach dem Erwerb ausgeübt wird; hatte der Erwerber von der Versicherung keine Kenntnis, so bleibt das Kün-

digungsrecht bis zum Ablauf eines Monats von dem Zeitpunkt an bestehen, in welchem der Erwerber von der Versicherung Kenntnis erlangt hat.

(3)

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

§ 71

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

§ 75

- (1) Bei der Versicherung für fremde Rechnung stehen die Rechte aus dem Versicherungsvertrag dem Versicherten zu. Die Aushändigung 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 der Konkurs eröffnet ist, der Konkursmasse 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.

Rententafel

auf Grund der österreichischen Sterbetafel MÖ 1930/33 und eines Zinsfußes von jährlich 3 % (Art. 7, Pkt. 2, AFiUB)

Jahresbetrag der monatlich im voraus zahlbaren lebenslangen¹⁾ Rente für einen Kapitalsbetrag von EUR 1.000,-

Alter ²⁾	Jahresrente	Alter ²⁾	Jahresrente	Alter ²⁾	Jahresrente	Alter ²⁾	Jahresrente
0	41,78	21	42,35	41	55,33	61	93,92
1	37,37	22	42,74	42	56,39	62	97,45
2	37,15	23	43,14	43	57,51	63	101,21
3	37,19	24	43,57	44	58,69	64	105,25
4	37,31	25	44,02	45	59,93	65	109,59
5	37,46	26	44,49	46	61,24	66	114,26
6	37,64	27	45,00	47	62,63	67	119,30
7	37,83	28	45,53	48	64,10	68	124,78
8	38,04	29	46,08	49	65,66	69	130,72
9	38,28	30	46,67	50	67,30	70	137,17
10	38,55	31	47,28	51	69,05	71	144,15
11	38,83	32	47,92	52	70,89	72	151,70
12	39,14	33	48,59	53	72,84	73	159,82
13	39,47	34	49,29	54	74,92	74	168,58
14	39,82	35	50,03	55	77,12	75	177,94
15	40,17	36	50,80	56	79,47	76	188,01
16	40,53	37	51,61	57	81,99	77	198,85
17	40,89	38	52,47	58	84,67	78	210,48
18	41,24	39	53,37	59	87,54	79	223,06
19	41,60	40	54,33	60	90,62	80	236,57
20	41,97						

¹⁾ Bei zeitlich begrenzten Renten ist die Höhe der auf einen Kapitalsbetrag von EUR 1.000,- entfallenden Jahresrente aus denselben Rechnungsgrundlagen zu erstellen.

²⁾ Für die Berechnung der Rente ist das Alter des Rentners an seinem dem Beginne des Rentenbezuges nächstgelegenen Geburtstage maßgebend

Satz- und Druckfehler vorbehalten.