MuKi Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit
A-4802 Ebensee, Rindbachstr. 15, Tel. 06133/8282-0
Fax: 06133/8282-27, office@muki.com, www.muki.com
FN 251897m DVR: 2110857

Allgemeine Bedingungen

für die Kinderunfallversicherung 2004
(AUBK 2004)

1. Der Versicherungsschutz (Art. 1 - 6)

Artikel 1.

Gegenstand der Versicherung.

Versicherungsleistungen werden nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen im Rahmen der versicherten Beträge erbracht, wenn dem Versicherten während der Wirksamkeit des Versicherungsschutzes ein Unfall zustößt.

Artikel 2.

Begriff des Unfalles.

1. Als Unfall im Sinne des Vertrages gilt jedes vom Willen des Versicherten unabhängige Ereignis, das, plötzlich von außen mechanisch oder chemisch auf seinen Körper einwirkend, eine körperliche Schädigung oder den Tod des Versicherten nach sich zieht.
2. Als Unfälle gelten auch folgende, vom Willen des Versicherten unabhängige Ereignisse:
   a) das Ertrinken;
   b) Verrenkungen, Zerrungen und Zerreißungen - jedoch nicht der inneren Organe und Gefäße - infolge plötzlicher ungewohnter Kraftanstrengung (siehe auch: Art. 3, Z. III, Pkt. 9);
   c) Tod oder körperliche Schädigung durch Verbrennungen, Blitzschlag oder elektrischen Strom;
   d) Wundinfektion infolge einer Unfallverletzung;
   e) aa) Einatmen von Gasen oder Dämpfen;
   bb) Vergiftungen oder Verätzungen infolge Einnehmens von giftigen oder ätzenden Stoffen,
   es sei denn, dass diese Einwirkungen allmählich erfolgen (Siehe auch den Ausschluss von Berufs- und Gewerbekrankheiten unter Punkt 3, lit. a) oder, dass es sich um körperliche Schädigung durch Einnehmen von Arznei-, Nahrungs- oder Genußmitteln handelt.
3. Als Unfälle gelten nicht:
   a) Krankheiten aller Art, insbesondere Berufs- und Gewerbekrankheiten, sonstige übertragbare Krankheiten;
   b) körperliche Schädigungen infolge der Einflüsse von Strahlen aller Art, es sei denn, dass der Versicherte diesen Einflüssen bei der ärztlichen Behandlung von Folgen eines Versicherungsfalles ausgesetzt war;
   c) körperliche Schädigungen infolge der Einflüsse von Licht, Temperatur und Witterung, es sei denn, dass der Versicherte diesen Einflüssen oder Einwirkungen durch einen Versicherungsfall oder bei der ärztlichen Behandlung von Folgen eines Versicherungsfalles ausgesetzt war.

Artikel 3.

Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes.

I.

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

   Werden somit
   a) die Unfallsfolgen durch nicht mit dem Unfall zusammenhängende Krankheiten oder Gebrechen beeinflußt, so wird die Leistung entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens an diesen Folgen gekürzt. Der Anteil bleibt unberücksichtigt, sobald er weniger als 25 % beträgt;
   b) solche Körperteile oder Organe von dem Unfall betroffen, die bereits vor dem Unfalle ganz oder teilweise verkrüppelt, verstümmelt oder gebrauchsunfähig waren, oder wird durch die Unfallsfolgen ein bestehendes organisches Leiden verschlimmert, so wird eine Versicherungsleistung nur im Ausmaße des Steigerung des Invaliditätsgrades erbracht.
2. Für psychische und nervöse Störungen wird eine Leistung nur erbracht, wenn und soweit diese Störungen auf eine durch Unfall verursachte organische Erkrankung des Nervensystems oder auf eine Epilepsie zurückzuführen sind, die durch den Unfall erstmals entstanden ist.

II. Luftfahrt:

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auch auf Unfälle, die der Versicherte als Fluggast eines zum zivilen Luftverkehr zugelassenen Motor- oder Strahlflugzeuges oder als ziviler Fluggast eines Militärflugzeuges, das zur Personenbeförderung eingesetzt ist, erleidet.

III. Ausgeschlossen von der Versicherung sind

1. a) Unfälle im Falle von Kriegsereignissen jeder Art (einschließlich Neutralitätsverletzungen), wenn der Versicherte nicht nachweist, dass der Unfall mit diesen Ereignissen weder unmittelbar noch mittelbar zusammenhängt;
   b) Unfälle im Zusammenhang mit Auflauf, Aufstand, Aufruhr, öffentlicher Gewalttätigkeit, wenn der Versicherte bei diesen Ereignissen auf seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;
2. Unfälle, die der Versicherte bei der Begehung gerichtlich strafbarer Handlungen erleidet, für die Vorsatz Tatbestandsmerkmal ist;
3. Unfälle des Versicherten als Lenker von Kraftfahrzeugen, wenn er nicht die vorgeschriebene Fahrerlaubnis (Führerschein) besitzt, ferner Unfälle unter jedweder Benützung von Kraftfahrzeugen bei der Beteiligung an Fahrtveranstaltungen, bei denen es auf die Erzielung einer Höchstgeschwindigkeit ankommt, und bei den dazugehörigen Übungsfahrten;
4. Unfälle, die der Versicherte bei der Teilnahme
   a) an Landes-, Bundes- oder internationalen Wettbewerben auf dem Gebiete des Skilaufens, Skispringens, Bobsleighfahrens und Skibobfahrens und
   b) am öffentlichen Training für die unter lit. a) angeführten Rennen und Wettbewerbe erleidet;
5. Unfälle bei der Benützung von Luftfahrzeugen, soweit sie nicht unter die Bestimmungen der Z. II fallen, ferner bei der Benützung von Luftfahrgeräten und bei Fallschirmabsprüngen;
6. Unfälle, die durch einen Herzinfarkt herbeigeführt wurden; ferner gilt ein Herzinfarkt in keinem Falle als Unfallsfolge;
7. Unfälle infolge von Schlaganfällen, von Geistes- oder Bewußtseinsstörungen (auch durch Alkohol- oder Rauschgifteinfluß), es sei denn, dass diese Anfälle oder Störungen durch ein unter die Versicherung fallendes Unfallereignis hervorgerufen wurden;

8. körperliche Schädigungen bei Heilmaßnahmen und Eingriffen, die der Versicherte an seinem Körper vornimmt oder vornehmen lässt, soweit nicht ein Versicherungsfall hiezu der Anlass war. Der Versicherer haftet aber für Unfälle beim Schneiden von Nägeln, Hühneraugen und harter Haut;
9. als Unfallsfolgen (auch Verschlimmerungen): Bauch- oder Unterleibsbrüche irgendwelcher Art, Wasserbrüche, Unterschenkelgeschwüre oder Bandscheibenhernien. Sie fallen jedoch unter die Versicherung, sofern der Versicherte beweist, dass die Brüche der bezeichneten Art bzw. die Unterschenkelgeschwüre durch eine gewaltsame, von außen kommende und mechanische oder chemische Einwirkung direkt herbeigeführt worden sind und nicht anlagebedingt waren, bzw. dass die Bandscheibenhernien durch direkte schwere Verletzungen der sonst gesunden Wirbelsäule aufgetreten sind und es sich nicht um eine Verschlimmerung solcher schon vor dem Unfall bestehender Krankheitserscheinungen handelt;
10. als Unfallfolgen: Krampfadern, Darmverschließungen, Blinddarmentzündungen, gleichgültig, ob die vorgenannten Krankheiten durch den Unfall herbeigeführt oder verschlimmert worden sind.

Artikel 4.

Örtliche Geltung.

Der Versicherungsschutz gilt für die ganze Erde.

Artikel 5.

Nicht versicherungsfähige Personen

Versicherungsunfähig und trotz Prämienzahlung nicht versichert sind Personen, die von Epilepsie oder schwerem Nervenleiden befallen sind, ferner Geisteskranke, Blinde, Taube, Gelähmte und solche Personen, die nach den Bestimmungen des Art. 10 mehr als 70 % dauernd invalid sind.

Artikel 6.

Gefahränderung.

Eine Verschlechterung in den Gesundheitsverhältnissen des Versicherten ist, sofern nicht Versicherungsunfähigkeit gemäß Artikel 5 vorliegt, auf den Fortbestand des Versicherungsvertrages ohne Einfluss.

2. Der Versicherungsfall (Art. 7 - 14)

Artikel 7.

Pflichten nach Eintritt eines Unfalles.

Nach Einritt eines Unfalles haben der Versicherungsnehmer, die Versicherten und sonstige Personen, die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrage geltend machen können, folgende Pflichten zu erfüllen:

1. Der Unfall ist dem Versicherer unverzüglich schriftlich anzuzeigen.
2. Ein Todesfall ist dem Versicherer innerhalb 24 Stunden telegraphisch anzuzeigen, und zwar auch dann, wenn der Unfall bereits angemeldet ist. Der Versicherer hat das Recht, die Leiche durch Ärzte besichtigen, nötigenfalls exhumieren und auch öffnen zu lassen.
3. Nach dem Unfall ist unverzüglich ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen und die ärztliche Behandlung bis zum Abschlusse des Heilverfahrens regelmäßig fortzusetzen; ebenso ist für eine angemessene Krankenpflege sowie überhaupt nach Möglichkeit für die Abwendung und Minderung der Unfallsfolgen zu sorgen.
4. Nach Erhalt des Formulars für Unfallanzeigen ist dieses ohne Verzug dem Versicherer sorgfältig ausgefüllt zuzusenden; außerdem sind dem Versicherer alle verlangten sachdienlichen Auskünfte zu erteilen.
5. Der behandelnde Arzt sowie diejenigen Ärzte, von denen der Versicherte aus anderen Anlässen behandelt oder untersucht worden ist, sind zu ermächtigen und zu veranlassen, die vom Versicherer geforderten Auskünfte zu erteilen und Berichte zu liefern. Ist der Unfall einem Sozialversicherer gemeldet, so ist auch dieser im vorstehenden Sinne zu ermächtigen.
6. Der Versicherer kann verlangen, dass sich der Versicherte durch die vom Versicherer bezeichneten Ärzte untersuchen lässt.
7. Im Falle der Mitversicherung von Heil-, Bergungs- und Rückholkosten sind dem Versicherer die Originalbelege zu überlassen.

Artikel 8.

Leistungen des Versicherers.

I.

1. Tritt innerhalb eines Jahres vom Unfalltage an gerechnet der Tod als Folge des Unfalles ein, so erfolgt die Leistung des Versicherers auf Grund der für den Todesfall versicherten Summe.
2. Auf die Todesfallleistung werden nur Zahlungen, die für dauernde Invalidität aus demselben Ereignis erbracht worden sind, angerechnet. Einen Mehrbetrag an Leistung für dauernde Invalidität kann der Versicherer nicht zurückverlangen.

II.

1. Ergibt sich innerhalb eine Jahres vom Unfalltage an gerechnet, dass eine dauernde Invalidität zurückbleibt, so ist
   a) entweder aus der hiefür versicherten Summe die dem Grade der Invalidität entsprechende Versicherungsleistung (vergleiche Art. 10) zu erbringen oder
   b) ist der Versicherer berechtigt, den Grad der Invalidität, soweit er nicht nach Art. 10 Pkt. 1, eindeutig feststeht, bis längstens vier Jahre vom Unfalltage an jährlich neu feststellen zu lassen (Art. 12, Pkt. 3); nach zwei Jahren vom Unfalltage an muss diese Feststellung durch ein Gutachten der Ärztekommission erfolgen (Art. 14), dessen Kosten der Versicherer trägt. Stirbt der Versicherte, ohne dass der Tod eine Leistung des Versicherers gemäß Z. 1, Pkt. 1, bewirkt, vor endgültiger Feststellung der Leistung, so richtet sich deren Höhe nach dem zuletzt festgestellten Grad der Invalidität.
2. Ein Anspruch auf Leistung für dauernde Invalidität ist innerhalb von achtzehn Monaten vom Unfalltage an geltend zu machen und unter Vorlage eines ärztlichen Befundberichtes zu begründen.

III. Bis zur Höhe der hiefür vorgesehenen Versicherungssumme werden für jeden Versicherungsfall ersetzt:

1. Heilkosten:
   a) Aufgewendete Heilkosten, die innerhalb eines Jahres nach dem Unfalle zur Behebung seiner Folgen 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 sowie anderweitiger nach dem ärztlichen Ermessen erforderlicher erstmaliger Anschaffungen. Die Kosten für Bade-, Erholungsreisen und -aufenthalte, ferner der Reparatur oder der Wiederbeschaffung eines Zahnersatzes, künstlicher Gliedmaßen oder sonstiger künstlicher Behelfe werden nicht ersetzt.
   b) Insoweit Heilkosten von einem Sozial- oder Privatversicherer (z.B. auf Grund einer Krankenversicherung oder weiteren Unfallversicherung) beansprucht und geleistet werden, erfolgt auf Grund dieser Unfallversicherung kein Ersatz. Der Leistungsanspruch ist insgesamt mit dem Betrage begrenzt, der tatsächlich für Heilkosten aufgewendet worden ist.
2. Bergungskosten:

   Bergungskosten, die notwendig werden, wenn der Versicherte
   a) durch Unfall oder infolge Berg- oder Wassernot den Tod erleidet und seine Bergung erfolgen muss,
   b) einen Unfall erlitten hat oder in Berg- oder Wassernot geraten ist,

verletzt oder unverletzt geborgen werden muss. Bergungskosten sind die nachgewiesenen Kosten des Suchens nach dem Versicherten und seines Transportes bis zur nächsten befahrbaren Straße.

3. Die notwendigen Kosten eines Rettungstransportes mittels Hubschrauber in Österreich werden bis maximal Euro 7.500,-- ersetzt.

4. Rückholkosten:

   Die nachgewiesenen Kosten des Transportes des außerhalb seines Wohnortes verunfallten Versicherten von der Unfallstelle bzw. dem Krankenhaus, in welches der Versicherte nach dem Unfall gebracht wurde, an seinen Wohnort bzw. zu dem seinem Wohnort nächstgelegenen Krankenhaus. Ist als Folge des Unfalles der Tod des Versicherten eingetreten, werden die Kosten des Leichentransportes vom Ort, an dem der Versicherte gestorben ist, bis zu dem seinem Wohnort nächstgelegenen Friedhof ersetzt. Keinesfalls fallen jedoch die Kosten des Begräbnisses unter die Versicherung. Rückholkosten werden nur insoweit ersetzt, als sie innerhalb eines Jahres nach dem Unfall entstehen.

Artikel 9.

Nebenleistungen.

Neben den in Art. 8 angeführten Leistungen übernimmt der Versicherer

a) alle notwendigen Kosten, die durch die Erfüllung der in Art. 7, Pkt. 6 angeführten Pflichten entstehen;

b) die Kosten der sonst vom Versicherer befragten Ärzte (siehe jedoch Art. 14, Pkt. 6);

c) die Gebühren für die zur Begründung des Versicherungsanspruches erforderlichen Zeugnisse bis zu 0,5 ‰ der Versicherungssumme für Tod und dauernde Invalidität zusammen;

d) die Kosten der von ihm angeordneten Besichtigung, Exhumierung und Öffnung der Leiche.

Artikel 10.

Feststellung des Grades der dauernden Invalidität.

1. Für die Bemessung der Leistung gelten unter Ausschluss des Nachweises einer höheren oder geringeren Arbeitsfähigkeit folgende Invaliditätsgrade:

bei völligem Verlust oder völliger Gebrauchsunfähigkeit	
eines Armes bis oberhalb des Ellenbogengelenkes	100 %
eines Armes unterhalb des Ellenbogengelenkes oder einer Hand	60 %
eines Daumens	20 %
eines Zeigefingers	10 %
eines anderen Fingers	5 %
eines Beines bis oberhalb des Kniegelenkes	100 %
eines Beines bis unterhalb des Kniegelenkes 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	100 %
bei völligem Verlust des Gehörs beider Ohren	60 %
bei völligem Verlust des Gehörs eines Ohres	15 %
sofern jedoch das Gehör des anderen Ohres vor Eintritt	
des Versicherungsfalles bereits verloren war	30 %
bei völligem Verlust des Geruchssinnes	10 %
bei völligem Verlust des Geschmackssinnes	10 %

2. Bei teilweisem Verluste oder teilweiser Gebrauchsunfähigkeit der vorgenannten Glieder oder Sinnesorgane werden die vorstehenden Sätze entsprechend herabgesetzt. Wenn durch einen Unfall die Sehkraft eines Auges oder das Gehör eines Ohres zur Gänze und gleichzeitig die Sehkraft des anderen Auges oder das Gehör des anderen Ohres teilweise verlorengehen oder wenn es zu einer teilweisen Herabsetzung der Sehkraft beider Augen oder des Gehörs beider Ohren kommt, so bilden 50% der unter Punkt 1 für den völligen Verlust der Sehkraft beider Augen oder der für den völligen Verlust des Gehöres beider Ohren festgelegten höchsten Invaliditätsgrenze die Grundlage für die Bemessung der Leistung für das einzelne Sinnesorgan.

3. Soweit sich der Invaliditätsgrad nach Vorstehendem nicht bestimmen lässt, wird bei der Bemessung in Betracht gezogen, inwieweit der Versicherte imstande ist, Erwerb durch einen Beruf (Beschäftigung) zu erzielen, der seinen Kräften und Fähigkeiten entspricht.

4. Bei dem Verluste oder der Gebrauchsunfähigkeit von mehreren der vorgenannten Glieder oder Sinnesorgane bzw. bei Vorliegen eines nach Pkt. 3 festgestellten Invaliditätsgrades werden die sich ergebenden Prozentsätze zusammengerechnet, wobei jedoch unbeschadet der Bestimmungen des Pkt. 5 nie mehr als 100 % insgesamt geleistet werden.

5. Beträgt der gemäß den Punkten 1 bis 4 festgestellte Invaliditätsgrad mehr als 50 %, dann wird für den 50 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die doppelte Leistung erbracht.

Artikel 11.

Feststellung und Form der Leistung des Versicherers

I. Der Versicherer ist verpflichtet, bei Ansprüchen auf Todesfallleistung, Heil-, Bergungs- und Rückholkosten innerhalb eines Monates, bei Ansprüchen auf Leistung für dauernde Invalidität innerhalb dreier Monate zu erklären, ob und inwieweit er eine Leistungspflicht anerkennt. Die Fristen beginnen mit dem Eingang der Unterlagen, die der Ansprucherhebende zur Feststellung des Unfallherganges und der Unfallfolgen und über den Abschluss des Heilverfahrens beizubringen hat.

II. Die Leistung des Versicherers erfolgt im Todesfalle in Form der Kapitalzahlung. Das gleiche gilt im Falle der dauernden Invalidität.

Artikel 12.

Fälligkeit der Leistung des Versicherers.

1. Ist die Leistung des Versicherers dem Grunde und der Höhe nach feststehend, so ist sie nach zwei Wochen fällig.

2. Steht die Leistungspflicht dem Grunde nach fest, so kann der Versicherungsnehmer nach dem Ablauf eines Monates in Anrechnung auf die Gesamtforderung Abschlagszahlungen in Höhe des Betrages verlangen, den der Versicherer nach Lage der Sache mindestens zu bezahlen haben wird.

3. Macht der Versicherer von seinem Rechte gemäß Art. 8, Z. II, Pkt. 1, lit. b), Gebrauch, so hat er von jener noch ausstehenden Leistung, die dem vorläufig festgestellten Grade der Invalidität entspricht, jährlich im vorhinein 4% Zinsen zu bezahlen.

Artikel 13.

Verwirkung der Leistung.

Die Verletzung einer der dem Versicherer gegenüber nach Art. 7 zu erfüllenden Pflichten hat den Verlust des Rechtes auf die Leistung des Versicherers zur Folge, es sei denn, dass die Verletzung weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruht. Bei grober Fahrlässigkeit bleibt der Versicherer zur Leistung insoweit verpflichtet, als die Verletzung weder Einfluss auf die Feststellung des Versicherungsfalles noch auf die Feststellung oder den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung gehabt hat.

Artikel 14.

Ärztekommission.

1. Im Falle von Meinungsverschiedenheiten über Art und Umfang der Unfallsfolgen oder darüber, in welchem Umfang der eingetretene Schaden auf den Versicherungsfall zurückzuführen ist, ferner über die Beeinflussung der Unfallsfolgen durch Krankheit oder Gebrechen entscheidet die Ärztekommission. Die Feststellung, die die Ärztekommission im Rahmen ihrer Zuständigkeit trifft, ist verbindlich, wenn nicht nachgewiesen wird, dass sie offenbar von der wirklichen Sachlage erheblich abweicht.
2. In den nach Pkt. 1 der Ärztekommission vorbehaltenen Streitfällen hat der Versicherungsnehmer innerhalb von sechs Monaten, nachdem ihm die Erklärung des Versicherers gemäß Art. 11, Z. I zugegangen ist, unter Bekanntgabe seiner Forderung Widerspruch zu erheben und die Entscheidung der Ärztekommission zu beantragen; andernfalls sind weitergehende Ansprüche, als sie vom Versicherer anerkannt sind, ausgeschlossen. Auf diese Rechtsfolgen hat der Versicherer in seiner Erklärung hinzuweisen.

   Das Recht, die Entscheidung der Ärztekommission zu beantragen, steht auch dem Versicherer zu.
3. Für die Ärztekommission werden regelmäßig zwei Ärzte bestimmt, von denen jede Partei einen der anderen Partei mittels eingeschriebenen Briefes namhaft zu machen hat. Wenn eine Partei innerhalb von 14 Tagen ab Zustellung keinen Arzt benennt, wird dieser auf Antrag einer Partei von der für den Wohnsitz des Versicherten zuständigen Landesärztekammer 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 auf Grund der Versicherungsbedingungen entscheidet.

   Wenn sich die beiden Ärzte über die Wahl des Obmannes nicht einigen, erfolgt dessen Bestellung auf Antrag einer Partei durch die für den Wohnsitz des Versicherten zuständige Landesärztekammer.

   Wenn ein bestellter Arzt oder der bestellte Obmann die Annahme der Bestellung ablehnt oder die Erfüllung seiner Pflichten verweigert oder ungebührlich verzögert oder aus sonstigen Gründen ausfällt, so hat die Bestellung eines entsprechenden Ersatzmannes unter sinngemäßer Anwendung der Bestimmungen des ersten bzw. zweiten Absatzes zu erfolgen.
4. Der Versicherte ist verpflichtet, sich von den Mitgliedern der Ärztekommission untersuchen zu lassen und sich jenen Maßnahmen zu unterziehen, die diese Kommission für notwendig hält. Die Ärztekommission hat die Parteien zu hören.
5. Die Ärztekommission hat über ihre Tätigkeit ein Protokoll zu führen; in diesem ist die Entscheidung schriftlich zu begründen. Soweit sich die Mitglieder nicht einigen, hat jeder seine Auffassung im Protokoll gesondert niederzulegen. Ist eine Entscheidung durch den Obmann erforderlich, dann legt auch er sie in einem Protokoll nieder. Die Akten dieses Verfahrens werden vom Versicherer verwahrt.
6. Die Kosten der Ärztekommission werden von ihr festgesetzt und sind im Verhältnis des Obsiegens von den Parteien zu tragen, wobei der Anteil der Kosten, die der Versicherungsnehmer zu tragen hat, mit 1 % der für den Tod und Invalidität zusammen versicherten Summe - höchstens jedoch mit 25 % des Streitwertes - beschränkt wird.

3. Das Versicherungsverhältnis (Art. 15 - 19)

Artikel 15.

Rechtsverhältnis Dritter.

1. Die Unfallversicherung kann gegen Unfälle, die dem Versicherungsnehmer, oder gegen Unfälle, die einem anderen zustoßen, genommen werden.
2. Eine Versicherung gegen Unfälle, die einem anderen zustoßen, gilt im Zweifel als für Rechnung des anderen genommen, Die Vorschriften der §§ 75 bis 79 VersVG. finden entsprechende Anwendung.
3. Wird eine Versicherung gegen Unfälle, die einem anderen zustoßen, von dem Versicherungsnehmer für eigene Rechnung genommen, so ist zur Gültigkeit des Vertrages die schriftliche Einwilligung 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 Einwilligung nicht vertreten.
4. Soweit im Falle des Abs. 3 die Kenntnis und das Verhalten des Versicherungsnehmers nach den Vorschriften des VersVG. von rechtlicher Bedeutung ist, kommt auch die Kenntnis und das Verhalten des anderen in Betracht.

Artikel 16.

Versicherungsperiode, Prämie, Beginn des Versicherungsschutzes.

I. Als Versicherungsperiode gilt, wenn der Versicherungsvertrag nicht für eine kürzere Zeit abgeschlossen ist, der Zeitraum eines Jahres.

II.

1. Der Versicherungsnehmer hat die erste oder einmalige Prämie innerhalb von 14 Tagen nach Erhalt der Polizze zu bezahlen. Der Versicherungsschutz beginnt mit dieser Zahlung, jedoch nicht vor dem in der Polizze festgesetzten Zeitpunkte.
2. Folgeprämien einschließlich Nebengebühren sind zu dem in der Polizze festgesetzten Zeitpunkte zu entrichten.
3. Für die Folgen nicht rechtzeitiger Prämienzahlung gelten die §§ 38 ff VersVG. Die gerichtliche Geltendmachung des Anspruchs auf rückständige Folgeprämien samt Kosten darf nur innerhalb eines Jahres seit Ablauf der nach § 39 VersVG. gesetzten Zahlungsfrist erfolgen.

Artikel 17.

Vertragsdauer, Kündigung.

I. Der Vertrag ist zunächst auf die in der Polizze festgesetzte Zeit abgeschlossen. Beträgt diese mindestens ein Jahr, so gilt der Versicherungsvertrag jedesmal um ein Jahr verlängert, wenn er nicht mindestens drei Monate vor Ablauf der Vertragszeit von einem der Vertragsteile mittels eingeschriebenen Briefes gekündigt worden ist.

II.

1. Nach Eintritt des Versicherungsfalles kann
   a) der Versicherungsnehmer kündigen, wenn der Versicherer die Anerkennung eines begründeten Versicherungsanspruches ganz oder teilweise verweigert oder verzögert hat. Die Kündigung kann nur innerhalb eines Monates nach Ablehnung der Versicherungsleistung, im Falle eines Rechtsstreites über diese auch innerhalb eines Monates nach Rechtskraft des Urteiles erfolgen; im Falle der Verzögerung der Anerkennung muss die Kündigung innerhalb eines Monates nach Fälligkeit der Versicherungsleistung ausgesprochen werden.

      Hat der Versicherungsnehmer bei Verzögerung der Anerkennung des begründeten Versicherungsanspruches nicht innerhalb eines Monates nach Fälligkeit der Versicherungsleistung gekündigt und erfolgt nachher eine Ablehnung der Versicherungsleistung durch den Versicherer, so kann der Versicherungsnehmer noch innerhalb eines Monates nach dieser Ablehnung kündigen.

      Die Kündigung kann spätestens für den Zeitpunkt des Ablaufes der laufenden Versicherungsperiode erfolgen;

b) der Versicherer kündigen, wenn er eine Versicherungsleistung erbracht hat oder der Versicherungsnehmer einen unbegründeten Leistungsanspruch arglistig erhoben hat. Die Kündigung muss innerhalb eines Monates nach erbrachter Leistung oder Ablehnung des unbegründeten Versicherungsanspruches erklärt werden. Bei Kündigung nach erbrachter Leistung ist eine Kündigungsfrist von mindestens einem Monat einzuhalten; die Kündigung wegen arglistiger Erhebung eines unbegründeten Versicherungsanspruches kann mit sofortiger Wirkung erfolgen.

Artikel 18.

Klagefrist

Wenn der Anspruch auf die Leistung nicht innerhalb einer Frist von einem Jahr gerichtlich geltend gemacht wird, nachdem der Versicherer ihn unter Angabe der mit dem Ablauf der Frist verbundenen Rechtsfolge dem Versicherungsnehmer oder Bezugsberechtigten gegenüber schriftlich abgelehnt hat, ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei. Falls eine Entscheidung der Ärztekommission beantragt wird, endet die Frist erst einen Monat nach dieser Entscheidung.

Artikel 19.

Schriftliche Form der Erklärungen.

Sämtliche für den Versicherer bestimmte Anzeigen und Erklärungen müssen schriftlich erfolgen. Bei Todesfällen gilt Art. 7, Pkt. 2.

Ist nicht in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen oder durch besondere Vereinbarungen, soweit es das Gesetz zulässt, Abweichendes bestimmt, so gelten die gesetzlichen Vorschriften.

Zusatzbedingungen für die Kinderunfallversicherung

I. Solange ein Versicherter das 15. Lebensjahr nicht vollendet hat, gelten neben den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Kinderunfallversicherung 2004 in deren teilweiser Abänderung und Ergänzung diese Zusatzbedingungen.

II. Art. 7, wird dahin ergänzt, dass der Versicherungsnehmer, wenn sich der Versicherte nicht in seiner Obsorge befindet, verpflichtet ist, dafür zu sorgen, dass alle in diesem Artikel übernommenen Verpflichtungen von den Personen erfüllt werden, in deren Obsorge sich der Versicherte befindet und denen die Ausübung dieser Verpflichtungen an Stelle des Versicherungsnehmers zumutbar ist. Art. 13 findet auch auf diese Verpflichtungen des Versicherungsnehmers Anwendung.

III. Im Falle des Todes als Unfallsfolge (Art. 8, Z. I, Pkt. 1) werden die aufgewendeten angemessenen Begräbniskosten innerhalb der versicherten Summe ersetzt.

IV. Art. 10, wird durch folgenden Punkt (6) ergänzt:

6. Wenn und insoweit der Invaliditätsgrad endgültig feststeht, hat der Versicherer die polizzenmäßige Leistung zu erbringen. In allen anderen Fällen gelten die Bestimmungen des Art. 8, Z. II, Pkt. 1, lit. b) mit der Änderung, dass die Ärztekommission nur über Verlangen eines Vertragsteiles angerufen wird.

Zusatzbedingungen für die Erweiterung des Versicherungsschutzes

Artikel 1.

Gegenstand der Versicherung

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auch auf die Folgen der Erkrankung des Versicherten an Kinderlähmung (Poliomyelitis) sowie der durch Zeckenbiss übertragenen Frühsommer-Meningoencephalitis, sofern die Krankheit frühestens 15 Tage nach Beginn und spätestens 15 Tage nach Erlöschen der Versicherung zum Ausbruch kommt.

Versicherungsschutz wird für die im ersten Absatz genannten Erkrankungen im Rahmen der vertraglich vereinbarten Versicherungssummen, höchstens jedoch bis zu folgenden Beträgen gewährt:

EUR 2.000.- für den Todesfall, begrenzt mit den aufgewendeten angemessenen Begräbniskosten,

EUR 45.000.-- für dauernde Invalidität (hievon 50 % für Wiedergenesungsbeitrag, 50 % für Kapitalabfertigung),

EUR 1.500.- für Heil- und Rückholkosten.

Bergungskosten gelten für dieses Risiko nicht mitversichert.

Artikel 2.

Begriff des Versicherungsfalles.

Ein Versicherungsfall liegt vor, wenn ärztlich festgestellt ist, dass der Versicherte an Kinderlähmung oder Frühsommer-Meningoencephalitis erkrankt ist. Als Krankheitsbeginn gilt der Tag, an dem erstmals ein Arzt wegen der diagnostizierten Krankheit zu Rate gezogen wurde.

Artikel 3.

Versicherungsleistungen:

a) Falls voraussichtlich vollständige Dauerinvalidität gegeben ist, wird vom Versicherer ein Wiedergenesungsbeitrag gemäß Art. 1 der Zusatzbedingungen vergütet. Die Leistung erfolgt längstens durch fünf Jahre, und zwar in Form einer Rente in der Höhe von jährlich 20 % des Wiedergenesungsbeitrages (d.i. von 50% der Versicherungssumme für Dauerinvalidität), zahlbar in Halbjahresraten.

Im Falle von teilweiser Invalidität wird der dem jeweiligen Invaliditätsgrad entsprechendem Teil des für vollständige Invalidität zu leistenden Wiedergenesungsbeitrages bezahlt.

Die Leistung des Wiedergenesungsbeitrages kann erstmals frühestens drei Monate nach Krankheitsbeginn beansprucht werden und endet mit dem Zeitpunkt der Wiedergenesung des Versicherten, spätestens jedoch fünf Jahre nach Zahlung der ersten Rate.

b) Sobald der Grad der Dauerinvalidität endgültig feststellbar ist, spätestens nach Ablauf der fünf Jahre, gelangt der dem Grad der festgestellten Dauerinvalidität entsprechende Teil der gemäß Art. 1 der Zusatzbedingungen vorgesehenen Kapitalabfertigung (d.i. von 50 % der Versicherungssumme für Dauerinvalidität) zur Auszahlung.

Die Bestimmungen des Art. 12, Pkt. 3, AUBK 2004 finden keine Anwendung. Ist jedoch die zu erwartende dauernde Invalidität nicht höher als 5 %, wird keine Invaliditätsentschädigung ausbezahlt.

c) Sofern der Todesfall als Folge der Erkrankung an Kinderlähmung innerhalb eines Jahres ab Krankheitsbeginn eintritt, bezahlt der Versicherer die für den Todesfall vorgesehene Versicherungssumme ohne Anrechnung der bis zum Todestage bezahlten Wiedergenesungsbeiträge.

d) Heil- und Rückholkosten werden nach Maßgabe des Art. 8, Z. III, Pkt. 1 und 4, ersetzt, soweit diese innerhalb von drei Jahren, gerechnet von dem im Art. 2 der Zusatzbedingungen genannten Tag des Krankheitsbeginnes, aufgewendet werden, ferner die Transportkosten vom und zum Spital und die Kosten für orthopädische Apparate. Der Ersatz der Kosten für Kur- und Erholungsreisen und -aufenthalte im Rahmen der Nachbehandlung sowie der nicht während des Krankenhausaufenthaltes entstehenden Kosten für Pflegepersonal ist ausgeschlossen.

Artikel 4.

Zusammentreffen mehrerer Unfallversicherungen.

Bestehen für den Versicherten beim Muki Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit weitere Unfallversicherungen mit Einschluss des Versicherungsschutzes für die Kinderlähmung und die durch Zeckenbiss übertragene Frühsommer-Meningoencephalitis gelten die in Art. 1 der Zusatzbedingungen genannten Höchstbeträge auch als Höchstversicherungssummen für alle Verträge zusammen.

Artikel 5.

Zusätzliche Erweiterungen zu den Allgemeinen Kinderunfallbedingungen 2004

1. Ertrinken und Ersticken (zu Art.2, AUKB 2004)

Als Unfallereignis im Sinne von Art. 2, AUKB 2004 gilt auch der Ertrinkungs-, bzw. Erstickungstod unter Wasser.

2. Erfrieren

Als Unfallereignis im Sinne von Art. 2, AUKB 2004 gelten auch Gesundheitsschäden durch Erfrierungen.

3. Infektionen

1. Der Ausbruch folgender Infektionskrankheiten gilt ebenfalls als Unfall:
   a) Infektionskrankheiten, die durch Insektenstiche oder sonstige von Tieren verursachte Hautverletzungen übertragen wurden (Borreliose, Brucellose, Fleckfieber, Gelbfieber, Malaria, Pest)
   b) Cholera, Diphtherie, Gürtelrose, Keuchhusten, Masern, Mumps, Pfeiferisches Drüsenfieber, Pocken/Windpocken, Röteln, Scharlach, Tuberkulose und Typhus/Para-Typhus.

   Der Versicherungsschutz nach Absatz a) und b) besteht jedoch nur, wenn der Ausbruch der Erkrankung frühestens drei Monate nach Ausstellung der Versicherungspolizze (Wartezeit) stattfand.
2. Als Unfallereignis gelten auch Schutzimpfungen gegen die nach Nr. 3.1 versicherten Infektionskrankheiten (zuzüglich FSME, Kinderlähmung), wenn die versicherte Person dadurch Gesundheitsschäden erleidet.
3. Als Unfallereignis nach Nr. 3.1. gelten auch sonstige Folgen von Insektenstichen (z. B. Allergische Reaktionen).
4. Der Versicherer erbringt eine Leistung nur für dauernde Invalidität (Art. 8, II.1. AUKB 2004) und für den Todesfall (Art. 8, I. AUKB 2004) soweit Versicherungssummen für diese Leistungsart vereinbart wurden. Auf andere vereinbarte Leistungsarten finden diese Bedingungen keine Anwendung.

4. Behinderungsbedingte Mehraufwendungen

Die folgenden, innerhalb von drei Jahren nach einem Unfall entstehenden Kosten übernimmt der Versicherer bis zu einer Höhe von EUR 3500.-, sofern die Maßnahmen ausschließlich aufgrund der durch den Unfall verursachten dauernden Invalidität (Art.8, II.1. AUBK 2004) erforderlich sind:

a) behindertengerechter Umbau des Pkw der versicherten Person
b) behindertengerechter Umbau der Wohnung oder Umzug in eine behindertengerechte Wohnung.

Hat noch ein anderer Ersatzpflichtiger zu leisten, werden nur die restlichen Kosten bezahlt. Bestreitet der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, bleibt es beim vollen Leistungsanspruch. Bestehen bei unserer Gesellschaft noch weitere Verträge für die versicherte Person, wird die Leistung nur aus einem Vertrag erbracht.

5. Kosmetische Operationen

In Ergänzung zu Art. 8.2. AUBK 2004 leisten wir Ersatz für Kosten unfallbedingter kosmetischer Operationen bis zu einer Höhe von 3500.-, wenn diese innerhalb von 3 Jahren nach Unfallzeitpunkt durchgeführt wird.

6. Nahrungsmittelvergiftungen

Abweichend von Art. 2, AUKB 2004 sind die Folgen von Nahrungsmittelvergiftungen mitversichert.

Weiters sind für Kinder, die zum Zeitpunkt des Unfalles das 10. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, Versicherungsschutz infolge Vergiftungen durch Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund.

7. Zahnersatz

In Ergänzung zu Art. 8, 1. AUKB 2004 leisten wir Ersatz für die Kosten der unfallbedingten, erstmalige Anschaffung eines Zahnersatzes bis zu EUR 500.-. Dies muss innerhalb von 3 Jahren nach dem Unfallzeitpunkt erfolgen.

8. Leistungen bei Nachhilfe

Befindet sich ein Kind nach einem Unfall in stationärer Behandlung und ist dadurch nicht in der Lage die Schule zu besuchen, wird ab dem 20. Tag ein Kostenzuschuss für einen Nachhilfelehrer geleistet.

Leistung: 20. – 35. Tag je EUR 30.-

9. Beitragsbefreiung im Todesfall

Falls der Familienerhalter (das ist der Elternteil, der für Lebenserhaltung und -standard in finanzieller Hinsicht für die Familie aufkommt) während der Wirksamkeit des Vertrages verstirbt, wird der Versicherungsschutz für die im Rahmen des Vertrages versicherten Kinder mit den zu diesem Zeitpunkt geltenden Versicherungssummen beitragsfrei gestellt. Die Beitragsbefreiung gilt ab dem Todesfallzeitpunkt nächstfolgendem Versicherungsjahr für die Dauer von 5 Versicherungsjahren. Sie endet aber spätestens zum Ende des Versicherungsjahres, in dem das 15. Lebensjahr vollendet wird.

Die Beitragsbefreiung gilt nicht, wenn die Todesursache ein Kriegs- oder Bürgerkriegsereignis war.

Artikel 6.

Anwendung der Bestimmungen der Allgemeinen Bedingungen für die Kinderunfallversicherung 2004 (AUBK 2004)

Die Bestimmungen der Allgemeinen Bedingungen für die Kinderunfallversicherung 2004, sowie der Zusatzbedingungen für die Kinderunfallversicherung finden, soweit sie durch diese Zusatzbedingungen nicht abgeändert oder aufgehoben werden, sinngemäße Anwendung. Versicherer: MuKi Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit, Rindbachstraße 15, 4802 Ebensee

Anhang

Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)

§ 6

1. Ist im Vertrag bestimmt, dass bei Verletzung einer Obliegenheit, die vor dem Eintritt des Versicherungsfalls 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 Berurteilung 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 Versicherungsfalls 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 Versicherungsfalls dem Versicherer gegenüber zu erfüllen ist, so tritt die vereinbarte Rechtsfolge nicht ein, wenn die Verletzung weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruht. „Wird die Obliegenheit nicht mit dem Vorsatz verletzt, die Leistungspflicht des Versicherers zu beeinflussen oder die Feststellung solcher Umstände zu beeinträchtigen, die erkennbar für die Leistungspflicht des Versicherers bedeutsam sind, so bleibt der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung weder auf die Feststellung des Versicherungsfalls noch auf die Feststellung oder den Umfang der den 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.

§ 11

1. Geldleistungen des Versicherers sind mit Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalls und des Umfangs der Leistung des Versicherers nötigen Erhebungen fällig. „Die Fälligkeit 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 Erhebung noch nicht beendet werden konnte, und der Versicherer diesem Verlangen nicht binnen eines Monats entspricht."

2. Sind diese Erhebungen bis zum Ablaufe eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalls nicht beendet, so kann der Versicherungsnehmer in Anrechnung auf die Gesamtforderung Abschlagszahlungen in Höhe des Betrages verlangen, den der Versicherer nach Lage der Sache mindestens zu zahlen hat.

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

4. Eine Vereinbarung, durch welche der Versicherer von der Verpflichtung Verzugszinsen zu zahlen befreit wird, ist unwirksam.

§ 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 eirst 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 angelehnt 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. Wird die erste oder einmalige Prämie nicht rechtzeitig 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 von drei Monaten vom Fälligkeitstage 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

den Absätzen 2, 3 mit dem Ablauf der Frist verbunden sind. Eine Fristbestimmung, die ohne Beachtung dieser Vorschriften erfolgt, ist unwirksam.

2. Tritt der Versicherungsfall nach dem Ablauf der Frist ein und ist der Versicherungsnehmer zur Zeit des Eintritts mit der Zahlung der Prämie oder der geschuldeten Zinsen oder Kosten im Verzuge, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei.

3. Der Versicherer kann nach dem Ablauf der Frist, wenn der Versicherungsnehmer mit der Zahlung im Verzuge ist, das Versicherungsverhältnis ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen. Die Kündigung kann bereits bei der Bestimmung der Zahlungsfrist dergestalt erfolgen, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer in diesem Zeitpunkt mit der Zahlung im Verzuge ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. 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. Soweit die in den Absätzen 2, 3 bezeichneten Rechtsfolgen davon abhängen, dass Zinsen oder Kosten nicht gezahlt worden sind, treten sie nur ein, wenn die Fristbestimmung die Höhe der Zinsen oder den Betrag der Kosten angibt.

§ 39a Ist der Versicherungsnehmer bloß mit nehr mehr als 10 v H der Jahresprämie, höchstens aber mit 60 Euro im Verzug, so tritt eine im § 38 oder § 39 vorgesehene Leistungsfreiheit der Versicherers nicht ein.

§ 67

1. Steht dem Versicherungsnehmer ein Anspruch auf Ersatz des Schadens gegen einen Dritten zu, so geht der Anspruch auf den Versicherer über, soweit dieser dem Versicherungsnehmer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteile des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden. Gibt der Versicherungsnehmer seinen Anspruch gegen den Dritten oder ein zur Sicherung des Anspruchs dienendes Recht auf, so wird der Versicherer von seiner Ersatzpflicht insoweit frei, als er aus dem Anspruch oder dem Rechte hätte Ersatz erlangen können.

2. Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen einen mit ihm in häuslicher Gemeinschaft lebenden Familienangehörigen, so ist der Übergang ausgeschlossen; der Anspruch geht jedoch über, wenn der Angehörige den Schaden vorsätzlich verursacht hat.

§ 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 Vertragschließende 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 Aushändigung eines Versicherungsscheines kann jedoch nur der Versicherungsnehmer verlangen.

2. Der Versicherte kann ohne Zustimmung des Versicherungsnehmers über seine Rechte nur verfügen und diese Rechte nur dann gerichtlich geltend machen, wenn er im Besitz eines Versicherungsscheines ist.