

Allgemeine Bedingungen für die Unfallversicherung der VAV (AUVB 11/2023)

Inhaltsverzeichnis

Abschnitt A: Versicherungsschutz

- Artikel 1: Gegenstand der Versicherung
- Artikel 2: Versicherungsfall
- Artikel 3: Örtlicher Geltungsbereich
- Artikel 4: Zeitlicher Geltungsbereich
- Artikel 5: Beginn des Versicherungsschutzes, vorläufige Deckung
- Artikel 6: Begriff des Unfalles

Abschnitt B: Versicherungsleistungen

- Artikel 7: Dauernde Invalidität
- Artikel 8: Todesfall
- Artikel 9: Taggeld
- Artikel 10: Spitalgeld, Schmerzensgeld
- Artikel 11: Unfallkosten
- Artikel 12: Knochenbruchpauschale
- Artikel 13: Kinderlähmung, Frühsommer-Meningoencephalitis
- Artikel 14: Zusatzleistungen
- Artikel 15: Fälligkeit unserer Leistung

Abschnitt C: Begrenzungen des Versicherungsschutzes

- Artikel 16: Ausschlüsse
- Artikel 17: Sachliche Begrenzungen des Versicherungsschutzes

Abschnitt D: Pflichten des Versicherungsnehmers

- Artikel 18: Prämie
- Artikel 19: Anzeige der Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung des Versicherten
- Artikel 20: Obliegenheiten

Abschnitt E: Sonstige Vertragsbestimmungen

- Artikel 21: Versicherungsperiode, Vertragsdauer
- Artikel 22: Kündigung, Erlöschen des Vertrages
- Artikel 23: Rechtsstellung der am Vertrag beteiligten Personen
- Artikel 24: Gerichtsstand
- Artikel 25: Form der Erklärung

Anhang: Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz

Abschnitt A: Der Versicherungsschutz

Artikel 1

Gegenstand der Versicherung

Der Versicherer bietet Versicherungsschutz, wenn dem Versicherten ein Unfall zustößt.

Die Leistungen, die versichert werden können, ergeben sich aus Abschnitt B. Aus der Polizze ist ersichtlich, welche Leistungen und Versicherungssummen vereinbart sind.

Gesetzesstellen des Versicherungsvertragsgesetzes (VersVG), die in den AUVB angeführt werden, sind im Anhang zu den AUVB im vollen Wortlaut wiedergegeben. Bitte lesen Sie sich die Bestimmungen im Anhang sorgfältig durch.

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 eingetreten sind.

Darüber hinaus wird der Versicherungsschutz zeitlich begrenzt durch die Bestimmungen über Prämienzahlung (Art. 19) und Beginn des Versicherungsschutzes (Art. 5).

Artikel 5

Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt bei fristgerechter Bezahlung der ersten oder einmaligen Prämie samt Versicherungssteuer (im Folgenden kurz: Prämie) mit dem vereinbarten Versicherungsbeginn. Die Zahlungsfrist ist in Artikel 19 geregelt.

War der Versicherungsnehmer an der rechtzeitigen Zahlung der ersten oder einmaligen Prämie ohne sein Verschulden verhindert, so beginnt der Versicherungsschutz ebenfalls mit dem vereinbarten Versicherungsbeginn. Bei schuldhaftem Verzug besteht Versicherungsschutz ab dem Zeitpunkt der Zahlung.

Für den Zahlungsverzug mit einem Teil der ersten oder einmaligen Prämie gilt § 39a VersVG (siehe Anhang).

Vorläufige Deckung

Soll der Versicherungsschutz schon vor Einlangen des Antrages beginnen (vorläufige Deckung), ist die ausdrückliche Zusage der vorläufigen Deckung durch dem Versicherer erforderlich.

Ist eine vorläufige Deckung vereinbart, endet diese jedenfalls mit Aushändigung der Polizze. Dem Versicherer steht in diesem Fall die auf die Zeit des Versicherungsschutzes entfallende anteilige Prämie zu.

Artikel 6

Begriff des Unfalles

1. Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.
2. Als Unfall gelten auch folgende Ereignisse:
 - Ertrinken oder Ersticken;
 - Erfrieren;
 - Verbrennungen, Verbrühungen, Einwirkungen von Blitzschlag oder elektrischem Strom;

- Einatmen von Gasen und Dämpfen, versehentliche Einnahme von giftigen oder ätzenden Stoffen, es sei denn, dass diese Einwirkungen allmählich erfolgen; Folgen von Nahrungsmittelvergiftungen;
- Bemühungen zur Rettung von Menschenleben, Tieren oder Sachen;
- Folgen eines Schlangenbisses oder von Insektenstichen (z.B.: allergische Reaktionen);
- Verrenkungen von Gliedern sowie Zerrungen und Zerreißungen von an Gliedmaßen und an der Wirbelsäule befindlichen Muskeln, Sehnen, Bändern und Kapseln sowie plötzliche Meniskusverletzungen.

3. Als Unfall gilt auch, wenn sich die versicherte Person durch eine erhöhte Kraftanstrengung

- ein Gelenk an Gliedmaßen oder der Wirbelsäule verrenkt.
- Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln an Gliedmaßen oder der Wirbelsäule zerrt oder zerreißt

Eine erhöhte Kraftanstrengung ist eine Bewegung, deren Muskeleinsatz über die normalen Handlungen des täglichen Lebens im Alltag, Beruf oder beim Sport hinausgeht.

4. Hinsichtlich abnutzungsbedingter Einflüsse mit Krankheitswert finden insbesondere die Bestimmungen des Art. 17 Anwendungen.

5. Der Versicherungsschutz erstreckt sich auch auf Unfälle, die der Versicherte infolge eines Herzinfarktes oder Schlaganfalles erleidet. Für Gesundheitsschädigungen, die aufgrund akuter Mangel durchblutung des Herzmuskels und Gehirns entstanden sind, wird nur dann eine Leistung erbracht, wenn ein überwiegender Kausalzusammenhang mit einer unmittelbaren Verletzung der betreffenden Koronararterie bzw. Hirnregion besteht und diese Verletzung durch eine direkte mechanische Einwirkung von außen verursacht wurde.

6. Krankheiten gelten nicht als Unfälle, übertragbare Krankheiten auch nicht als Unfallfolgen. Dies gilt nicht für Kinderlähmung und die durch Zeckenbiss übertragene Frühsommer-Meningoencephalitis (FSME) und Lyme-Borreliose im Rahmen der Bestimmungen des Art. 13 sowie für Wundstarrkrampf und Tollwut, verursacht durch einen Unfall gemäß Art. 6 Pkt. 1.

7. Als Unfallereignis gelten auch Schutzimpfungen, wenn die versicherte Person dadurch Gesundheitsschäden erleidet. Der Versicherer erbringt eine Leistung von max. EUR 50.000, - nur für dauernde Invalidität (Art. 7.) und für den Todesfall (Art. 8.). Auf andere vereinbarte Leistungsarten findet diese Erweiterung keine Anwendung.

8. Der Versicherungsschutz gilt für Unfälle, die die versicherte Person bei ehrenamtlichen Rettungseinsätze zu Lande oder zu Wasser erleidet.

9. Als Unfallereignis gilt auch das Verschlucken von festen Stoffen und Kleinteilen bei Kindern bis zum vollendeten 10. Lebensjahres, wobei die unfreiwillige erlittene Gesundheitsschädigung nicht Voraussetzung für die Erbringung der Leistung ist.

10. 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 noch ein Besatzungsmitglied ist.

Abschnitt B: Versicherungsleistungen

Artikel 7

Dauernde Invalidität

1. Dauernde Invalidität liegt vor, wenn die versicherte Person auf Lebenszeit durch einen Unfall in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt ist.
 - 1.1. Ist die dauernde Invalidität innerhalb eines Jahres vom Unfalltag an gerechnet eingetreten, wird aus der hierfür versicherten Summe der dem Grad der Invalidität entsprechende Betrag gezahlt. Sie ist unter Vorlage eines ärztlichen Befundberichtes, aus dem Art und Umfang der Gesundheitsschädigung und die Möglichkeit einer auf Lebenszeit dauernden Invalidität hervorgeht, geltend zu machen.
 - 1.2. Ein Anspruch auf Leistung für dauernde Invalidität ist innerhalb von 36 Monaten vom Unfalltag an gerechnet geltend zu machen.
2. Für die Bemessung des Invaliditätsgrades gelten folgende Bestimmungen:
 - 2.1. Bei völligem Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehenden Körperteile und Sinnesorgane gelten ausschließlich die folgende Invaliditätsgrade:

eines Armes	75 %
einer Hand	60 %
eines Daumens	20 %
eines Zeigefingers	10 %
eines anderen Fingers	5 %
eines Beines	75 %
einer großen Zehe	5 %
einer anderen Zehe	2 %
der Sehkraft beider Augen	100 %
der Sehkraft eines Auges	60 %
sofern die Sehkraft des anderen Auges vor Eintritt des Versicherungsfalles bereits verloren war	70 %
des Gehörs beider Ohren	70 %
des Gehörs eines Ohres	35 %
sofern jedoch das Gehör des anderen Ohres vor Eintritt des Versicherungsfalles bereits verloren war	45 %
des Geruchsinnes	10 %
des Geschmacksinnes	10 %
der Milz	10 %
des Magens	20 %
einer Niere	20 %
beider Nieren oder wenn die Funktion der zweiten Niere vor Eintritt des Versicherungsfalles bereits verloren war	40 %
bei Beeinträchtigung der Leberfunktion	10 %
bei Beeinträchtigung der Lungenfunktion .	30 %
der Stimme	50 %
bei völligem Verlust einer weiblichen Brust.....	15 %
bei Verlust der männlichen Geschlechtsorgane	30 %
 - 2.2. Bei teilweisem 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.

4. War die Funktion der betroffenen Körperteile oder Sinnesorgane bereits vor dem Unfall dauernd beeinträchtigt, wird der Invaliditätsgrad um die Vorinvalidität gemindert (siehe Art. 17.).

Bei Mitwirkung von Krankheiten, Gebrechen oder nicht altersbedingten Abnützungerscheinungen an den Unfallfolgen finden die Bestimmungen des Art. 17 Pkt. 2 Anwendung.
5. Ist die Funktion mehrerer Körperteile oder Sinnesorgane durch den Unfall beeinträchtigt, werden die nach den vorstehenden Bestimmungen ermittelten Invaliditätsgrade zusammengerechnet. Mehr als 100% werden jedoch nicht berücksichtigt.
6. Im ersten Jahr nach dem Unfall wird eine Invaliditätsleistung vom Versicherer nur dann erbracht, wenn Art und Umfang der Unfallfolgen aus ärztlicher Sicht eindeutig feststehen.
7. Steht der Grad der dauernden Invalidität nicht eindeutig fest, sind sowohl die versicherte Person als auch der Versicherer berechtigt, den Invaliditätsgrad jährlich, bis längstens vier Jahre nach dem Unfalltag ärztlich neu bemessen zu lassen.

Artikel 8

Todesfall

1. Tritt innerhalb eines Jahres, vom Unfalltag an gerechnet der Tod als Folge des Unfalles ein, wird die für den Todesfall versicherte Summe gezahlt.
2. Auf die Todesfalleistung werden nur Zahlungen, die für dauernde Invalidität aus demselben Ereignis geleistet worden sind, angerechnet. Einen Mehrbetrag an Leistung für dauernde Invalidität kann der Versicherer nicht zurückverlangen.
3. Für Personen unter 15 Jahren werden im Rahmen der Versicherungssumme nur die aufgewendeten Begräbniskosten bis maximal EUR 20.000, - ersetzt.

Artikel 9

Taggeld

Taggeld wird für die Dauer der vollständigen Arbeitsunfähigkeit im Beruf oder in der Beschäftigung der versicherten Person, gezahlt. Die Zahlung beginnt nach Ablauf der vertraglich vereinbarten Karenzfrist (Leistung ab dem 3. Tag) und wird für längstens 365 Tage, innerhalb von 4 Jahren ab dem Unfalltag an gerechnet, gezahlt.

Für den Fall, dass die versicherte Person nach Abschluss des Versicherungsvertrages dauerhaft arbeitslos wird bzw. infolge Altersruhestand keiner sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung mehr nachgeht, hat sie das Recht, das Taggeld aus dem Vertrag auszuschließen. Übt der Versicherte zum Unfallzeitpunkt keine Erwerbstätigkeit im Beruf oder der Beschäftigung aus, ist der Versicherungsschutz für die Leistungsart Taggeld nicht gegeben. Insbesondere werden als nicht erwerbstätig angesehen: Kinder, Schüler, Studenten, Hausfrauen oder Hausmänner, im Mutterschutz befindliche Frauen, karentzierte Arbeitnehmer, Arbeitslose und Pensionisten.

Artikel 10

Spitalgeld, Schmerzensgeld

1. Spitalgeld wird für jeden Kalendertag, an dem sich der Versicherte wegen eines Versicherungsfalles in medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung befindet, gezahlt. Es wird für längstens für 365 Tage innerhalb von vier Jahren ab dem Unfalltag an gerechnet, gezahlt.
2. Ab einem ununterbrochenen Spitalsaufenthalt von mindestens 7 Tagen innerhalb von vier Jahren ab dem Unfalltag, leistet der Versicherer ein einmaliges Schmerzensgeld in der vereinbarten Höhe.
3. Als Spitäler gelten Krankenanstalten und Sanatorien, die sanitätsbehördlich genehmigt sind, unter ständiger ärztlicher Leitung und Betreuung stehen und sich nicht auf Anwendung bestimmter Behandlungsmethoden beschränken, sowie Rehabilitationszentren der Sozialversicherungsträger, Werksspitäler und Krankenreviere der Exekutive.
4. Nicht als Spitäler gelten z.B. Heil- und Pflegeanstalten für Lungenkranke, sowie für unheilbar chronisch Erkrankte, Erholungs- und Genesungsheime, Altersheime und deren Krankenabteilungen, sowie Kuranstalten, ferner Heil- und Pflegeanstalten für Nerven- und Geisteskranke.

Artikel 11

Unfallkosten

Bis zur Höhe der hierfür vereinbarten Versicherungssumme werden Unfallkosten ersetzt, sofern sie innerhalb von zwei Jahren vom Unfalltag an gerechnet entstehen und soweit nicht von einem Sozialversicherungsträger Ersatz zu leisten ist oder von einem sonstigen Leistungsträger Ersatz geleistet wurde. Bei Hubschrauberbergungen werden die Kosten, die bei Berufs- und Verkehrsunfällen im Inland entstehen, nicht ersetzt.

Unfallkosten sind:

1. Heilkosten, die 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 erforderliche erstmalige 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.
Zahnersatz: Ebenfalls versichert sind Kosten für die Wiederbeschaffung bzw. Reparatur festsitzender, nicht abnehmbarer Zahnersätze.

Die Kosten für Anwendungen der traditionellen chinesischen Medizin (TCM) zur Behebung der Unfallfolgen werden bis maximal 50% der vereinbarten Versicherungssumme auch ohne ärztliche Verordnung ersetzt.

Die Kosten für private Krankenhäuser bzw. Kliniken zur Behebung der Unfallfolgen werden bis maximal EUR 5.000,- ersetzt.
2. Bergungskosten, die notwendig werden, wenn der Versicherte
 - 2.1. einen Unfall erlitten hat und in Berg- oder Wasersnot geraten ist und verletzt geborgen werden muss;

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

Bergungskosten sind die nachgewiesenen Kosten des Suchens nach dem Versicherten und seines Transportes bis zur nächsten befahrbaren Straße oder bis zu dem, dem Unfallort nächstgelegenen Spital.

Die Kosten für die Behandlung in der Dekompressionskammer werden im Rahmen der Bergungskosten ersetzt.

3. Rückholkosten, das sind die unfallbedingten Kosten des ärztlich empfohlenen Verletztentransportes 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 seinem Wohnort nächstgelegenen Krankenhaus. Bei einem tödlichen Unfall werden auch die Kosten der Überführung des Toten zu dessen letztem Wohnort in Österreich bezahlt.
4. Fahrtkosten, wenn die versicherte Person nach einem Unfall zur Krankengymnastik oder zu Therapien transportiert werden muss, übernehmen wir pro Versicherungsfall die Fahrtkosten bis zu max. 10 % der vereinbarten Versicherungssumme für Unfallkosten. Erfolgt die Übernahme der Kosten von einem Sozialversicherungsträger oder von einem sonstigen Leistungsträger, so geht dieser unserer Vereinbarung vor. Uns sind die Originalbelege der Fahrtkosten sowie ein Nachweis der absolvierten Krankengymnastik / Therapie vorzulegen. Bei Privatfahrten wird das amtliche Kilometergeld ersetzt.

Artikel 12

Knochenbruchpauschale

Bei einem unfallbedingten Knochenbruch (unabhängig von der Anzahl der gebrochenen Knochen und der Schwere der Knochenbrüche) wird eine einmalige, auf der Police dokumentierte, Knochenbruchpauschale pro Unfallereignis erbracht.

Artikel 13

Kinderlähmung, Frühsommer-Meningoencephalitis

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf die Folgen der 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.

Die Berechnung der Versicherungsleistung erfolgt im Fall der dauernden Invaliderität nach den Kriterien in Art 7. Im Todesfall ergibt sich die Versicherungsleistung aus der vereinbarten Versicherungssumme im Todesfall (wie in der Police ausgewiesen). Die maximale Versicherungsleistung ist jedenfalls mit €50.000,00 der Höhe nach begrenzt.

Artikel 14

Zusatzleistungen

Der Versicherer übernimmt die erforderlichen Kosten, die durch Erfüllung der in Art. 20 Pkt. 2 bestimmten Obliegenheiten entstehen. Ausgenommen bleiben davon Kosten nach Art. 20. Pkt. 2.3.

Artikel 15

Fälligkeit unserer Leistung

1. Der Versicherer ist verpflichtet, innerhalb eines Monats, bei Ansprüchen auf Leistung für dauernde Invalidität innerhalb von drei Monaten, zu erklären, ob und in welcher Höhe er eine Leistungspflicht anerkennt. Die Fristen beginnen mit dem Eingang der Unterlagen, die der Anspruchserhebende 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, ob der Anspruchsberechtigte nach Ablauf zweier Monate seit dem Begehren nach einer Geldleistung eine Erklärung von uns verlangt, aus welchen Gründen die Erhebungen noch nicht beendet, werden konnten, und wir diesem Verlangen nicht binnen eines Monats entsprechen.
3. Steht die Leistungspflicht nur dem Grunde nach fest, kann der Anspruchsberechtigte von uns Vorschüsse bis zu der Höhe des Betrages verlangen, den wir nach Lage der Sache mindestens zu zahlen haben, werden.
4. Für die Verjährung gilt § 12 Versicherungsvertragsgesetz.

Abschnitt C: Begrenzungen des Versicherungsschutzes

Artikel 16

Ausschlüsse

Der Versicherungsschutz gilt nicht für Unfälle,

1. die die versicherte Person als Luftfahrzeugführer (auch Luftsportgeräteführer), soweit sie nach österreichischem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt, sowie als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeuges erleidet; bei einer ausschließlich mit Hilfe eines Luftfahrzeuges auszuübenden beruflichen Tätigkeit; bei der Benutzung von Raumfahrzeugen; bei der Benutzung von nicht motorisch angetriebenen Luftfahrzeugen und Luftfahrgeräten;
2. die bei Fahrten auf Rennstrecken, die nicht für den öffentlichen Verkehr zugelassen sind oder bei Beteiligung an motorsportlichen Wettbewerben (auch Wertungsfahrten und Rallyes) und den dazugehörigen Trainingsfahrten entstehen. Sofern dafür keine Lizenz erforderlich ist, besteht jedoch Versicherungsschutz für Unfälle, die sich infolge gelegentlichen Fahrens mit Leihkarts auf Indoor-, Outdoor- oder Crosskart-Anlagen ereignen.
3. die bei der Teilnahme an Landes-, Bundes- oder internationalen Wettbewerben bzw. ab Landesmeisterschaften/Landesliga (und höher) in den Sportarten Fußball, Handball, Volleyball, Basketball, Faustball, Football, Eishockey und Land- und Hallenhockey oder auf dem Gebiet des nordischen und alpinen Schisports, des Snowboardens sowie Freestyleing, Bob-, Skibob-, Skeletonfahrens oder Rodeln im Rahmen der Sportausübung, sowie am offiziellen Training für diese Veranstaltungen und Meisterschaften entstehen;
4. die bei der Ausübung folgender Körperkontakt Sportarten (Karate, Boxen, Kickboxen und ähnliches), Schwerathletik, Tauchen tiefer als 40 Meter Tauchtiefe, Apnoetauchen, Downhill-Mountainbiken entstehen sowie bei Expeditionen als Entdeckungs- und Forschungsreisen, Befahren von Wildwasser ab Klasse WWIII, Höhlentrekking, Canyoning entstehen;

5. die bei der Ausübung beim Bergsteigen/Klettern mit außergewöhnlichem Risiko (das ist Klettern im freien Gelände ab einem UIAA-Schwierigkeitsgrad V bzw. das Klettern beim Klettersteig ab einem Schwierigkeitsgrad F, Free-Solobegehungen – Klettern ohne Sicherung, Eisklettern; Teilnahme an Expeditionen und ähnliches; Bouldern ab Schwierigkeitsgrad 5c+ Fb-bloc (reines Boulder Problem nach Fontainebleau-Skala) entstehen;
6. die bei der Ausübung von Extremsportarten, das sind jene, die hauptsächlich dadurch gekennzeichnet sind, dass sie mit großen Geschwindigkeiten, aus großen Höhen oder in großen Tiefen ausgeführt werden wie z.B. Bungeejumping, Heli-Bungee, Freeclimbing, Freeriding, Houserunning, Speedriding/Speedflying, HighRopes, HydroSpeed, Kite-Surfen, Sky-Surfen, Scad-Diving etc., entstehen;
7. die bei der Ausübung von Reitsportarten, wie Vielseitigkeits- und Military Reiten, Polospielen, Rennreiten, Teilnahme an Trabrennen, Rodeoreiten sowie reitsportlichen Wettkämpfen, entstehen. Es gelten jedoch Freizeitreiten inkl. Westernreiten (ohne Wettkämpfe) und Freizeitkutschenfahrer (ohne Wettkämpfe) mitversichert;
8. die beim Versuch oder der Begehung gerichtlich strafbarer Handlungen durch die versicherte Person eintreten, für die Vorsatz Tatbestandsmerkmal ist;
9. die unmittelbar oder mittelbar mit Kriegsereignissen jeder Art zusammenhängen;
10. die unmittelbar oder mittelbar mit Terrorakten jeder Art zusammenhängen; oder sich ergeben aus oder im Zusammenhang mit Handlungen, die zur Eindämmung, Vorbeugung oder Unterdrückung von Terrorakten ergriffen werden oder sich in irgendeiner Weise darauf beziehen;
11. die durch innere Unruhen entstehen;
12. die mittelbar oder unmittelbar durch
 - jegliche Einwirkung von Nuklearwaffen, chemischen oder biologischen Waffen,
 - Kernenergie,
 - den Einfluss ionisierender Strahlen im Sinne der jeweils geltenden Fassung des Strahlenschutzgesetzes, außer jenen, die durch veranlasste Heilbehandlungen infolge eines Versicherungsfalles entstehen,verursacht oder beeinflusst werden;
13. die die versicherte Person infolge einer Bewusstseinsstörung oder einer wesentlichen Beeinträchtigung ihrer psychischen Leistungsfähigkeit durch Alkohol, Drogen bzw. Suchtgifte sowie durch epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreift, erleidet. Eine wesentliche Beeinträchtigung der psychischen Leistungsfähigkeit nur durch Alkohol liegt nicht vor, wenn
 - beim Lenker eines Kraftfahrzeuges ein Blutgehalt unter 1,3 Promille zum Zeitpunkt besteht;
 - beim Lenker eines Fahrrades ein Blutgehalt unter 1,5 Promille zum Zeitpunkt besteht;
 - bei sonstigen Unfällen ein Blutgehalt unter 2,0 Promille zum Zeitpunkt besteht.Eine Verweigerung des Alkohol-Tests oder der Blutabnahme zur Feststellung des Blutalkoholgehaltes wird

einer wesentlichen Beeinträchtigung der psychischen Leistungsfähigkeit gleichgestellt;

14. die die versicherte Person infolge einer Bewusstseinsstörung hervorgerufen durch eine schwere psychische Erkrankung wie insbesondere Psychosen, Schizophrenie, paranoide oder bipolare Störungen, Borderline-Syndrom oder durch eine Demenzerkrankung wie Morbus Alzheimer erleidet;
15. die die versicherte Person infolge autoerotischer Handlungen, Selbstverstümmelung oder in Selbstmordabsicht erleidet;
16. die durch Gesundheitsschäden bei Heilmaßnahmen oder Eingriffen am Körper der versicherten Person entstehen; Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Heilmaßnahmen oder Eingriffe durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall veranlasst waren.

Artikel 17

Sachliche Begrenzungen des Versicherungsschutzes

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 den Bestimmungen des Artikels 7. Pkt. 2 bemessen.

2. Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch ein Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, ist im Falle einer Invalidität der Prozentsatz des Invaliditätsgrades, ansonsten die Leistung entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens zu vermindern, sofern dieser Anteil mindestens 25 % beträgt. Dies gilt insbesondere auch, wenn die Gesundheitsschädigung durch einen abnutzungsbedingten Einfluss mit Krankheitswert, wie beispielsweise Arthrose, mitverursacht worden ist.
3. Mit Ablauf des Versicherungsjahres, in dem ein „versichertes Kind“ das 18. Lebensjahr vollendet, vermindern sich für dieses Kind die zu diesem Zeitpunkt vereinbarten Versicherungssummen der Versicherungsleistungen und Zusatzdeckungen der Kinder-Unfallversicherung automatisch um die Hälfte (50%). Die Versicherungsleistung für das versicherte Kind wird jedoch maximal bis zum Ende des Monats, in dem das versicherte Kind das 25. Lebensjahr vollendet, erbracht.
4. Mit Ablauf des Versicherungsjahres, in dem ein „versichertes Kind“ das 18. Lebensjahr vollendet und mit Wegfall der Familienbeihilfe, vermindern sich für dieses Kind die zu diesem Zeitpunkt vereinbarten Versicherungssummen der Versicherungsleistungen und Zusatzdeckungen der Familien- oder Alleinerzieher-Unfallversicherung automatisch um ein Viertel (25%). Die Versicherungsleistung für das versicherte Kind wird jedoch maximal bis zum Ende des Monats, in dem das versicherte Kind das 25. Lebensjahr vollendet, erbracht.
5. Bandscheibenhernien jeder Art sind versichert, wenn sie durch eine erhebliche direkte Gewalteinwirkung auf das jeweilige Segment der Wirbelsäule verursacht werden und
 - diese durch Kraft und Richtung in der Lage war, eine gesunde Bandscheibe zu zerreißen, die bildgebende Untersuchung nach dem Unfall (wie MRT, Röntgen) keine degenerativen Veränderungen zeigt und es sich nicht um eine Ver-

schlimmerung von vor dem Unfall bestandenen Krankheitserscheinungen handelt; oder

- Frakturen ober- oder unterhalb der geschädigten Bandscheibe vorliegen; oder
 - es zu Bänderrissen im Bereich der Wirbelsäule mit Wirbelverrenkungen gekommen ist.
6. Für bedingte Störungen des Nervensystems sowie psychische und nervöse Störungen, die im Anschluss eines versicherten Unfalles neu eingetreten sind, wird eine Leistung vom Versicherer nur erbracht, wenn und soweit diese Störung auf eine durch den Unfall verursachte organische Schädigung des Nervensystems oder eine durch den Unfall neu entstandene Epilepsie zurückzuführen ist.
 7. Für Bauch- und Unterleibsbrüche jeder Art wird eine Leistung nur erbracht, wenn sie durch eine von außen kommende mechanische Einwirkung direkt herbeigeführt worden sind und nicht anlagebedingt waren.

Abschnitt D: Pflichten des Versicherungsnehmers

Artikel 18

Prämie

1. 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 richten.
Für die Folgen nicht rechtzeitiger Prämienzahlung gelten die §§ 38 ff, 39, 39a VersVG, Prämienzahlungsverzug.
2. Wenn vereinbart, werden Versicherungssummen sowie die Prämie jährlich zur Hauptfälligkeit der Prämie um den Prozentsatz erhöht oder vermindert, der den Schwankungen der Verbraucherpreise gemäß dem Verbraucherpreisindex 2015 oder gemäß dem an seine Stelle getretenen Index seit letzter Prämienhauptfälligkeit entspricht. Die neuen Versicherungssummen bzw. die Prämie werden wir Ihnen jeweils schriftlich bekannt geben. Zur Berechnung des Prozentsatzes der Änderung wird der zuletzt von der Bundesanstalt Statistik Austria vor Prämienhauptfälligkeit veröffentlichte Verbraucherpreisindex oder der an seine Stelle getretene Index herangezogen.

Artikel 19

Anzeige der Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung des Versicherten

Veränderungen des im Antrag angegebenen Berufes oder der im Antrag angegebenen Beschäftigung des Versicherten 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 oder Beschäftigung des Versicherten nach dem zur Zeit der Veränderung gültigen Tarif des Versicherers eine niedrigere Prämie, so ist vom Zugang der Anzeige an nur diese Prämie zu bezahlen.
- Ergibt sich eine höhere Prämie, so wird auf die Dauer von drei Monaten ab dem Zeitpunkt, zu welchem dem Versicherer die Anzeige hätte zugehen müssen, auch für die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung der volle Versicherungsschutz gewährt. Tritt ein auf die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung zurückzuführen

render 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 erforderlichen Prämiensätze aufgrund der tatsächlichen in der Police berechneten Prämien ergeben.

- Bietet der Versicherer für die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung grundsätzlich keinen Versicherungsschutz an, finden die Bestimmungen der §§ 23 ff VersVG (Gefahrenerhöhung) Anwendung.

Artikel 20

Obliegenheiten

1. Obliegenheiten vor Eintritt des Versicherungsfalles

Als Obliegenheiten, deren Verletzung die Leistungsfreiheit des Versicherers gemäß den Voraussetzungen und Begrenzungen des § 6 Abs. 2 VersVG (siehe Anhang „Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetzes“) 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 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 den Voraussetzungen und Begrenzungen des § 6 Abs. 3 VersVG (siehe Anhang „Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetzes“) bewirkt, werden bestimmt:

- 2.1. Ein Unfall ist dem Versicherer unverzüglich, spätestens innerhalb einer Woche, in geschriebener Form, sofern nicht die Schriftform vereinbart ist, anzuzeigen.
- 2.2. Ein Todesfall ist dem Versicherer innerhalb von 3 Tagen anzuzeigen, und zwar auch dann, wenn der Unfall bereits gemeldet ist.
- 2.3. 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.
- 2.4. Ein von uns übersandtes Unfallmeldeformular ist dem Versicherer unverzüglich zuzusenden; außerdem sind ihm alle verlangten sachdienlichen Auskünfte zu erteilen.
- 2.5. Der Versicherer kann verlangen, dass sich die versicherte Person durch die von ihm bezeichneten Ärzte untersuchen lässt.
- 2.6. Ist auch Spitalgeld versichert, so ist dem Versicherer, wenn die versicherte Person in ein Spital (Art. 10 Spitalgeld) eingewiesen ist, nach der Entlassung aus dem Spital eine Aufenthaltsbestätigung der Spitalverwaltung zuzusenden.
- 2.7. Im Falle der Mitversicherung von Unfallkosten sind dem Versicherer die Originalbelege zu überlassen.

Abschnitt E: Sonstige Vertragsbestimmungen

Artikel 21

Versicherungsperiode, Versicherungsdauer

1. Versicherungsperiode

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

2. Vertragsdauer

Beträgt die Vertragsdauer weniger als ein Jahr, endet der Vertrag ohne Kündigung.

Beträgt die vereinbarte Vertragsdauer mindestens ein Jahr, dann verlängert sich die Vertragsdauer jeweils automatisch um ein weiteres Jahr, wenn die schriftliche Kündigung des Versicherungsnehmers nicht spätestens einen Monat vor dem Ende der vereinbarten Vertragsdauer beim Versicherer einlangt.

Artikel 22

Kündigung, Erlöschen des Vertrages

1. Kündigung nach dem Versicherungsfall

- 1.1. Nach Eintritt des Versicherungsfalles kann der Versicherer kündigen, a) wenn der Versicherer den Anspruch auf die Versicherungsleistung dem Grunde nach anerkannt oder b) die Versicherungsleistung erbracht hat oder c) wenn der Versicherungsnehmer einen Anspruch auf Versicherungsleistung arglistig erhoben hat. Dabei steht dem Versicherer das Kündigungsrecht in den Fällen a) und b) nur zum Schutz der Versichertengemeinschaft vor überdurchschnittlicher Inanspruchnahme der Versicherung zu. Eine überdurchschnittliche Inanspruchnahme liegt vor, wenn der Versicherer in drei Versicherungsfällen Versicherungsleistungen erbracht hat.

Die Kündigung ist innerhalb eines Monats

- nach Anerkennung dem Grunde nach;
- nach erbrachter Versicherungsleistung;
- nach Ablehnung des arglistig erhobenen Anspruches auf Versicherungsleistung von ihm vorzunehmen.

Die Kündigung kann nur unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist erfolgen.

- 1.2. Nach Eintritt des Versicherungsfalles kann der Versicherungsnehmer, in den in 1.1 genannten Fällen kündigen, darüber hinaus auch wenn der Versicherer einen gerechtfertigten Anspruch auf die Versicherungsleistung ablehnt oder ihre Anerkennung verzögert. Weiters kann der Versicherungsnehmer nach Entscheidung bzw. nach Rechtskraft des Urteiles im Falle eines Rechtsstreites vor Gericht kündigen.

In allen Fällen ist die Kündigung innerhalb eines Monats

- nach Anerkennung dem Grunde nach;
- nach erbrachter Versicherungsleistung;
- nach Ablehnung des arglistig erhobenen Anspruches auf Versicherungsleistung;
- nach Ablehnung des gerechtfertigten Anspruches auf die Versicherungsleistung;
- nach Fälligkeit der Versicherungsleistung bei Verzögerung der Anerkennung;
- nach Rechtskraft des Urteiles im Falle eines Rechtsstreites vor Gericht;

vom Versicherungsnehmer vorzunehmen.

Die Kündigung kann mit sofortiger Wirkung oder zum Ende der laufenden Versicherungsperiode erfolgen.

- 1.3. Dem Versicherer steht die bis zur Vertragsauflösung anteilige Prämie zu.
2. Der Versicherer kann zum Ende des dritten und jedes darauffolgenden Jahres unter Einhaltung einer Frist von einem Monat Versicherungsverträge, deren Abschluss nicht zum Betrieb eines Unternehmens des Versicherungsnehmers gehören (Verbraucherverträge), kündigen. Das Kündigungsrecht des Versicherungsnehmers gemäß § 8 Abs.3 VersVG bleibt davon unberührt.
3. Bei Abschluss von einem 1 Jahresvertrag wird dem Versicherungsnehmer ein tägliches Kündigungsrecht ohne Kündigungsfrist eingeräumt.

Artikel 23

Rechtsstellung der am Vertrag beteiligten Personen

1. Die Unfallversicherung kann gegen Unfälle, 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 Ihnen zusteht.

Wird eine Versicherung gegen Unfälle, die einem anderen zustoßen, von Ihnen für eigene Rechnung genommen, so ist zur Gültigkeit des Vertrages die Zustimmung des anderen in geschriebener Form erforderlich. Ist der andere geschäftsunfähig oder in der Geschäftsfähigkeit beschränkt und steht die Vertretung in den seine Person betreffenden Angelegenheiten Ihnen zu, so können Sie den anderen bei der Erteilung der Zustimmung nicht vertreten.

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

Artikel 24

Gerichtsstand

1. Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Sitz des Versicherers oder bei dem Gericht des Ortes anhängig gemacht werden, wo der Vermittlungsagent zur Zeit der Vermittlung seine gewerbliche Niederlassung oder – in Ermangelung einer solchen – seinen Wohnsitz hatte.
2. Für Klagen gegen den Versicherungsnehmer (Mitversicherten) ist das Gericht örtlich zuständig, in dessen Sprengel der Versicherungsnehmer (Versicherte, Mitversicherte) seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt hat oder der Ort der Beschäftigung liegt. Liegen weder ein Wohnsitz noch ein gewöhnlicher Aufenthalt oder Beschäftigungsort innerhalb Österreichs vor, so ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.
3. Für diesen Vertrag gilt österreichisches Recht.

Artikel 25

Form der Erklärungen

Für sämtlichen Anzeigen und Erklärungen an den Versicherer ist die geschriebene Form erforderlich, sofern nicht die Schriftform ausdrücklich und mit gesonderter Erklärung vereinbart wurde.

Der geschriebenen Form wird durch Zugang eines Textes in Schriftzeichen entsprochen, aus dem die Person des Erklärenden hervorgeht (z.B. Telefax oder E-Mail). Schriftform bedeutet, dass dem Erklärungsempfänger das Original der Erklärung mit eigenhändiger Unterschrift des Erklärenden zugehen muss.

Rücktrittserklärungen nach den §§ 3 und 3a KschG sind an keine bestimmte Form gebunden.

Anhang

Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz

§ 6.

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

§ 8.

- (1) Eine Vereinbarung, nach welcher ein Versicherungsverhältnis als stillschweigend verlängert gilt, wenn es nicht vor dem Ablauf der Vertragszeit gekündigt wird, ist insoweit nichtig, als sich die jedesmalige Verlängerung auf mehr als ein Jahr erstreckt.
- (2) Ist ein Versicherungsverhältnis auf unbestimmte Zeit eingegangen (dauernde Versicherung), so kann es von beiden Teilen nur für den Schluss der laufenden Versicherungsperiode gekündigt werden. Die Kündigungsfrist muss für beide Teile gleich sein und darf nicht weniger als einen Monat, nicht mehr als drei Monate betragen. Auf das Kün-

digungsrecht können die Parteien einverständlich bis zur Dauer von zwei Jahren verzichten.

- (3) Ist der Versicherungsnehmer Verbraucher (§ 1 Abs. 1 Z 2 KSchG), so kann er ein Versicherungsverhältnis, das er für eine Dauer von mehr als drei Jahren eingegangen ist, zum Ende des dritten Jahres oder jedes darauffolgenden Jahres unter Einhaltung einer Frist von einem Monat schriftlich kündigen. Eine allfällige Verpflichtung des Versicherungsnehmers zum Ersatz von Vorteilen, besonders Prämien nachlassen, die ihm wegen einer vorgesehenen längeren Laufzeit des Vertrags gewährt worden sind, bleibt unberührt.“

§ 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 Erhebungen noch nicht beendet werden konnten, und der Versicherer diesem Verlangen nicht binnen eines Monats entspricht.
- (2) Sind diese Erhebungen bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles nicht beendet, so kann der Versicherungsnehmer in Anrechnung auf die Gesamtforderung Abschlagszahlungen in der Höhe des Betrages verlangen, den der Versicherer nach Lage der Sache mindestens zu zahlen hat.
- (3) Der Lauf der Frist des Abs. 2 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 erst nach zehn Jahren.
- (2) Ist ein Anspruch des Versicherungsnehmers beim Versicherer angemeldet worden, so ist die Verjährung bis zum Einlangen einer schriftlichen Entscheidung des Versicherers gehemmt, die zumindest mit der Anführung einer der Ablehnung derzeit zugrundegelegten Tatsache und gesetzlichen oder vertraglichen Bestimmungen 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 Leistung nicht innerhalb eines Jahres gerichtlich geltend gemacht wird. Die Frist beginnt erst, nachdem der Versicherer dem Versicherungsnehmer gegenüber den erhobenen Anspruch in einer dem Abs. 2 entsprechenden Weise sowie unter Angabe der mit dem Ablauf der Frist verbundenen Rechtsfolge abgelehnt hat; sie ist für die Dauer von Vergleichsverhandlungen über den erhobenen Anspruch und für die Zeit, in der der Versicherungsnehmer ohne sein Verschulden an der rechtzeitigen gerichtlichen Geltendmachung des Anspruches gehindert ist, gehemmt.

§ 16.

- (1) Der Versicherungsnehmer hat beim Abschluss des Vertrages alle ihm bekannten Umstände, die für die Übernahme der Gefahr erheblich sind, dem Versicherer anzuzeigen. Erheblich sind jene Gefahrenumstände, die geeignet sind,

auf den Entschluss des Versicherers, den Vertrag überhaupt oder zu den vereinbarten Bestimmungen abzuschließen, einen Einfluss auszuüben. Ein Umstand, nach welchem der Versicherer ausdrücklich und schriftlich gefragt hat, gilt im Zweifel als erheblich.

- (2) Ist dieser Vorschrift zuwider die Anzeige eines erheblichen Umstandes unterblieben, so kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten. Das gleiche gilt, wenn die Anzeige eines erheblichen Umstandes deshalb unterblieben ist, weil sich der Versicherungsnehmer der Kenntnis des Umstandes arglistig entzogen hat.
- (3) Der Rücktritt ist ausgeschlossen, wenn der Versicherer den nicht angezeigten Umstand kannte. Er ist auch ausgeschlossen, wenn die Anzeige ohne Verschulden des Versicherungsnehmers unterblieben ist; hat jedoch der Versicherungsnehmer einen Umstand nicht angezeigt, nach dem der Versicherer nicht ausdrücklich und genau umschrieben gefragt hat, so kann dieser vom Vertrag nur dann zurücktreten, wenn die Anzeige vorsätzlich oder grob fahrlässig unterblieben ist.

§ 17.

- (1) Der Versicherer kann vom Vertrag auch dann zurücktreten, wenn über einen erheblichen Umstand eine unrichtige Anzeige gemacht worden ist.
- (2) Der Rücktritt ist ausgeschlossen, wenn die Unrichtigkeit dem Versicherer bekannt war oder die Anzeige ohne Verschulden des Versicherungsnehmers unrichtig gemacht worden ist.

§ 18.

Hatte der Versicherungsnehmer die Gefahrumstände an der Hand schriftlicher, vom Versicherer gestellter Fragen anzuzeigen, so kann der Versicherer wegen unterbliebener Anzeige eines Umstandes, nach dem nicht ausdrücklich und genau umschrieben gefragt worden ist, nur im Falle arglistiger Verschweigung zurücktreten.

§ 19.

Wird der Vertrag von einem Bevollmächtigten oder von einem Vertreter ohne Vertretungsmacht abgeschlossen, so kommt für das Rücktrittsrecht des Versicherers nicht nur die Kenntnis und die Arglist des Vertreters, sondern auch die Kenntnis und die Arglist des Versicherungsnehmers in Betracht. Der Versicherungsnehmer kann sich darauf, dass die Anzeige eines erheblichen Umstandes ohne Verschulden unterblieben oder unrichtig gemacht ist, nur berufen, wenn weder dem Vertreter noch ihm selbst ein Verschulden zur Last fällt.

§ 20.

- (1) Der Rücktritt ist nur innerhalb eines Monats zulässig. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, in welchem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erlangt.
- (2) Der Rücktritt ist gegenüber dem Versicherungsnehmer zu erklären. Im Falle des Rücktrittes sind, soweit dieses Bundesgesetz nicht in Ansehung der Prämie etwas anderes bestimmt, beide Teile verpflichtet, einander die empfangenen Leistungen zurückzugewähren; eine Geldsumme ist von dem Zeitpunkt des Empfanges an zu verzinsen.

§ 21.

Tritt der Versicherer zurück, nachdem der Versicherungsfall eingetreten ist, so bleibt seine Verpflichtung zur Leistung gleichwohl bestehen, wenn der Umstand, in Ansehung dessen die Anzeigepflicht verletzt ist, keinen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalles oder soweit er keinen Einfluss auf den Umfang der Leistung des Versicherers gehabt hat.

§ 23.

- (1) Nach Abschluss des Vertrages darf der Versicherungsnehmer ohne Einwilligung des Versicherers weder eine Erhöhung der Gefahr vornehmen noch ihre Vornahme durch einen Dritten gestatten.

- (2) Erlangt der Versicherungsnehmer davon Kenntnis, dass durch eine von ihm ohne Einwilligung des Versicherers vorgenommene oder gestattete Änderung die Gefahr erhöht ist, so hat er dem Versicherer unverzüglich Anzeige zu machen.

§ 24.

- (1) Verletzt der Versicherungsnehmer die Vorschrift des § 23 Abs. 1, so kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen. Beruht die Verletzung nicht auf einem Verschulden des Versicherungsnehmers, so muss dieser die Kündigung erst mit dem Ablauf eines Monats gegen sich gelten lassen.
- (2) Das Kündigungsrecht erlischt, wenn es nicht innerhalb eines Monats von dem Zeitpunkt an ausgeübt wird, in welchem der Versicherer von der Erhöhung der Gefahr Kenntnis erlangt, oder wenn der Zustand wiederhergestellt ist, der vor der Erhöhung bestanden hat.

§ 25.

- (1) Der Versicherer ist im Fall einer Verletzung der Vorschrift des § 23 Abs. 1 von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Versicherungsfall nach der Erhöhung der Gefahr eintritt.
- (2) Die Verpflichtung des Versicherers bleibt bestehen, wenn die Verletzung nicht auf einem Verschulden des Versicherungsnehmers beruht. Der Versicherer ist jedoch auch in diesem Fall von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn die im § 23 Abs. 2 vorgesehene Anzeige nicht unverzüglich gemacht wird und der Versicherungsfall später als einen Monat nach dem Zeitpunkt eintritt, in welchem die Anzeige dem Versicherer hätte zugehen müssen, es sei denn, dass ihm in diesem Zeitpunkt die Erhöhung der Gefahr bekannt war.

Die Verpflichtung des Versicherers zur Leistung bleibt auch dann bestehen, wenn zur Zeit des Eintritts des Versicherungsfalles die Frist für die Kündigung des Versicherers abgelaufen und eine Kündigung nicht erfolgt ist oder wenn die Erhöhung der Gefahr keinen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalles oder soweit sie keinen Einfluss auf den Umfang der Leistung des Versicherers gehabt hat.

§ 26.

Die Vorschriften der §§ 23 bis 25 sind nicht anzuwenden, wenn der Versicherungsnehmer zu der Erhöhung der Gefahr durch das Interesse des Versicherers oder durch ein Ereignis, für das der Versicherer haftet, oder durch ein Gebot der Menschlichkeit veranlasst wird.

§ 27.

- (1) Tritt nach dem Abschluss des Vertrages unabhängig vom Willen des Versicherungsnehmers eine Erhöhung der Gefahr ein, so ist der Versicherer berechtigt, das Versicherungsverhältnis unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von einem Monat zu kündigen. Das Kündigungsrecht erlischt, wenn es nicht innerhalb eines Monats von dem Zeitpunkt an ausgeübt wird, in dem der Versicherer von der Erhöhung der Gefahr Kenntnis erlangt hat, oder wenn der Zustand wiederhergestellt ist, der vor der Erhöhung bestanden hat.
- (2) Der Versicherungsnehmer hat, sobald er von der Erhöhung der Gefahr Kenntnis erlangt, dem Versicherer unverzüglich Anzeige zu machen.
- (3) Ist die Erhöhung der Gefahr durch allgemein bekannte Umstände verursacht, die nicht nur auf die Risiken bestimmter Versicherungsnehmer einwirken, etwa durch eine Änderung von Rechtsvorschriften, so erlischt das Kündigungsrecht des Versicherers nach Abs. 1 erst nach einem Jahr und ist Abs. 2 nicht anzuwenden.

§ 28.

- (1) Wird die im § 27 Abs. 2 vorgesehene Anzeige nicht unver-

zöglich gemacht, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Versicherungsfall später als einen Monat nach dem Zeitpunkt eintritt, in welchem die Anzeige dem Versicherer hätte zugehen müssen.

- (2) Die Verpflichtung des Versicherers bleibt bestehen, wenn ihm die Erhöhung der Gefahr in dem Zeitpunkt bekannt war, in welchem ihm die Anzeige hätte zugehen müssen. Das gleiche gilt, wenn zur Zeit des Eintritts des Versicherungsfalls die Frist für die Kündigung des Versicherers abgelaufen und eine Kündigung nicht erfolgt ist oder wenn die Erhöhung der Gefahr keinen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalls oder soweit sie keinen Einfluss auf den Umfang der Leistung des Versicherers gehabt hat.

§ 29.

Eine unerhebliche Erhöhung der Gefahr kommt nicht in Betracht. Eine Erhöhung der Gefahr kommt auch dann nicht in Betracht, wenn nach den Umständen als vereinbart anzusehen ist, dass das Versicherungsverhältnis durch die Erhöhung der Gefahr nicht berührt werden soll.

§ 30.

Die Vorschriften der §§ 23 bis 29 sind auch auf eine in der Zeit zwischen Stellung und Annahme des Versicherungsantrages eingetretene Erhöhung der Gefahr anzuwenden, die dem Versicherer bei der Annahme des Antrages nicht bekannt war.

§ 31.

- (1) Liegen die Voraussetzungen, unter denen der Versicherer nach den Vorschriften dieses Kapitels zum Rücktritt oder zur Kündigung berechtigt ist, nur für einen Teil der Gegenstände oder Personen vor, auf die sich die Versicherung bezieht, so steht dem Versicherer das Recht des Rücktrittes oder der Kündigung für den übrigen Teil nur zu, wenn anzunehmen ist, dass für diesen allein der Versicherer den Vertrag unter den gleichen Bestimmungen nicht geschlossen hätte.
- (2) Macht der Versicherer von dem Recht des Rücktrittes oder der Kündigung für einen Teil der Gegenstände oder Personen Gebrauch, so ist der Versicherungsnehmer berechtigt, das Versicherungsverhältnis für den übrigen Teil zu kündigen; die Kündigung kann jedoch nicht für einen späteren Zeitpunkt als den Schluss der Versicherungsperiode erklärt werden, in welcher der Rücktritt des Versicherers oder seine Kündigung wirksam wird.
- (3) Liegen die Voraussetzungen, unter denen der Versicherer wegen einer Verletzung der Vorschriften über die Erhöhung der Gefahr von der Verpflichtung zur Leistung frei ist, für einen Teil der Gegenstände oder Personen vor, auf die sich die Versicherung bezieht, so ist die Vorschrift des Abs. 1 auf die Befreiung entsprechend anzuwenden.

§36.

- (1) Erfüllungsort für die Entrichtung der Prämie ist der jeweilige Wohnsitz des Versicherungsnehmers; der Versicherungsnehmer hat jedoch die Prämie auf seine Gefahr und seine Kosten dem Versicherer zu übermitteln.
- (2) Hat der Versicherungsnehmer die Versicherung in seinem Gewerbebetrieb genommen, so tritt, wenn er seine gewerbliche Niederlassung an einem anderen Ort hat, der Ort der Niederlassung an die Stelle des Wohnsitzes.

§ 38.

- (1) Ist die erste oder einmalige Prämie innerhalb von 14 Tagen nach dem Abschluss des Versicherungsvertrags und nach der Aufforderung zur Prämienzahlung nicht gezahlt, so ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, berechtigt, vom Vertrag zurückzutreten. Es gilt als Rücktritt, wenn der Anspruch auf die Prämie nicht innerhalb dreier Monate vom Fälligkeitstag an gerichtlich geltend gemacht wird.

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

§ 39.

- (1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, so kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten schriftlich eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen bestimmen; zur Unterzeichnung genügt eine Nachbildung der eigenhändigen Unterschrift. Dabei sind die Rechtsfolgen anzugeben, die nach Abs. 2 und 3 mit dem Ablauf der Frist verbunden sind. Eine Fristbestimmung, ohne Beachtung dieser Vorschriften, ist unwirksam.
- (2) Tritt der Versicherungsfall nach dem Ablauf der Frist ein und ist der Versicherungsnehmer zur Zeit des Eintritts mit der Zahlung der Folgeprämie in Verzug, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, es sei denn, dass der Versicherungsnehmer an der rechtzeitigen Zahlung ohne sein Verschulden verhindert war.
- (3) Der Versicherer kann nach dem Ablauf der Frist das Versicherungsverhältnis ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen, wenn der Versicherungsnehmer mit der Zahlung im Verzug ist. Die Kündigung kann bereits mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer in diesem Zeitpunkt mit der Zahlung im Verzug ist; darauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich aufmerksam zu machen. Die Wirkungen der Kündigung fallen fort, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, falls die Kündigung mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach dem Ablauf der Zahlungsfrist die Zahlung nachholt, sofern nicht der Versicherungsfall bereits eingetreten ist.
- (4) Die Nichtzahlung von Zinsen oder Kosten löst die Rechtsfolgen der Abs. 1 bis 3 nicht aus.

§ 39a.

Ist der Versicherungsnehmer bloß mit nicht mehr als 10 % (10 von Hundert) der Jahresprämie, höchstens aber mit 60 Euro im Verzug, so tritt eine im § 38 oder § 39 vorgesehene Leistungsfreiheit des Versicherers nicht ein.

§179.

- (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 sind entsprechend anzuwenden.
- (3) Wird eine Versicherung gegen Unfälle, die einem anderen zustoßen, vom Versicherungsnehmer für eigene Rechnung genommen, so ist zur Gültigkeit des Vertrages die schriftliche Zustimmung des anderen erforderlich. Ist der andere geschäftsunfähig oder in der Geschäftsfähigkeit beschränkt und steht die Vertretung in den seine Person betreffenden Angelegenheiten dem Versicherungsnehmer zu, so kann dieser den anderen bei der Erteilung der Zustimmung nicht vertreten.

- (4) Soweit im Falle des Abs. 3 die Kenntnis und das Verhalten des Versicherungsnehmers nach den Vorschriften dieses Gesetzes von rechtlicher Bedeutung sind, kommen auch die Kenntnis und das Verhalten des anderen in Betracht.

§ 180.

Ist als Leistung des Versicherers die Zahlung eines Kapitals vereinbart, so gelten die Vorschriften der §§ 166 bis 168.

§ 181.

- (1) Der Versicherer ist von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der von dem Unfall Betroffene den Unfall vorsätzlich herbeigeführt hat. Das gleiche gilt, wenn im Falle des § 179 Abs. 3 der Versicherungsnehmer den Unfall vorsätzlich durch eine widerrechtliche Handlung herbeigeführt hat.
- (2) Ist ein Dritter als Bezugsberechtigter bezeichnet, so gilt die Bezeichnung als nicht erfolgt, wenn der Dritte den Unfall vorsätzlich durch eine widerrechtliche Handlung herbeigeführt hat.

§ 182.

Die Pflicht zur Anzeige des Versicherungsfalles obliegt dem bezugsberechtigten Dritten, wenn ihm das Recht auf die Leistung zusteht; das gleiche gilt von der Pflicht zur Auskunft und zur Beschaffung von Belegen.

§ 183.

Der Versicherungsnehmer hat für die Abwendung und Minderung der Folgen des Unfalles nach Möglichkeit zu sorgen und dabei die Weisungen des Versicherers zu befolgen, soweit ihm nicht etwas Unbilliges zugemutet wird. Auf eine Vereinbarung, die von dieser Vorschrift zum Nachteil des Versicherungsnehmers abweicht, kann sich der Versicherer nicht berufen.

§ 184.

- (1) Sollen nach dem Vertrag einzelne Voraussetzungen des Anspruches aus der Versicherung oder das Maß der durch den Unfall herbeigeführten Einbuße an Erwerbsfähigkeit durch Sachverständige festgestellt werden, so ist die getroffene Feststellung nicht verbindlich, wenn sie offenbar von der wirklichen Sachlage erheblich abweicht. Die Feststellung erfolgt in diesem Falle durch Urteil. Das gleiche gilt, wenn die Sachverständigen die Feststellung nicht treffen können oder wollen oder sie verzögern.
- (2) Sind nach dem Vertrag die Sachverständigen vom Gericht zu bestellen, so sind auf die Bestellung die Vorschriften des § 64 Abs. 2 entsprechend anzuwenden.
- (3) Eine Vereinbarung, die von der Vorschrift des Abs. 1 Satz 1 abweicht, ist nichtig.

§ 185.

Der Versicherer hat dem Versicherungsnehmer die Kosten, welche durch die Ermittlung und Feststellung des Unfalles sowie des Umfanges der Leistungspflicht des Versicherers entstehen, insoweit zu ersetzen, als ihre Aufwendung den Umständen nach geboten war.