

Allgemeine Bedingungen

für die Kinderunfallversicherung 2007 (AUBK 2007)

INHALTSVERZEICHNIS

Abschnitt A: Versicherungsschutz

Was ist versichert ?	Art. 1: Gegenstand der Versicherung
Was gilt als Versicherungsfall ?	Art. 2: Versicherungsfall
Wo gilt die Versicherung ?	Art. 3: Örtlicher Geltungsbereich
Wann gilt die Versicherung ?	Art. 4: Zeitlicher Geltungsbereich
Wann beginnt die Versicherung ?	Art. 5: Beginn des Versicherungsschutzes, vorläufige Deckung
Was ist ein Unfall ?	Art. 6: Begriff des Unfalles

Abschnitt B: Versicherungsleistungen

Was kann versichert werden ?	Art. 7: Dauernde Invalidität
	Art. 8: Leistungserweiterungen
	Art. 9: Todesfall
	Art. 10: Nahrungsmittelvergiftungen
	Art. 11: Zahnersatz
	Art. 12: Unfallkosten
	Art. 13: Kinderlähmung, Frühsommer-Meningoencephalitis
	Art. 14: Leistungen bei Nachhilfe
	Art. 15: Kosmetische Operationen
Was zahlen wir zusätzlich ?	Art. 16: Wiedergenesungsbeitrag bei Dauerinvalidität
	Art. 17: Zusammentreffen mehrerer Unfallversicherungen
	Art. 18: Zusatzleistungen
Wann sind die Leistungen fällig und wann verjähren sie ?	Art. 19: Fälligkeit der Leistung und Verjährung
In welchen Fällen und nach welchen Regeln entscheidet die Ärztekommision ?	Art. 20: Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten (Ärztekommision)

Abschnitt C: Begrenzungen des Versicherungsschutzes

Wer kann nicht versichert werden ?	Art. 21: Unversicherbare Personen
In welchen Fällen zahlt der Versicherer nicht ?	Art. 22: Ausschlüsse
	Art. 23: Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes

Abschnitt D: Pflichten des Versicherungsnehmers

Wann ist die Prämie zu bezahlen ?	Art. 24: Prämie
	Art. 24b: Beitragsbefreiung im Todesfall
Was ist bei Änderung des Berufes Oder der Beschäftigung zu beachten?	Art. 25: Anzeige der Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung des Versicherten
Was ist vor Eintritt eines Versicherungsfalles zu beachten ?	
Was ist nach Eintritt eines Versicherungsfalles zu tun ?	Art. 26: Obliegenheiten

Abschnitt E: Sonstige Vertragsbestimmungen

Was gilt als Versicherungsperiode ?	Art. 27: Versicherungsperiode, Vertragsdauer
Unter welchen Voraussetzungen und wann kann der Versicherungsvertrag gekündigt werden ?	
Wann erlischt der Versicherungsvertrag ohne Kündigung ?	Art. 28: Kündigung, Erlöschen des Vertrages
Wem steht die Ausübung der Rechte aus dem Versicherungs- vertrag zu, wer hat die Pflichten aus dem Versicherungsvertrag zu erfüllen ?	Art. 29: Rechtsstellung der am Vertrag beteiligten Personen
Wo können Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag gerichtlich geltend gemacht werden ?	Art. 30: Gerichtsstand
Wie sind die Erklärungen abzugeben ?	Art. 31: Form der Erklärungen

Anhang

Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz (VersVG)

Abschnitt A: Der Versicherungsschutz

Artikel 1.

Gegenstand der Versicherung

Der Versicherer bietet Versicherungsschutz, wenn der versicherten Person ein Unfall zustoßt. Die Leistungen, die versichert werden können, ergeben sich aus Abschnitt B. Aus der Police ist ersichtlich, welche Leistungen und Versicherungssummen vereinbart sind.

Artikel 2.

Versicherungsfall

Versicherungsfall ist der Eintritt eines Unfalles (Art. 6, Begriff des Unfalles)

Artikel 3.

Örtlicher Geltungsbereich

Die Versicherung gilt auf der ganzen Erde.

Artikel 4.

Zeitlicher Geltungsbereich

Versichert sind Unfälle, die während der Wirksamkeit des Versicherungsschutzes (Laufzeit des Versicherungsvertrages unter Beachtung der §§ 38, 39 und 39a VersVG) eingetreten sind.

Artikel 5.

Beginn des Versicherungsschutzes, vorläufige Deckung

1. Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz wird mit der Einlösung der Police (Art. 24), jedoch nicht vor dem vereinbarten Versicherungsbeginn wirksam. Wird die erste oder die einmalige Prämie erst danach eingefordert, dann aber binnen 14 Tagen oder ohne schuldhaften Verzug gezahlt, ist der Versicherungsschutz ab dem vereinbarten Versicherungsbeginn gegeben.

2. Vorläufige Deckung

Soll der Versicherungsschutz schon vor Einlösung der Police beginnen (vorläufige Deckung), ist die ausdrückliche Zusage der vorläufigen Deckung durch den Versicherer erforderlich. Ist eine vorläufige Deckung vereinbart, endet diese mit Aushändigung der Police. Dem Versicherer steht in diesem Fall die auf die Zeit des Versicherungsschutzes entfallende anteilige Prämie zu.

Artikel 6.

Begriff des Unfalles

1. Ein Unfall ist ein vom Willen des Versicherten unabhängiges Ereignis, das plötzlich von außen mechanisch oder chemisch auf seinen Körper einwirkt und eine körperliche Schädigung oder den Tod nach sich zieht.

2. Als Unfall gelten auch folgende vom Willen des Versicherten unabhängige Ereignisse:

- Ertrinken und Erstickungstod unter Wasser;
- Verbrennungen, Verbrühungen, Einwirkungen von Blitzschlag oder elektrischem Strom;
- Einatmen von Gasen und Dämpfen, Einnehmen von giftigen und ätzenden Stoffen, es sei denn, dass diese Einwirkungen allmählich erfolgten;
- 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.

Hinsichtlich krankhaft abnutzungsbedingter Einflüsse findet insbesondere Art. 23 Pkt. 3, Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes, Anwendung.

3. Krankheiten gelten nicht als Unfälle, übertragbare Krankheiten auch nicht als Unfallfolgen. Dies gilt nicht für Kinderlähmung und die durch Zeckenbiss übertragene Frühsommer-Meningoenzephalitis und Lyme-Borreliose im Rahmen der Bestimmungen des Art. 13 sowie für Wundstarrkrampf und Tollwut, verursacht durch einen Unfall gemäß Pkt. 1.

4. Als Unfälle gelten auch nicht 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, sowie 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.

5. Der Versicherungsschutz gilt auch für Unfälle, die die versicherte Person als Fluggast in motorisierten Luftfahrzeugen (mit Ausnahme von Motorseglern und Ultralights), welche für die Personenbeförderung zugelassen sind, erleidet.

Als Fluggast gilt, wer weder mit dem Betrieb des Luftfahrzeuges in ursächlichem Zusammenhang steht oder Besatzungsmitglied ist

Abschnitt B: Versicherungsleistungen

Artikel 7.

Dauernde Invalidität

Soweit nichts anderes vereinbart ist, gilt:

1. Ergibt sich innerhalb eines Jahres vom Unfalltag an gerechnet, dass als Folge des Unfalles eine dauernde Invalidität zurückbleibt, wird aus der hierfür versicherten Summe der dem Grade der Invalidität entsprechende Betrag gezahlt.

2. Für die Bemessung des Invaliditätsgrades gelten folgende Bestimmungen:

2.1. Bei völligem Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane gelten ausschließlich, soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, die folgenden Invaliditätsgrade:

bei völligem Verlust oder völliger Gebrauchsunfähigkeit eines Armes bis oberhalb des Ellenbogengelenks	100 %
eines Armes unterhalb des Ellenbogengelenks	
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 %
sofern die Sehkraft des anderen Auges vor Eintritt des Versicherungsfalles bereits verloren war	65 %
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 %
des Geruchsinnes	10 %
des Geschmacksinnes	10 %

2.2. Bei teilweisen Verlust oder teilweiser Funktionseinschränkung der vorgenannten Körperteile oder Organe werden die Sätze des Pkt. 2.1. anteilig angewendet. Bei Funktionseinschränkungen von Armen und Beinen ist der Satz für die gesamte Extremität anteilig anzuwenden.

3. Für andere Körperteile und Sinnesorgane bemisst sich der Invaliditätsgrad danach, inwieweit die normale körperliche oder geistige Funktionsfähigkeit insgesamt beeinträchtigt ist. Dabei sind ausschließlich medizinische Gesichtspunkte zu berücksichtigen. Waren betroffene Körperteile oder Sinnesorgane oder deren Funktionen bereits vor dem Unfall dauernd beeinträchtigt, wird der Invaliditätsgrad um die Vorinvalidität gemindert. Sind mehrere Körperteile oder Sinnesorgane durch den Unfall beeinträchtigt, werden die nach den vorstehenden Bestimmungen ermittelten Invaliditätsgrade zusammengerechnet. Mehr als 100% werden jedoch nicht berücksichtigt.

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

5. Ergibt sich innerhalb eines Jahres vom Unfalltage an gerechnet, dass eine dauernde Invalidität zurückbleibt, so ist

5.1 entweder aus der hierfür versicherten Summe die dem Grade der Invalidität entsprechende Versicherungsleistung (vgl. Art. 7) zu erbringen oder ist der Versicherer berechtigt, den Grad der Invalidität, soweit er nicht nach Art. 7 Pkt. 2, eindeutig feststeht, bis längstens vier Jahre vom Unfalltage an jährlich neu feststellen zu lassen; verlangt ein Vertragsteil die Anrufung der Ärztekommision, muss nach zwei Jahren vom Unfalltage an diese Feststellung durch ein Gutachten derselben erfolgen (vgl. Art. 20), dessen Kosten der Versicherer trägt.

5.2 Ein Anspruch auf Leistung für dauernde Invalidität ist innerhalb von 18 Monaten vom Unfalltage an geltend zu machen und unter Vorlage eines ärztlichen Befundberichtes zu begründen.

5.3 Tritt innerhalb eines Jahres vom Unfalltage an gerechnet der Tod als Folge des Unfalls ein, so erfolgt die Leistung des Versicherers auf Grund der für den Todesfall versicherten Summe.

Artikel 8.

Leistungserweiterungen

1. Erfrieren

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

2. Infektionen

2.1. 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 Versicherungspolize (Wartezeit) stattfand.

2.2. Als Unfallereignis gelten auch Schutzimpfungen gegen die nach Nr. 2.1 versicherten Infektionskrankheiten (zuzüglich FSME, Kinderlähmung), wenn die versicherte Person dadurch Gesundheitsschäden erleidet.

2.3. Als Unfallereignis gelten auch Schutzimpfungen gegen die nach Art. 8 Z. 2 versicherten Infektionskrankheiten (zuzüglich FSME, Kinderlähmung), wenn die versicherte Person dadurch Gesundheitsschäden erleidet.

2.4. Als Unfallereignis nach Nr. 2.1. gelten auch sonstige Folgen von Insektenstichen (z. B. Allergische Reaktionen).

2.5. Der Versicherer erbringt eine Leistung nur für dauernde Invalidität (Art. 7 AUBK 2007) und für den Todesfall (Art. 9 AUBK 2007) soweit Versicherungssummen für diese Leistungsart vereinbart wurden. Auf andere vereinbarte Leistungsarten findet diese Erweiterung keine Anwendung.

3. Behinderungsbedingte Mehraufwendungen

Der Versicherer übernimmt innerhalb von drei Jahren bis zu einer Höhe von EUR 3500,00 nach einem Unfall entstehenden Kosten für den behindertengerechten Umbau des Pkw der versicherten Person oder den behindertengerechten Umbau der Wohnung bzw. Umzug in eine behindertengerechte Wohnung, sofern die Maßnahmen ausschließlich auf Grund der durch den Unfall verursachten dauernden Invalidität (Art. 7 AUBV 2004) erforderlich sind.

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.

4. Alkoholbedingte Bewusstseinsstörungen

In Abänderung von Art. 22 Pkt. 8 AUBV 2004 sind Unfälle infolge Bewusstseinsstörungen, soweit diese durch Alkohol verursacht sind, mitversichert, jedoch nur dann, wenn der Blutalkoholgehalt unter 0,8 Promille liegt.

5. Rettungsmaßnahmen

In Ergänzung zur Art. 6 der AUBV 2004 sind Unfälle aus der Bemühung zur Rettung von Menschenleben mitversichert.

Artikel 9.

Todesfall

Soweit nichts anderes vereinbart ist, gilt:

Für Personen unter 15 Jahren werden im Rahmen der Versicherungssumme nur die aufgewendeten, angemessenen Begräbniskosten ersetzt.

Auf die Todesfallsleistung 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.

Artikel 10.

Nahrungsmittelvergiftungen

Abweichend von Art. 6 der AUBK 2007 sind die Folgen von Nahrungsmittelvergiftungen mitversichert.

Weiters besteht für Kinder, die zum Zeitpunkt des Unfalls das 10. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, Versicherungsschutz infolge Vergiftungen durch orale Einnahme fester oder flüssiger Stoffe.

Artikel 11.

Zahnersatz

Der Versicherer leistet Ersatz für die Kosten der unfallsbedingten, erstmaligen Anschaffung eines Zahnersatzes bis zu € 500,00. Dies muss innerhalb von 3 Jahren nach dem Unfallszeitpunkt erfolgen.

Artikel 12.

Unfallkosten

Soweit nichts anderes vereinbart ist, gilt:

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

Unfallkosten sind:

1. Heilkosten, die innerhalb eines Jahres zur Behebung der Unfallfolgen aufgewendet wurden und nach ärztlicher Verordnung notwendig waren. Hierzu zählen auch die notwendigen Kosten des Verletztentransportes, der erstmaligen Anschaffung künstlicher Gliedmaßen und eines Zahnersatzes sowie anderer, nach ärztlichem Ermessen erforderlicher erstmaliger Anschaffungen. Kosten für Bade-, Erholungsreisen und -aufenthalte, ferner Kosten der Reparatur oder der Wiederbeschaffung eines Zahnersatzes, künstlicher Gliedmaßen oder sonstiger künstlicher Behelfe werden nicht ersetzt. Insoweit Heilkosten von einem gesetzlichen oder anderweitigem privaten Kranken- oder Unfallversicherer beansprucht und geleistet werden, erfolgt auf Grund dieser Unfallversicherung kein Ersatz. Der Leistungsanspruch ist insgesamt mit dem Betrag begrenzt, der tatsächlich für Heilkosten aufgewendet wurde.

2. Bergungskosten,

die notwendig werden, wenn die versicherte Person

2.1. einen Unfall erlitten hat oder in Berg- oder Wassernot geraten ist und verletzt oder unverletzt geborgen werden muss;

2.2. durch einen Unfall oder infolge Berg- oder Wassernot den Tod erleidet und ihre Bergung erfolgen muss.

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

2.3. Die notwendigen Kosten eines Rettungstransports mittels Hubschraubers in Österreich werden bis maximal € 7.500,00 ersetzt.

3. Rückholkosten,

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

Artikel 13.

Kinderlähmung, Frühsommer-Meningoencephalitis

Soweit nichts anderes vereinbart ist, gilt:

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf die Folgen der Erkrankung des Versicherten an Kinderlähmung und der durch Zeckenbiss übertragenen Frühsommer-Meningoencephalitis, wenn die Erkrankung serologisch festgestellt und frühestens 15 Tage nach Beginn, jedoch spätestens 15 Tage nach Erlöschen der Versicherung zum Ausbruch kommt.

Als Krankheitsbeginn (Zeitpunkt des Versicherungsfalles) gilt der Tag, an dem erstmals ein Arzt wegen der als Kinderlähmung oder Frühsommer-Meningoencephalitis diagnostizierten Krankheit konsultiert wurde.

Eine Leistung wird vom Versicherer für die bezeichneten Erkrankungen im Rahmen der vertraglich vereinbarten Versicherungssummen erbracht, höchstens jedoch bis zu folgenden Beträgen:

€ 2.000,00	für den Todesfall, begrenzt mit den aufgewendeten angemessenen Begräbniskosten
€ 45.000,00	für dauernde Invalidität (hievon 50% für Wiedergenesungsbeitrag, 50% für Kapitalabfertigung)
€ 1.500,00	für Heil- und Rückholkosten

Bergungskosten gelten für dieses Risiko als nicht mitversichert.

Artikel 14

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 Nachhilfeunterricht geleistet.

Die Höhe der Leistung beträgt € 30,00 und erstreckt sich auf den Zeitraum vom 20. bis zum 35. Tag.

Artikel 15.

Kosmetische Operation

Wird durch einen Unfall die Körperoberfläche des Versicherten derart beschädigt oder verformt, dass nach Abschluss der Heilbehandlung das äußere Erscheinungsbild des Versicherten dadurch dauernd beeinträchtigt ist und entschließt sich der Versicherte, sich einer kosmetischen Operation zum Zwecke der Beseitigung dieses Mangels zu unterziehen, so übernimmt der Versicherer die mit der Operation und der klinischen Behandlung im Zusammenhang stehenden Kosten für Arzthonorare, Medikamente, Verbandzeug und sonstige ärztlich verordnete Heilmittel, sowie die Kosten für die Unterbringung und Verpflegung in der Klinik.

Der Versicherer übernimmt die vorgenannten Kosten, die bis zum Ablauf des dritten Jahres nach dem Unfall entstanden sind.

Diese Kosten werden bis zu einem Höchstbetrag von € 3.500,00 ersetzt, sofern nicht von einem Sozialversicherungsträger Ersatz zu leisten ist

oder von einem sonstigen Leistungsträger Ersatz geleistet wurde. Ausgeschlossen vom Ersatz sind die Kosten für zusätzliche Nahrungs- und Genussmittel, für Bade- und Erholungsreisen, sowie für häusliche Krankenpflege, soweit nicht die Zuziehung von beruflichem Pflegepersonal ärztlich angeordnet wird.

Artikel 16

Wiedergenesungsbeitrag bei Dauerinvalidität

1. Falls voraussichtlich vollständige Dauerinvalidität gegeben ist, wird vom Versicherer ein Wiedergenesungsbeitrag nach Maßgabe der vertraglich vereinbarten Versicherungssummen vergütet. Die Leistung erfolgt längstens durch fünf Jahre, und zwar in Form einer Rente in Höhe von jährlich 20% des Wiedergenesungsbeitrages (d.i. von 50% der Versicherungssumme für Dauerinvalidität), zahlbar in Halbjahresraten.
Im Falle teilweiser Invalidität wird der dem jeweiligen Invaliditätsgrad entsprechende 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.
2. Sobald der Grad der Dauerinvalidität endgültig feststellbar ist, spätestens nach Ablauf der fünf Jahre, gelangt der dem Grad der festgestellten Dauerinvalidität entsprechende Teil der vorgesehenen Kapitalabfertigung (d.i. von 50% der Versicherungssumme für Dauerinvalidität) zur Auszahlung. Die Bestimmungen des Art. 19 Pkt. 3 zweiter Satz finden keine Anwendung. Ist jedoch die zu erwartende dauernde Invalidität nicht höher als 5%, wird keine Invaliditätsentschädigung ausbezahlt.
3. 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.
4. Heil- und Rückholkosten werden nach Maßgabe des Art. 12 Pkt. 1 und 3 ersetzt, soweit diese innerhalb von drei Jahren, gerechnet von dem in Art. 2 der Zusatzbedingungen genannten Tag des Krankheitsbeginns, 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 Krankenhausaufenthalts entstehenden Kosten für Pflegepersonal ist ausgeschlossen.

Artikel 17

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-Meningoenzephalitis, gelten die in Art. 13 genannten Höchstbeträge auch als Höchstversicherungssummen für alle Verträge zusammen.

Artikel 18.

Zusatzleistung

Soweit nichts anderes vereinbart ist, gilt:

Der Versicherer übernimmt die erforderlichen Kosten, die durch Erfüllung der in Art. 26 Pkt. 2, bestimmten Obliegenheiten entstehen. Ausgenommen bleiben davon Kosten nach Art. 26 Pkt. 2.4. Obliegenheiten.

Artikel 19.

Fälligkeit der Leistung und Verjährung

1. Der Versicherer ist verpflichtet, innerhalb eines Monats, bei Ansprüchen auf Leistung für dauernde Invalidität innerhalb dreier Monate, zu erklären, ob und in welcher Höhe er eine Leistungspflicht anerkennt. Die Fristen beginnen mit dem Eingang der Unterlagen beim Versicherer, die der Anspruchsberechtigte zur Feststellung des Unfallherganges und der Unfallfolgen und über den Abschluss des Heilverfahrens dem Versicherer vorzulegen hat.
2. Steht die Leistungspflicht dem Grunde und der Höhe nach fest, ist die Leistung fällig. Die Fälligkeit der Leistung tritt jedoch unabhängig davon ein, wenn der Anspruchsberechtigte nach Ablauf zweier Monate seit dem Begehren nach einer Geldleistung eine Erklärung vom Versicherer verlangt, aus welchen Gründen die Erhebungen noch nicht beendet werden konnten, und diesem Verlangen nicht binnen eines Monats entspricht.
3. Steht die Leistungspflicht nur dem Grunde nach fest, kann der Anspruchsberechtigte vom Versicherer Vorschüsse bis zu der Höhe des Betrages verlangen, den der Versicherer nach Lage der Sache mindestens zu zahlen gehabt hätte. Macht der Versicherer von seinem Recht gemäß Art. 7 Pkt. 5.1 Gebrauch, so hat er von jener noch ausstehenden Leistung, die dem vorläufig festgestellten Grade der Invalidität entspricht, jährlich im Voraus 4% an Zinsen zu bezahlen.
4. Für die Verjährung gilt § 12 VersVG, Verjährung.

Artikel 20.

Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten (Ärztekommission)

1. Im Fall von Meinungsverschiedenheiten über Art und Umfang der Unfallfolgen oder darüber, in welchem Umfang die eingetretene Beeinträchtigung auf den Versicherungsfall zurückzuführen ist, ferner über die Beeinflussung der Unfallfolgen durch Krankheiten oder Gebrechen sowie im Falle des Art. 7, Pkt. 5.1., Dauernde Invalidität, entscheidet die Ärztekommision.
2. In den nach Pkt. 1. der Ärztekommision zur Entscheidung vorbehaltenen Meinungsverschiedenheiten kann der Anspruchsberechtigte innerhalb von 6 Monaten nach Zugang der Erklärung des Versicherers Widerspruch erheben und mit Vorlage eines medizinischen Gutachtens unter Bekanntgabe seiner Forderung gemäß Art. 19, Pkt. 1 die Entscheidung der Ärztekommision beantragen.
3. Das Recht, die Entscheidung der Ärztekommision zu beantragen, steht auch dem Versicherer zu.
4. Für die Ärztekommision bestimmen der Versicherer und der Anspruchsberechtigte je einen in der österreichischen Ärzteliste eingetragenen Arzt mit *jus practicandi* (Recht zur Berufsausübung). Wenn einer der beiden Parteien innerhalb zweier Wochen nach schriftlicher Aufforderung keinen Arzt benennt, wird dieser von der österreichischen Ärztekammer bestellt. Die beiden Ärzte bestellen einvernehmlich vor Beginn ihrer Tätigkeit einen weiteren Arzt als Obmann, der für den Fall, dass sie sich nicht oder nur zum Teil einigen sollten, im Rahmen der durch die Gutachten der beiden Ärzte gegebenen Grenzen entscheidet. Einigen sich die beiden Ärzte über die Person des Obmannes nicht, wird ein für den Versicherungsfall zuständiger medizinischer Sachverständiger durch die österreichische Ärztekammer als Obmann bestellt.
5. Die versicherte Person ist verpflichtet, sich von den Ärzten der Kommission untersuchen zu lassen und sich jenen Maßnahmen zu unterziehen, die diese Kommission für notwendig hält.
6. Die Ärztekommision hat über ihre Tätigkeit ein Protokoll zu führen; in diesem ist die Entscheidung schriftlich zu begründen. Bei Nichteinigung hat jeder Arzt seine Auffassung im Protokoll gesondert darzustellen. Ist eine Entscheidung durch den Obmann erforderlich, begründet auch er sie in einem Protokoll. Die Akten des Verfahrens werden vom Versicherer verwahrt.
7. Die Kosten der Ärztekommision werden von ihr festgesetzt und sind im Verhältnis des Obsiegens der beiden Parteien zu tragen. Im Falle des Art. 7, Pkt. 5.1. trägt die Kosten, wer die Neufeststellung verlangt hat. Der Anteil der Kosten, den der Anspruchsberechtigte zu tragen hat, ist mit 1 % der für Tod und Invalidität zusammen versicherten Summe.

Abschnitt C: Begrenzungen des Versicherungsschutzes

Artikel 21.

Unversicherbare Personen

Soweit nichts anderes vereinbart ist, gilt:

1. Unversicherbar und jedenfalls nicht versichert sind Personen, die von Epilepsie, Down-Syndrom oder schweren Nervenleiden (unter anderem spastischen Leiden) befallen sind, ferner Geisteskranke, Blinde, Taube, Gelähmte oder solche Personen, die nach Maßgabe des Art. 7 mehr als 70% dauernd invalid sind.
2. Hinsichtlich einer unversicherbaren Person kommt ein Versicherungsvertrag nicht zustande. Wenn die versicherte Person während der Laufzeit des Versicherungsvertrages unversicherbar geworden ist, erlischt der Versicherungsschutz. Gleichzeitig endet der Vertrag für diese versicherte Person.

Artikel 22.

Ausschlüsse

Soweit nichts anderes vereinbart ist, umfasst der Versicherungsschutz nicht:

1. Unfälle bei der Benützung von Luftfahrtgeräten und bei Fallschirmabsprüngen sowie bei der Benützung von Luftfahrzeugen, soweit sie nicht unter die Bestimmungen des Art. 6 Pkt. 5 (Begriff des Unfalles) fallen;
2. Unfälle, die bei Beteiligung an motorsportlichen Wettbewerben (auch Wertungsfahrten und Rallyes) und den dazugehörigen Trainingsfahrten entstehen oder Unfälle als Lenker von Kraftfahrzeugen, wenn der Versicherte nicht die vorgeschriebene Fahrerlaubnis besitzt;
3. Unfälle bei der Teilnahme an Landes-, Bundes- oder internationalen Wettbewerben auf dem Gebiet des nordischen und alpinen Schisports, des Snowboards sowie Freestyle, Bob-, Skibob-, Skeletonfahrens oder Rodeln sowie am offiziellen Training für diese Veranstaltungen;
4. Unfälle, die beim Versuch oder der Begehung gerichtlich strafbarer Handlungen durch die versicherte Person eintreten, für die Vorsatz Tatbestandsmerkmal ist;

5. Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar mit Kriegsereignissen jeder Art zusammenhängen;
6. Unfälle durch innere Unruhen, wenn die versicherte Person daran auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;
7. Unfälle, die mittelbar oder unmittelbar
 - durch jegliche Einwirkung von Nuklearwaffen, chemischen oder biologischen Waffen,
 - durch Kernenergie,
 - oder durch den Einfluss ionisierender Strahlen im Sinne der jeweils geltenden Fassung des Strahlenschutzgesetzes,
 - außer jene, die durch Heilbehandlungen aufgrund eines Versicherungsfalles veranlasst waren, verursacht werden;
8. Unfälle, die die versicherte Person infolge einer Bewusstseinsstörung oder einer wesentlichen Beeinträchtigung ihrer psychischen Leistungsfähigkeit durch Alkohol, Suchtgifte oder Medikamente erleidet;
9. Unfälle durch Gesundheitsschäden bei Heilmaßnahmen oder Eingriffen am Körper der versicherten Person, die der Versicherte an seinem Körper vornehmen lässt, soweit nicht ein Versicherungsfall hierzu Anlass war. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Heilmaßnahmen oder Eingriffe durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall veranlasst waren. Auch haftet der Versicherer für Unfälle beim Schneiden von Nägeln, Hühneraugen und harter Haut.
10. Unfälle, die durch einen Herzinfarkt herbeigeführt wurden; ferner gilt ein Herzinfarkt in keinem Fall als Unfallsfolge, darüber hinaus auch Unfälle infolge von Schlaganfällen.
11. als Unfallsfolgen (auch Verschlimmerungen): Bauch- und 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;
12. als Unfallsfolgen: Krampfadern, Darmverschließungen, Blinddarmentzündungen, gleichgültig, ob die vorgenannten Krankheiten durch den Unfall herbeigeführt oder verschlimmert worden sind.

Artikel 23

Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes

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

Darüber hinausgehend gilt, soweit nichts anderes vereinbart ist:

1. Bei der Bemessung des Invaliditätsgrades wird ein Abzug in Höhe einer Vorinvalidität nur vorgenommen, wenn durch den Unfall eine körperliche oder geistige Funktion betroffen ist, die schon vorher beeinträchtigt war. Die Vorinvalidität wird nach Art. 7, Pkt. 2 und 3, Dauernde Invalidität, bemessen.
2. Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch ein Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung – insbesondere solche Verletzungen, die durch krankhaft abnutzungsbedingte Einflüsse verursacht oder mitverursacht worden sind – oder deren Folgen mitgewirkt, ist im Falle einer Invalidität der Prozentsatz des Invaliditätsgrades ansonsten die Leistung entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens zu vermindern, sofern dieser Anteil mindestens 25 % beträgt. Werden solche Körperteile oder Organe von dem Unfall betroffen, die bereits vor dem Unfall 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 der Steigerung des Invaliditätsgrades erbracht.
3. Für Gesundheitsschädigungen, die aufgrund akuter Mangel durchblutung des Herzmuskels entstanden sind (z.B. Herzinfarkt), wird nur dann eine Leistung erbracht, wenn ein überwiegender Causalzusammenhang mit einer unmittelbaren Verletzung der betreffenden Koronararterie besteht und diese Verletzung durch eine direkte mechanische Einwirkung von außen auf den Brustkorb verursacht worden ist. Unfälle infolge von Herzinfarkt und Schlaganfall gelten auch als mitversichert;
4. Für organisch bedingte Störungen des Nervensystems wird eine Leistung vom Versicherer nur erbracht, wenn und soweit die Störung auf eine durch den Unfall verursachte organische Schädigung oder auf eine Epilepsie zurückzuführen ist, die durch den Unfall erstmals entstanden ist. Seelische Fehlhaltungen (Neurosen, Psychoneurosen) gelten nicht als Unfallfolgen.
5. Bei Bandscheibenhernien wird eine Leistung nur erbracht, wenn sie durch direkt mechanische Einwirkung auf die Wirbelsäule entstanden sind und es sich nicht um eine Verschlimmerung von vor dem Unfall bestandenen

Krankheitserscheinungen handelt.

6. 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.

Abschnitt D: Pflichten des Versicherungsnehmers

Artikel 24

Prämie

Die erste oder die einmalige Prämie einschließlich Gebühren und Versicherungssteuer ist vom Versicherungsnehmer innerhalb von 14 Tagen nach dem Abschluss des Versicherungsvertrages (Zugang der Police oder einer gesonderten Antragsannahmeerklärung) und nach der Aufforderung zur Prämienzahlung zu bezahlen (Einlösung der Police). Die Folgeprämien einschließlich Gebühren und Versicherungssteuer sind zu den vereinbarten Fälligkeitsterminen zu entrichten.

Für die Folgen nicht rechtzeitiger Prämienzahlung gelten die §§ 38 ff, 39, 39 a VersVG, Prämienzahlungsverzug.

Artikel 24a

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 auf den Todesfallszeitpunkt folgenden Versicherungsjahr für die Dauer von bis zu maximal 5 Versicherungsjahren. Sie endet aber spätestens zum Ende jenes Versicherungsjahres, in dem das 15. Lebensjahr vollendet wird.

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

Artikel 25

Anzeige der Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung sowie besonders gefährlicher Freizeitaktivitäten

Veränderungen der im Antrag anzugebenden Berufstätigkeit, Beschäftigung oder im Antrag anzugebender besonders gefährlicher Freizeitaktivitäten der versicherten Person sind unverzüglich anzuzeigen. Einberufungen zum ordentlichen Präsenzdienst, zum Zivildienst sowie zu kurzfristigen militärischen Reserveübungen gelten nicht als Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung.

- Ergibt sich für die neue Berufstätigkeit, die Beschäftigung oder die besonders gefährlichen Freizeitaktivitäten der versicherten Person nach dem zur Zeit der Veränderung des Tarifes eine niedrigere Prämie, so ist vom Zugang der Anzeige an nur diese Prämie zu bezahlen.

- Ergibt sich eine höhere Prämie, so besteht für die Dauer von drei Monaten ab dem Zeitpunkt, ab dem die Anzeige dem Versicherer hätte zugehen müssen, auch für die neue Berufstätigkeit, Beschäftigung oder besonders gefährlichen Freizeitaktivitäten der volle Versicherungsschutz. Tritt ein auf die neue Berufstätigkeit, Beschäftigung oder besonders gefährliche Freizeitaktivitäten zurückzuführender Versicherungsfall nach Ablauf der drei Monate ein, ohne dass inzwischen eine Einigung über die Mehrprämie erreicht worden wäre, so werden die Leistungen des Versicherers in der Weise bemessen, dass dem Vertrag als Versicherungssummen jene Beträge zugrunde gelegt werden, welche sich nach den für die neue Berufstätigkeit bzw. Beschäftigung bzw. besonders gefährlichen Freizeitaktivitäten erforderlichen Prämiensätzen aufgrund der tatsächlichen in der Police berechneten Prämie ergeben.

- Besteht für die neue Berufstätigkeit, Beschäftigung oder die besonders gefährlichen Freizeitaktivitäten grundsätzlich kein Versicherungsschutz, finden die Bestimmungen der § 23 ff VersVG, Gefährderrhöhung, Anwendung.

Eine bloße Verschlechterung in den Gesundheitsverhältnissen ist hingegen - sofern nicht Unversicherbarkeit im Sinne des Art. 21 vorliegt - für den Fortbestand des Versicherungsverhältnisses ohne Belang.

Artikel 26

Obliegenheiten

1. Obliegenheiten vor Eintritt des Versicherungsfalles

Als Obliegenheit, deren Verletzung die Leistungsfreiheit des Versicherers gemäß § 6 Abs. 2 VersVG, Obliegenheitsverletzung, bewirkt, wird bestimmt, dass die versicherte Person als Lenker eines Kraftfahrzeuges die jeweilige kraftfahrrechtliche Berechtigung, die zum Lenken dieses oder eines typengleichen Kraftfahrzeuges erforderlich wäre, besitzt; dies gilt auch dann, wenn dieses Fahrzeug nicht auf Straßen mit öffentlichem Verkehr gelenkt wird.

2. Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalles

Soweit nichts anderes vereinbart ist, gilt:

Als Obliegenheiten, deren Verletzung die Leistungsfreiheit des Versicherers gemäß § 6 Abs. 3 VersVG, Obliegenheitsverletzung, bewirkt, werden bestimmt:

- 2.1. Ein Unfall ist dem Versicherer unverzüglich, spätestens innerhalb einer Woche, schriftlich anzuzeigen.
- 2.2. Ein Todesfall ist dem Versicherer innerhalb von drei Tagen anzuzeigen, und zwar auch dann, wenn der Unfall bereits gemeldet ist.
- 2.3. Dem Versicherer ist das Recht einzuräumen, die Leiche durch Ärzte obduzieren und nötigenfalls exhumieren zu lassen.
- 2.4. Nach dem Unfall ist unverzüglich ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen und die ärztliche Behandlung bis zum Abschluss des Heilverfahrens fortzusetzen; ebenso ist für eine angemessene Krankenpflege und nach Möglichkeit für die Abwendung und Minderung der Unfallfolgen zu sorgen.
- 2.5. Die Unfallanzeige ist dem Versicherer unverzüglich zuzusenden; außerdem sind dem Versicherer alle verlangten sachdienlichen Auskünfte zu erteilen.
- 2.6. Der behandelnde Arzt oder die behandelnde Krankenanstalt sowie diejenigen Ärzte oder Krankenanstalten, von denen der Versicherte aus anderen Anlässen behandelt oder untersucht worden ist, sind zu ermächtigen und aufzufordern, die vom Versicherer verlangten Auskünfte zu erteilen und Berichte zu liefern. Ist der Unfall einem Sozialversicherer gemeldet, so ist auch dieser im vorstehenden Sinne zu ermächtigen.
- 2.7. Die mit dem Unfall befassten Behörden sind zu ermächtigen und zu veranlassen, die vom Versicherer verlangten Auskünfte, diesem zu erteilen.
- 2.8. Der Versicherer kann verlangen, dass sich die versicherte Person durch die vom Versicherer bezeichneten Ärzte untersuchen lässt.
- 2.9. Ist auch Spitalgeld versichert, so ist dem Versicherer, wenn die versicherte Person in ein Spital (Art.11, Pkt.2, Spitalgeld) eingewiesen ist, nach der Entlassung aus dem Spital eine Aufenthaltsbestätigung der Spitalverwaltung zuzusenden.
- 2.10. Im Falle der Mitversicherung von Unfallkosten sind dem Versicherer die Originalbelege zu überlassen.

Befindet sich der Versicherte nicht in der Obsorge des Versicherungsnehmers, ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, dafür zu sorgen, dass alle in diesem Artikel übernommenen Verpflichtungen von den Personen übernommen werden, in deren Obsorge sich der Versicherte befindet und denen die Ausübung dieser Verpflichtungen an Stelle des Versicherungsnehmers zumutbar ist.

Abschnitt E: Sonstige Vertragsbestimmungen

Artikel 27

Versicherungsperiode, Vertragsdauer

1. Versicherungsperiode
Als Versicherungsperiode gilt, wenn der Versicherungsvertrag nicht für eine kürzere Zeit abgeschlossen ist, der Zeitraum eines Jahres.
2. Vertragsdauer
Beträgt die vereinbarte Vertragsdauer mindestens ein Jahr, verlängert sich der Vertrag jeweils um ein Jahr, wenn er nicht mindestens drei Monate vor Ablauf unter Wahrung der Formvorschriften des Art. 31 gekündigt wird. Beträgt die Vertragsdauer weniger als ein Jahr, endet der Vertrag ohne Kündigung. Ohne dass es einer Kündigung bedarf, erlischt der Versicherungsschutz für jene versicherte Person, die das 15.Lebensjahr vollendet hat.

Artikel 28

Kündigung, Erlöschen des Vertrages

1. Kündigung nach Eintritt des Versicherungsfalles
 - 1.1. Nach Eintritt des Versicherungsfalles kann der Versicherungsnehmer kündigen, wenn der Versicherer einen gerechtfertigten Anspruch auf die Versicherungsleistung ablehnt oder ihre Anerkennung verzögert.
In diesen Fällen ist die Kündigung 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 (Art. 20, Ärztekommision);
 - nach Fälligkeit der Versicherungsleistung bei Verzögerung der Anerkennung (Art. 19, Fälligkeit unserer Leistung und Verjährung) vom Versicherungsnehmer vorzunehmen.Die Kündigung kann mit sofortiger Wirkung oder zum Ende der laufenden Versicherungsperiode erfolgen.
 - 1.2. Nach Eintritt des Versicherungsfalles kann 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 innerhalb eines Monats

- nach Anerkennung dem Grunde nach;
- nach erbrachter Versicherungsleistung;
- nach Ablehnung des arglistig erhobenen Anspruches auf Versicherungsleistung durch den Versicherer vorzunehmen.

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.

- 1.3. Dem Versicherer steht die bis zur Vertragsauflösung anteilige Prämie zu.
2. Erlischt der Vertrag, weil die versicherte Person gestorben oder unversicherbar geworden ist (Art.21, Unversicherbare Personen), so steht dem Versicherer die bis zur Vertragsauflösung anteilige Prämie zu.
3. Hat der Versicherer mit Rücksicht auf die Vertragslaufzeit eine Ermäßigung der Prämie vereinbart, so kann er bei einer vorzeitigen Auflösung des Vertrages die Nachzahlung des Betrages fordern, um den die Prämie höher bemessen worden wäre, wenn der Vertrag nur für den Zeitraum geschlossen worden wäre, während dessen er tatsächlich bestanden hat.

Artikel 29

Rechtsstellung der am Vertrag beteiligten Personen:

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

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

Wird eine Versicherung gegen Unfälle, die einem anderen zustoßen, vom Versicherungsnehmer für eigene Rechnung genommen, so ist zur Gültigkeit des Vertrages die schriftliche Zustimmung des anderen erforderlich.

Ist der Andere geschäftsunfähig oder in der Geschäftsfähigkeit beschränkt und steht die Vertretung in den seine Person betreffenden Angelegenheiten dem Versicherungsnehmer zu, so kann er den anderen bei der Erteilung der Zustimmung nicht vertreten. So weit in diesem Falle die Kenntnis und das Verhalten des Versicherungsnehmers nach den Vorschriften des VersVG von rechtlicher Bedeutung ist, kommen auch die Kenntnis und das Verhalten des anderen in Betracht.

2. Alle für den Versicherungsnehmer getroffenen Bestimmungen gelten sinngemäß auch für die versicherte Person und jene Personen, die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag geltend machen.
3. Diese Personen sind neben dem Versicherungsnehmer für die Erfüllung der Obliegenheiten, der Schadenminderungs- und Rettungspflicht verantwortlich.

Artikel 30

Gerichtsstand, Klagefrist

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 ihren Sitz im Inland haben.

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 Ärztekommision beantragt wird, endet die Frist erst einen Monat nach dieser Entscheidung.

Artikel 31

Form der Erklärungen

Alle Mitteilungen und Erklärungen sind nur in schriftlicher Form verbindlich.

Artikel 32

Für diesen Vertrag gilt österreichisches Recht.

Anhang

Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VersVG)

§ 6

1. Ist im Vertrag bestimmt, dass bei Verletzung einer Obliegenheit, die vor dem Eintritt des Versicherungsfalles dem Versicherer gegenüber zu erfüllen ist, der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei sein soll, so tritt die vereinbarte Rechtsfolge nicht ein, wenn die Verletzung als eine unverschuldete anzusehen ist. Der Versicherer kann den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen, es sei denn, dass die Verletzung als eine unverschuldete anzusehen ist. Kündigt der Versicherer innerhalb eines Monats nicht, so kann er sich auf die vereinbarte Leistungsfreiheit nicht berufen.
- 1a. Bei der Verletzung einer Obliegenheit, die die dem Versicherungsvertrag zugrundeliegende Äquivalenz zwischen Risiko und Prämie aufrechterhalten soll, tritt die vereinbarte Leistungsfreiheit außerdem nur in dem Verhältnis ein, in dem die vereinbarte hinter der für das höhere Risiko tarifmäßig vorgesehenen Prämie zurückbleibt. Bei der Verletzung von Obliegenheiten zu sonstigen bloßen Meldungen und Anzeigen, die keinen Einfluss auf die Beurteilung des Risikos durch den Versicherer haben, tritt Leistungsfreiheit nur ein, wenn die Obliegenheit vorsätzlich verletzt worden ist.
2. Ist eine Obliegenheit verletzt, die vom Versicherungsnehmer zum Zweck der Verminderung der Gefahr oder der Verhütung einer Erhöhung der Gefahr dem Versicherer gegenüber – unabhängig von der Anwendbarkeit des Abs. 1a – zu erfüllen ist, so kann sich der Versicherer auf die vereinbarte Leistungsfreiheit nicht berufen, wenn die Verletzung keinen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalles oder soweit sie keinen Einfluss auf den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung gehabt hat.
3. Ist die Leistungsfreiheit für den Fall vereinbart, dass eine Obliegenheit verletzt wird, die nach dem Eintritt des Versicherungsfalles dem Versicherer gegenüber zu erfüllen ist, so tritt die vereinbarte Rechtsfolge nicht ein, wenn die Verletzung weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruht. „Wird die Obliegenheit nicht mit dem Vorsatz verletzt, die Leistungspflicht des Versicherers zu beeinflussen oder die Feststellung solcher Umstände zu beeinträchtigen, die erkennbar für die Leistungspflicht des Versicherers bedeutsam sind, so bleibt der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung weder auf die Feststellung des Versicherungsfalles noch auf die Feststellung oder den Umfang der 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 Versicherungsfalles 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 Versicherungsfalles 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 einst 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.

§ 23

1. Nach Abschluss des Vertrages darf der Versicherungsnehmer ohne Einwilligung des Versicherers weder eine Erhöhung der Gefahr vornehmen, noch ihre Vornahme durch einen Dritten gestatten.
2. Erlangt der Versicherungsnehmer davon Kenntnis, dass durch eine von ihm ohne Einwilligung des Versicherers vorgenommene oder gestattete Änderung die Gefahr erhöht ist, so hat er dem Versicherer unverzüglich Anzeige zu machen.

§ 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 nicht mehr als 10 v H der Jahresprämie, höchstens aber mit 60 Euro im Verzug, so tritt eine im § 38 oder § 39 vorgesehene Leistungsfreiheit des 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.