

1017A - ALLGEMEINE BEDINGUNGEN KFZ-UNFALLVERSICHERUNG

Analog den Formulierungen im Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) beziehen sich personenbezogene Bezeichnungen auf Frauen und Männer in gleicher Weise.

INHALTSVERZEICHNIS

Artikel 1	Was ist versichert?
Artikel 2	Was gilt als Versicherungsfall?
Artikel 3	Wo gilt die Versicherung? (Örtlicher Geltungsbereich)
Artikel 4	Was gilt als Versicherungsperiode, wann ist die Prämie zu bezahlen, wann beginnt der Versicherungsschutz im Allgemeinen und was versteht man unter einer vorläufigen Deckung?
Artikel 5	Welche Leistung erbringt der Versicherer?
Artikel 6	Was ist nicht versichert? (Risikoausschlüsse)
Artikel 7	Was ist vor bzw. nach Eintritt des Versicherungsfalles zu beachten? (Obliegenheiten)
Artikel 8	Bis zu welchem Umfang zahlt der Versicherer? (Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes)
Artikel 9	Wann und unter welchen Voraussetzungen wird die Versicherungsleistung ausbezahlt? (Fälligkeit der Versicherungsleistung, Verjährung und Klagefrist)
Artikel 10	Innerhalb welcher Frist muss der Versicherer die Leistungspflicht anerkennen oder ablehnen? (Erklärung über die Versicherungsleistung)
Artikel 11	Aus welchen Gründen kann ein Meinungs- verschiedenheitsverfahren eingeleitet werden? Welchen Regeln unterliegt dieses Verfahren?
Artikel 12	Wie lange läuft der Versicherungsvertrag? Wer kann nach Eintritt des Schadensfalles kündigen? Was gilt bei Wegfall des versicherten Risikos? Was gilt bei Veräußerung des Fahrzeuges? Wann kann der Versicherungsnehmer kündigen?
Artikel 13	Wann können Versicherungsansprüche abgetreten oder verpfändet werden?
Artikel 14	Wo können Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag gerichtlich geltend gemacht werden? (Gerichtsstand)
Artikel 15	In welcher Form sind Erklärungen abzugeben?
Artikel 16	Welches Recht ist anzuwenden?
Artikel 17	Welche Rechte und Pflichten haben die versicherten Personen?

Anlage
Anhang

ARTIKEL 1

WAS IST VERSICHERT?

1. Gegenstand der Versicherung
Die Versicherung bezieht sich auf Unfälle in ursächlichem Zusammenhang mit dem Lenken, Benutzen, Behandeln, dem Be- und Entladen sowie dem Einweisen des Kraftfahrzeugs oder Anhängers. Unfälle beim Ein- und Aussteigen sind mitversichert.
2. Unfallbegriff
 - 2.1. Als Unfall im Sinne des Vertrags gilt jedes vom Willen des Versicherten unabhängige Ereignis, das plötzlich von außen mechanisch oder chemisch auf seinen Körper einwirkt und eine körperliche Schädigung oder den Tod nach sich zieht.
 - 2.2. Als Unfälle gelten auch folgende vom Willen des Versicherten unabhängige Ereignisse:
 - 2.2.1. Ertrinken;
 - 2.2.2. Verrenkungen von Gliedern sowie Zerrungen und Zerreißen von an Gliedmaßen und Wirbelsäule befindlichen Muskeln, Sehnen, Bändern und Kapseln infolge plötzlicher Abweichung vom geplanten Bewegungsablauf;
 - 2.2.3. Tod oder körperliche Schädigungen durch Verbrennungen, Blitzschlag oder elektrischen Strom;
 - 2.2.4. Wundinfektionen infolge einer Unfallverletzung;
 - 2.2.5. Einatmen von Gasen oder Dämpfen;
 - 2.2.6. Herzinfarkt oder Schlaganfall; jedoch nicht als Unfallfolge.

ARTIKEL 2

WAS GILT ALS VERSICHERUNGSFALL?

Versicherungsfall ist das von der Versicherung umfasste Schadensereignis.

ARTIKEL 3

WO GILT DIE VERSICHERUNG? (ÖRTLICHER GELTUNGSBEREICH)

1. Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Europa im geografischen Sinn, jedenfalls aber auf das Gebiet jener Staaten, die das Übereinkommen zwischen den nationalen Versicherungsbüros der Mitgliedsstaaten des Europäischen Wirtschaftsraums und anderen assoziierten Staaten vom 30. Mai 2002, Abl. Nr. L 192 vom 31. Juli 2003, Seite 23 unterzeichnet haben (siehe Anlage).
2. Bei Transport des Fahrzeuges zu Wasser wird der Versicherungsschutz nicht unterbrochen, wenn die Verladeorte innerhalb des örtlichen Geltungsbereiches liegen. Sofern der Bestimmungsort außerhalb des örtlichen Geltungsbereiches liegt, endet der Versicherungsschutz mit Beendigung des Beladevorganges.

ARTIKEL 4

WAS GILT ALS VERSICHERUNGSPERIODE, WANN IST DIE PRÄMIE ZU BEZAHLEN, WANN BEGINNT DER VERSICHERUNGSSCHUTZ IM ALLGEMEINEN UND WAS VERSTEHT MAN UNTER EINER VORLÄUFIGEN DECKUNG?

1. Als Versicherungsperiode gilt, wenn der Versicherungsvertrag nicht für kürzere Zeit abgeschlossen ist, der Zeitraum eines Jahres.
2. Die erste oder die einmalige Prämie einschließlich Gebühren und Versicherungssteuer ist vom Versicherungsnehmer innerhalb von 14 Tagen nach dem Abschluss des Versicherungsvertrags (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.
3. Bei Zahlungsverzug gelten die §§ 38 ff VersVG. (siehe Anhang)
4. Der Versicherungsschutz beginnt mit der Einlösung der Police (Punkt 2), jedoch nicht vor dem vereinbarten Zeitpunkt. Wird die erste oder die einmalige Prämie erst danach eingefordert, dann aber binnen 14 Tagen oder ohne weiteren schuldhaften Verzug gezahlt, ist der Versicherungsschutz ab dem vereinbarten Versicherungsbeginn gegeben.
5. Soll der Versicherungsschutz schon vor Einlösung der Police beginnen (vorläufige Deckung), ist die ausdrückliche Zusage der vorläufigen Deckung durch den Versicherer erforderlich.
Die vorläufige Deckung endet bei Annahme des Antrages mit Zustandekommen des Vertrags.
Der Versicherer ist berechtigt, die vorläufige Deckung mit der Frist von zwei Wochen zu kündigen. Dem Versicherer gebührt in diesem Fall die auf die Zeit des Versicherungsschutzes entfallende anteilige Prämie.

ARTIKEL 5

WELCHE LEISTUNG ERBRINGT DER VERSICHERER?

Der Versicherer leistet nach Maßgabe der vereinbarten Versicherung sowie der folgenden Bestimmungen bis zur vereinbarten Versicherungssumme gemäß dem vereinbarten Deckungsumfang.

Aus der Police ist ersichtlich, welche Versicherung und welche Versicherungssummen vereinbart wurden.

1. Versicherungssumme in der
 - 1.1. Lenkerversicherung:
Die vereinbarte Versicherungssumme gilt für den jeweiligen Lenker pro Versicherungsfall.
 - 1.2. Insassen-Unfallversicherung nach dem Platzsystem:
Die vereinbarte Versicherungssumme gilt für jeden einzelnen kraftfahrrechtlich genehmigten Platz des im Vertrag bezeichneten Fahrzeuges pro Versicherungsfall. Sind im Unfallzeitpunkt mehr Personen versichert als Plätze kraftfahrrechtlich genehmigt sind, oder mehr Plätze vorhanden als im Versicherungsantrag angegeben, wird die Versicherungsleistung für die einzelne Person entsprechend gekürzt.
Hinsichtlich der Punkte 1.1 und 1.2 gilt die Versicherung subsidiär, wenn der Versicherungsnehmer als natürliche Person ein nicht unter die Versicherung fallendes Fahrzeug der gleichen Fahrzeugart lenkt und aus einer anderen Unfallversicherung kein Versicherungsschutz gewährt wird.
 - 1.3. namentlichen Versicherung:
Die vereinbarte Versicherungssumme gilt für die namentlich bezeichnete(n) versicherte(n) Person(en) unabhängig von einem bestimmten Fahrzeug gemäß § 2 KFG. (siehe Anhang)
2. Versicherte Personen sind solche, die sich mit Willen des Versicherungsnehmers oder des über das Fahrzeug Verfügungsberechtigten in oder auf dem Fahrzeug befinden oder im ursächlichen Zusammenhang mit dem Lenken oder ihrer Beförderung im Rahmen des Artikels 1 Punkt 1 tätig werden.
3. Versicherungsleistung
 - 3.1. für den Todesfall
 - 3.1.1. Tritt innerhalb eines Jahres vom Unfall an gerechnet der Tod als Folge des Unfalles ein, wird die für den Todesfall versicherte Summe gezahlt.
 - 3.1.2. Auf die Todesfallleistung 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.
 - 3.1.3. Bei Personen unter 15 Jahren werden innerhalb der Versicherungssumme nur die aufgewendeten angemessenen Begräbniskosten ersetzt.
 - 3.2. für dauernde Invalidität
 - 3.2.1. 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.
 - 3.2.2. Steht der Grad der dauernden Invalidität nicht eindeutig fest, sind sowohl der Versicherte als auch der Versicherer berechtigt, den Invaliditätsgrad jährlich bis vier Jahre ab dem Unfalltag ärztlich neu bemessen zu lassen, und zwar ab zwei Jahren nach dem Unfalltag auch durch ein Meinungsverschiedenheitsverfahren (Artikel 11). Die Kosten trägt derjenige, der die Neufeststellung verlangt hat. Stirbt der Versicherte, ohne dass der Tod eine Leistung des Versicherers gemäß Punkt 3.1 bewirkt, vor der endgültigen Feststellung der Leistung, richtet sich deren Höhe nach dem Grad der dauernden Invalidität, mit dem aufgrund der zuletzt erstellten ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.
 - 3.2.3. Bei völligem Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehenden genannten Körperteile und Sinnesorgane gelten ausschließlich, soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, die folgenden Invaliditätsgrade:

bei völligem Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit eines Armes ab Schultergelenk	70 %
eines Armes bis oberhalb des Ellenbogengelenkes.....	65 %
eines Armes unterhalb des Ellenbogengelenkes oder einer Hand.....	60 %
eines Daumens.....	20 %
eines Zeigefingers.....	10 %
eines anderen Fingers	5 %

eines Beines bis über die Mitte des Oberschenkels.....	70 %
eines Beines bis zur Mitte des Oberschenkels	60 %
eines Beines bis zur Mitte des Unterschenkels oder eines Fußes	50 %
einer großen Zehe	5 %
einer anderen Zehe.....	2 %
bei völligem Verlust der Sehkraft beider Augen	100 %
bei völligem Verlust der Sehkraft eines Auges.....	35 %
sofern jedoch 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	45 %
bei völligem Verlust des Geruchssinnes.....	10 %
bei völligem Verlust des Geschmacksinnes.....	5 %
3.2.3.1. Bei teilweisem Verlust oder teilweiser Funktionsunfähigkeit der vorgenannten Glieder oder Sinnesorgane werden die vorstehenden Sätze entsprechend herabgesetzt.	
3.2.3.2. Bei Verlust oder Funktionsunfähigkeit von mehreren der vorgenannten Glieder oder Sinnesorgane bzw. bei Hinzu- kommen eines nach Punkt 3.2.4 festgestellten Invaliditätsgrades werden die sich ergebenden Prozentsätze zusammen gerechnet, wobei jedoch nie mehr als 100% insgesamt geleistet werden.	
3.2.4. Lässt sich der Invaliditätsgrad nach Punkt 3.2.3 nicht bestimmen, ist maßgebend, inwieweit die körperliche oder geistige Funktionsunfähigkeit nach medizinischen Gesichtspunkten beeinträchtigt wurde.	
3.3 für Taggeld	
3.3.1. wird bei dauernder oder vorübergehender unfallbedingter Invalidität für die Dauer der vollständigen Arbeitsunfähigkeit im Beruf oder in der Beschäftigung der versicherten Person für längstens 365 Tage innerhalb von vier Jahren ab dem Unfalltag gezahlt. Übt die versicherte Person im Zeitpunkt des Unfalls keine Erwerbstätigkeit im Beruf oder der Beschäftigung aus, dann ist der Versicherungsschutz für Taggeld trotz Prämienzahlung nicht gegeben. Der Verlust einer dieser Taggeldvereinbarungen zu Grunde liegenden Erwerbstätigkeit ist uns wie eine Änderung der Erwerbstätigkeit unverzüglich schriftlich mitzuteilen.	
3.3.2. Die Vereinbarung, dass eine Taggeldleistung erst ab einem bestimmten Tag nach dem Unfall einsetzen soll (Karenzfrist), ist auf der Police ersichtlich. Ist ein Leistungsaufschub (Karenzfrist) in der Police vereinbart, dann wird das Taggeld erst nach Ablauf und unter Abzug dieser Karenzfrist erbracht.	
3.4 für Heilkosten	
Aufgewendete Heilkosten, die innerhalb zweier Jahre nach dem Unfall zur Behebung seiner Folgen nach ärztlicher Verordnung notwendig waren, werden bis zu der hierfür vorgesehenen Versicherungssumme für jeden Versicherungsfall ersetzt; hierzu zählen auch die notwendigen Kosten der Bergung, die der versicherten Person erwachsen, die Kosten des Krankentransportes, des Aufenthaltes und der Verpflegung in einer Heilanstalt, der erstmaligen Anschaffung künstlicher Gliedmaßen und eines Zahnersatzes sowie anderer, nach ärztlichem Ermessen erforderlicher erstmaliger Anschaffungen.	
3.4.1. Kosten für Bade- und Erholungsreisen und -aufenthalte, ferner der Reparatur oder Wiederbeschaffung eines Zahnersatzes, künstlicher Gliedmaßen oder sonstiger künstlicher Behelfe werden nicht ersetzt.	
3.4.2. Insoweit Heilkosten von einem Sozial- und/oder Privatversicherer (z. B. aus einer Krankenversicherung) geleistet werden, erfolgt aus dieser Unfallversicherung kein Ersatz. Der Leistungsanspruch ist im Rahmen der Versicherungssumme jedenfalls mit dem Betrag begrenzt, der tatsächlich für Heilkosten aufgewendet worden ist.	
3.5. Zusatzleistungen:	
3.5.1. Rücktransportkosten	
Wenn die Versicherung für Tod und/oder dauernde Invalidität genommen ist, übernimmt der Versicherer die Kosten des Rücktransportes verunfallter Personen aus dem europäischen Ausland zum Wohnsitz in Österreich, wenn der versicherten Person infolge des Unfalles eine Heimreise mit dem Fahrzeug nicht möglich ist.	
Handelt es sich bei dem von einem Unfall betroffenen Versicherten um den Fahrzeuglenker, werden auch die Kosten der Rückreise der übrigen Fahrzeuginsassen zum Wohnsitz in Österreich übernommen.	
Im Falle eines tödlichen Unfalles werden vom Versicherer auch die Kosten der Überführung des Toten zu dessen letztem Wohnsitz in Österreich getragen.	
Die vorstehenden Leistungen sind für alle Insassen zusammen mit 5% der für Todesfall und dauernde Invalidität versicherten Summen, höchstens mit 4.000 Euro begrenzt.	
3.5.2. Sicherheitsgurte	
War der vom Unfall betroffene anspruchsberechtigte Versicherte zur Zeit des Unfalles durch einen Gurt gesichert, der im Sinne der kraftfahrrechtlichen Vorschriften typengenehmigt ist, steht ihm bei einem mindestens zweiwöchigen Krankenhausaufenthalt ein Pauschalbetrag in Höhe von 2% der für Tod und Dauerinvalidität versicherten Summe maximal 2.000 Euro zu. Die Tage der Einlieferung ins Krankenhaus und der Entlassung daraus zählen hierbei zusammen als ein Tag. erhöht sich die auf ihn entfallende Versicherungsleistung für den Todesfall und für den Fall der dauernden Invalidität um 25%.	
3.5.3. Sonstige Leistungen	
Der Versicherer übernimmt die erforderlichen Kosten, die durch Erfüllung der in Artikel 7 Punkt 3.3 bis Punkt 3.7 bestimmten Obliegenheiten entstehen.	

ARTIKEL 6

WAS IST NICHT VERSICHERT? (RISIKOAUSSCHLÜSSE)

Ausgeschlossen von der Versicherung sind Schadensereignisse,

1. die bei der Vorbereitung oder Begehung gerichtlich strafbarer Handlungen durch den Versicherungsnehmer eintreten, für die Vorsatz Tatbestandsmerkmal ist;
2. die bei Beteiligung an motorsportlichen Wettbewerben, Wertungsfahrten, Fahren auf Rennstrecken, Rallyes und den je dazugehörigen Trainingsfahrten entstehen
3. die mit Aufruhr, inneren Unruhen, Kriegseignissen, Verfügungen von hoher Hand und Erdbeben unmittelbar oder mittelbar zusammenhängen;
4. die durch den Einfluss ionisierender Strahlen im Sinne des Strahlenschutzgesetzes vom 8. Juli 1969, BGBl. Nr. 227/69, in der jeweils geltenden Fassung entstehen.

Ausgeschlossen von der Versicherung sind ferner

5. Unfälle bei Fahrten, die ohne Willen des über das Fahrzeug Verfügungsberechtigten vorbereitet, ausgeführt oder ausgedehnt werden;
6. Unfälle, die der Versicherte infolge einer Bewusstseinsstörung erleidet, oder infolge einer wesentlichen Beeinträchtigung seiner psychischen Leistungsfähigkeit durch Alkohol / Suchtgifte im Sinne der Straßenverkehrsordnung, oder Medikamente;
7. als Unfallfolgen (auch Verschlimmerungen): 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 Krankheitserscheinung handelt. Für Bauch- und Unterleibsbrüche jeder Art wird eine Leistung nur erbracht, wenn sie durch eine von außen kommende mechanische Einwirkung direkt herbeigeführt worden sind und nicht anlagebedingt waren.

ARTIKEL 7

WAS IST VOR BZW. NACH EINTRITT DES VERSICHERUNGSFALLES ZU BEACHTEN? (OBLIEGENHEITEN)

1. Als Obliegenheit, deren Verletzung im Zeitpunkt des Versicherungsfalles die Freiheit des Versicherers von der Verpflichtung zur Leistung bewirkt, wird die Verpflichtung bestimmt, Vereinbarungen über die Verwendung des Fahrzeuges einzuhalten. Leistungsfreiheit tritt nur in demjenigen Verhältnis ein, in dem die vereinbarte hinter der für das tatsächlich höhere Risiko tarifmäßig vorgesehenen Prämie zurückbleibt. Ist im Tarif für das tatsächlich höhere Risiko keine bestimmte Prämie vorgesehen, tritt Leistungsfreiheit zur Gänze ein. Der Versicherer kann den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen. Kündigt der Versicherer innerhalb eines Monats nicht, so kann er sich auf die vereinbarte Leistungsfreiheit nicht berufen. Leistungsfreiheit und Kündigungsrecht bestehen nicht, wenn die Verletzung als eine unverschuldete anzusehen ist.
2. Als Obliegenheiten, die zum Zweck der Verminderung der Gefahr oder der Verhütung einer Erhöhung der Gefahr dem Versicherer gegenüber zu erfüllen sind und deren Verletzung im Zeitpunkt des Versicherungsfalles die Freiheit des Versicherers von der Verpflichtung zur Leistung bewirkt, werden bestimmt,
 - 2.1. Als Obliegenheit, deren Verletzung die Leistungsfreiheit des Versicherers gemäß § 6 Abs. 2 VersVG bewirkt, wird bestimmt, dass die versicherte Person die jeweilige kraftfahrrechtliche Berechtigung, die zum Lenken dieses oder eines typengleichen Kraftfahrzeugs erforderlich wäre, besitzt; dies gilt auch dann, wenn das Fahrzeug nicht auf Straßen mit öffentlichem Verkehr gelenkt wird.
 - 2.2. dass sich der Lenker nicht in einem durch Alkohol, Medikamente oder Suchtgifte beeinträchtigten Zustand befindet;
 - 2.3. mit dem Fahrzeug Personen nur unter Einhaltung der betreffenden kraftfahrrechtlichen Vorschriften zu befördern.
Die Verpflichtung zur Leistung bleibt in den Fällen der Punkte 2.1 und 2.2 gegenüber den versicherten Personen bestehen, sofern für diese die Obliegenheitsverletzung ohne Verschulden nicht erkennbar war.
Der Versicherer kann sich auf 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. Im Übrigen gilt Punkt 1 Abs. 2 sinngemäß.
3. Als Obliegenheiten, deren Verletzung nach Eintritt des Versicherungsfalles die Freiheit des Versicherers von der Verpflichtung zur Leistung bewirkt, werden bestimmt,
 - 3.1. dem Versicherer längstens innerhalb einer Woche ab Kenntnis
 - den Versicherungsfall unter möglichst genauer Angabe des Sachverhaltes sowie
 - die Einleitung eines damit im Zusammenhang stehenden verwaltungsbehördlichen oder gerichtlichen Verfahrens mitzuteilen;
 - 3.2. nach Möglichkeit zur Feststellung des Sachverhaltes beizutragen;
 - 3.3. die behandelnden sowie diejenigen Ärzte, von denen der Unfallgeschädigte aus anderen Anlässen behandelt oder untersucht worden ist, zu ermächtigen und zu veranlassen, die vom Versicherer geforderten Berichte zu liefern;
 - 3.4. dass sich der Unfallgeschädigte im Falle eines Meinungsverschiedenheitsverfahrens auf Verlangen durch von diesem bezeichneten Ärzten untersuchen lässt.
Im Fall aufgeschobener Feststellung des Grades der Invalidität (Artikel 5 Punkt 3.2.2) braucht diesem Verlangen nur in Abständen von sechs Monaten entsprochen werden;
 - 3.5. dass ein Todesfall dem Versicherer binnen drei Tagen anzuzeigen ist, und zwar auch dann, wenn der Unfall bereits angemeldet ist;
 - 3.6. dem Versicherer die Originalbelege betreffend der Heil- und Bergungskosten zu überlassen.
Leistungsfreiheit tritt 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. Der Versicherer kann aus der fahrlässigen Verletzung einer vereinbarten Obliegenheit Rechte nur ableiten, wenn dem Versicherungsnehmer vorher die Versicherungsbedingungen oder eine andere Urkunde zugegangen sind, in der die Obliegenheit mitgeteilt wird.

ARTIKEL 8

BIS ZU WELCHEM UMFANG ZAHLT DER VERSICHERER? (SACHLICHE BEGRENZUNG DES VERSICHERUNGSSCHUTZES)

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

1. Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch ein Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung - insbesondere solche Verletzungen, die durch krankhaft abnützungsbedingte Einflüsse verursacht oder mitverursacht worden sind - oder deren Folgen mitgewirkt, dann 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 auch, wenn die Gesundheitsschädigung durch einen abnützungsbedingten Einfluss mit Krankheitswert, wie beispielsweise Arthrose, mitverursacht worden ist.
2. Bei Blutungen aus inneren Organen und bei Gehirnblutungen wird eine Leistung nur erbracht, wenn für diese Schäden die Ursache ein Versicherungsfall, nicht aber eine innere Erkrankung oder ein Gebrechen gewesen ist.
3. Wenn vor Eintritt des Unfalles der Versicherte schon durch Krankheit oder Gebrechen in seiner Arbeitsfähigkeit dauernd behindert war oder Körperteile oder Sinnesorgane ganz oder teilweise verloren oder gebrauchsunfähig gewesen sind, wird von der nach dem Unfall vorhandenen Gesamtinvalidität ein Abzug gemacht, der der schon vorher vorhanden gewesenen Invalidität entspricht. Für diese Bemessung werden die Grundsätze unter Artikel 5 Punkt 3.2.3 und 3.2.4 mit der Maßgabe angewendet, dass gegebenenfalls auch ein höherer Grad der Gesamtinvalidität als 100 % anzunehmen ist, sofern der Unfall Körperteile oder Sinnesorgane betrifft, die nicht schon vor diesem Unfall beschädigt waren.
4. Für organisch bedingte Störungen des Nervensystems wird eine Leistung nur erbracht, wenn und soweit diese Störung auf eine durch den Unfall verursachte organische Schädigung oder eine durch den Unfall neu entstandene Epilepsie zurückzuführen ist. Seelische Fehlhaltungen (Neurosen, Psychoneurosen) gelten nicht als Unfallfolgen.

ARTIKEL 9

WANN UND UNTER WELCHEN VORAUSSETZUNGEN WIRD DIE VERSICHERUNGSLEISTUNG AUSBEZAHLT? (FÄLLIGKEIT DER VERSICHERUNGSLEISTUNG, VERJÄHRUNG UND KLAGEFRIST)

1. Steht die Leistungspflicht des Versicherers dem Grunde und der Höhe nach fest, ist die Leistung fällig.
2. Steht die Leistungspflicht dem Grunde nach fest, kann der Versicherungsnehmer nach Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles in Anrechnung auf seine Gesamtforderung Abschlagszahlungen bis zu der Höhe des Betrages verlangen, den der Versicherer nach Lage der Sache auf Grund von vorgelegten Bescheinigungen mindestens zu zahlen haben wird.
3. Macht der Versicherer von seinem Recht gemäß Artikel 5 Punkt 3.2.2 Gebrauch, hat er von jener noch ausstehenden Leistung, die dem vorläufig festgestellten Grad der Invalidität entspricht, jährlich im Vorhinein 4% Zinsen zu zahlen.
4. Für die Verjährung und Klagefrist gilt § 12 VersVG. (siehe Anhang)
5. Eine Verzinsung der Entschädigung nach § 94 Versicherungsvertragsgesetz ist ausgeschlossen. (siehe Anhang)

ARTIKEL 10

INNERHALB WELCHER FRIST MUSS DER VERSICHERER DIE LEISTUNGSPFLICHT ANERKENNEN ODER ABLEHNEN? (ERKLÄRUNG ÜBER DIE VERSICHERUNGSLEISTUNG)

Der Versicherer ist verpflichtet, bei Ansprüchen auf Heilkosten, Taggeld oder Todesfalleistung innerhalb eines Monats, bei Ansprüchen auf Leistung für dauernde Invalidität innerhalb dreier Monate zu erklären, ob und inwieweit er eine Leistungspflicht anerkennt. Die Fristen beginnen mit dem Eingang der Unterlagen, die der Anspruchserhebende zur Feststellung des Unfallherganges und der Unfallfolgen und über den Abschluss des Heilverfahrens beizubringen hat.

Im Fall von Meinungsverschiedenheiten über Art und Umfang der Unfallfolgen oder darüber, in welchem Umfang die eingetretene Beeinträchtigung auf den Versicherungsfall zurückzuführen ist, ferner die Beeinflussung der Unfallfolgen durch Krankheit oder Gebrechen, entscheidet das Meinungsverschiedenheitsverfahren.

ARTIKEL 11

AUS WELCHEN GRÜNDEN KANN EIN MEINUNGSVERSCHIEDENHEITSVERFAHREN EINGELEITET WERDEN? WELCHEN REGELN UNTERLIEGT DIESES VERFAHREN?

1. Im Fall von Meinungsverschiedenheiten über Art und Umfang der Unfallfolgen oder darüber, in welchem Umfang die eingetretene Beeinträchtigung auf den Unfall zurückzuführen ist, ferner über die Beeinflussung der Unfallfolgen durch Krankheiten oder Gebrechen entscheidet verbindlich ein Schiedsgutachter, sofern dies der Versicherungsnehmer bzw. der Bezugsberechtigte (im Folgenden: der Anspruchsberechtigte) oder der Versicherer verlangen und diese Meinungsverschiedenheiten auf insofern abweichenden medizinischen Gutachten des vom Versicherer im Anlassfall beigezogenen sowie eines vom Anspruchsberechtigten beauftragten Gutachterarztes beruhen.
2. Gemäß § 184 VersVG ist die Entscheidung des Schiedsgutachters nur dann nicht verbindlich, wenn sie offenbar von der wirklichen Sachlage erheblich abweicht. In diesem Fall entscheidet ein ordentliches Gericht über die strittige Frage. Letzteres gilt auch, wenn der Schiedsgutachter die Feststellung nicht treffen kann oder will oder sie länger als drei Monate verzögert oder wenn der Schiedsgutachter nicht entscheidet, weil der Anspruchsberechtigte zwar die Entscheidung des Schiedsgutachters verlangt hat, aber nicht fristgerecht gemäß dem untenstehenden Punkt 8 mitgeteilt hat, mit dem ihm mitgeteilten Maximalbetrag einverstanden zu sein. (siehe Anhang)
3. Das Recht, die Entscheidung eines Schiedsgutachters zu verlangen, steht sowohl dem Anspruchsberechtigten als auch dem Versicherer zu. Das Verlangen einer Entscheidung des Schiedsgutachters hat unter Bekanntgabe der Forderung bzw. Auffassung und unter Vorlage eines diese Forderung/Auffassung begründenden medizinischen Gutachtens zu erfolgen. Auf dieses Recht sowie die dafür geltenden Erfordernisse und Rahmenbedingungen wird der Versicherer den Anspruchsberechtigten in seiner Entscheidung über den Anspruch und/oder die strittige Fragestellung in geschriebener Form hinweisen.
4. Als Schiedsgutachter bestellen der vom Versicherer im Anlassfall beigezogene sowie der vom Anspruchsberechtigten mit der bisherigen Fallbeurteilung beauftragte Gutachterarzt einvernehmlich einen in der österreichischen Ärzteliste eingetragenen Arzt mit

ius practicandi (Recht zur Berufsausübung), welcher in die Liste der in Österreich gerichtlich zertifizierten medizinischen Sachverständigen eingetragen ist.

Einigen sich die beiden Ärzte über die Person des Schiedsgutachters nicht, wird ein für die Beurteilung der strittigen Fragen zuständiger medizinischer Sachverständiger durch die Österreichische Ärztekammer als Schiedsgutachter bestellt.

5. Die Obliegenheiten gelten sinngemäß für das Schiedsgutacherverfahren. Die versicherte Person trifft demnach auch die Obliegenheit, sich vom Schiedsgutachter untersuchen zu lassen.
6. Der Schiedsgutachter hat ein Gutachten zu erstatten und über die strittigen Tatsachen im Sinne des Punktes 1 zu entscheiden. Diese Entscheidung des Schiedsgutachters hat eine schriftliche Begründung zu umfassen, die sich mit den vorhandenen Gutachten auseinandersetzt.
7. Verlangt der Versicherer die Entscheidung des Schiedsgutachters, so trägt er dessen Kosten allein.
Verlangt der Anspruchsberechtigte die Entscheidung des Schiedsgutachters, hat der Versicherer dem Anspruchsberechtigten vor Aufnahme der Tätigkeit des Schiedsgutachters in geschriebener Form den Maximalbetrag der vom Anspruchsberechtigten zu tragenden Kosten mitzuteilen. Dieser Maximalbetrag ist vom Versicherer unter Bedachtnahme auf die zu erwartenden objektiv notwendigen Kosten des Schiedsgutachters zu bestimmen und darf nicht mehr als 1% der für Tod und Invalidität zusammen versicherten Summe, höchstens jedoch 25% des strittigen Betrages betragen. Der Schiedsgutachter wird nur dann tätig, wenn der Anspruchsberechtigte innerhalb von vier Wochen ab Erhalt der Mitteilung erklärt, mit dem ihm mitgeteilten Maximalbetrag einverstanden zu sein. Die endgültigen Kosten des Schiedsgutachters werden von ihm anhand der im Rahmen seiner Tätigkeit angefallenen objektiv notwendigen Kosten festgesetzt und sind im Verhältnis des Obsiegens der beiden Parteien zu tragen, vom Anspruchsberechtigten jedoch maximal bis zur Höhe des ihm mitgeteilten Maximalbetrags. Bei Unverbindlichkeit der Entscheidung des Schiedsgutachters trägt der Versicherer die Kosten des Schiedsgutachters begrenzt.

ARTIKEL 12

WIE LANGE LÄUFT DER VERSICHERUNGSVERTRAG? WER KANN NACH EINTRITT DES SCHADENSFALLES KÜNDIGEN? WAS GILT BEI WEGFALL DES VERSICHERTEN RISIKOS? WAS GILT BEI VERÄUßERUNG DES FAHRZEUGS? WANN KANN DER VERSICHERUNGSNEHMER KÜNDIGEN?

1. Beträgt die vereinbarte Vertragsdauer mindestens ein Jahr, verlängert sich der Vertrag jedes Mal um ein Jahr, wenn er nicht spätestens einen Monat vor Ablauf der Vertragsdauer von einem der Vertragspartner gekündigt worden ist.
Ist der Versicherungsnehmer Verbraucher, so wird der Vertrag für ihn nur dann verbindlich um ein weiteres Jahr verlängert, wenn ihm frühestens vier und spätestens drei Monate vor jedem Ablauf der Vertragsdauer ein besonderer Hinweis des Versicherers zugeht, in dem der Verbraucher auf das Kündigungsrecht, die einmonatige Kündigungsfrist, den notwendigen Zugang der Kündigung beim Versicherer vor Beginn dieser Frist, die für die Kündigung erforderliche Schriftform sowie auf die Vertragsverlängerung um ein weiteres Jahr bei unterbliebener, verspäteter oder fehlerhafter Kündigung aufmerksam gemacht wird. Beträgt die Vertragsdauer weniger als ein Jahr, erlischt der Vertrag ohne Kündigung.
2. Nach Eintritt des Versicherungsfalles kann
 - 2.1. der Versicherungsnehmer kündigen, wenn der Versicherer einen begründeten Anspruch auf die Versicherungsleistung ablehnt oder seine Anerkennung verzögert.
Die Kündigung ist vorzunehmen innerhalb eines Monats
 - nach Ablehnung des begründeten Anspruches auf die Versicherungsleistung;
 - nach Rechtskraft des Urteiles im Fall eines Rechtsstreites vor Gericht;
 - nach Zustellung der Entscheidung eines Meinungsverschiedenheitsverfahrens (Artikel 11);
 - nach Fälligkeit der Versicherungsleistung (Artikel 9).Die Kündigung kann mit sofortiger Wirkung oder zum Ende der laufenden Versicherungsperiode erfolgen.
 - 2.2. der Versicherer kündigen, wenn er den Anspruch auf die Versicherungsleistung dem Grunde nach anerkennt oder die Versicherungsleistung erbracht hat oder wenn der Versicherungsnehmer einen Anspruch auf Versicherungsleistung arglistig erhoben hat.
Die Kündigung ist vorzunehmen innerhalb eines Monats
 - nach Anerkennung dem Grunde nach;
 - nach erbrachter Versicherungsleistung;
 - nach Ablehnung des arglistig erhobenen Anspruches auf Versicherungsleistung.Die Kündigung kann nur unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist erfolgen.
Falls der Versicherungsnehmer einen Anspruch arglistig erhoben hat, kann der Versicherer mit sofortiger Wirkung kündigen.
3. Bei Wegfall des versicherten Risikos gilt § 68 VersVG, bei Veräußerung des versicherten Fahrzeuges gelten die §§ 69 ff VersVG. (siehe Anhang)
4. Erweitertes Kündigungsrecht des Versicherungsnehmers: Dem Versicherungsnehmer wird das Recht eingeräumt, gleichzeitig mit einer Kündigung der Kraftfahrzeug-Haftpflichtversicherung gemäß § 14 Kraftfahrzeug-Haftpflichtversicherungsgesetz (KHVG 1994) auch eine unter derselben Polizza bestehende Fahrzeuginsassen-Unfallversicherung – unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist – zu kündigen. (siehe Anhang)
Dem Versicherer gebührt jeweils die Prämie für die bis zur Vertragsauflösung verstrichene Vertragslaufzeit.

ARTIKEL 13

WANN KÖNNEN VERSICHERUNGSANSPRÜCHE ABGETRETEN ODER VERPFÄNDET WERDEN?

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

ARTIKEL 14

WO KÖNNEN ANSPRÜCHE AUS DEM VERSICHERUNGSVERTRAG GERICHTLICH GELTEND GEMACHT WERDEN? (GERICHTS-STAND)

Für Klagen aus diesem Versicherungsvertrag gilt ausschließlich österreichische Gerichtsbarkeit als vereinbart.

ARTIKEL 15

IN WELCHER FORM SIND ERKLÄRUNGEN ABZUGEBEN?

Für sämtliche Anzeigen und Erklärungen des Versicherungsnehmers 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 oder mit qualifizierter elektronischer Signatur gemäß § 4 Signatur- und Vertrauensdienstegesetz zugeht. Für Rücktrittserklärungen nach § 5c VersVG und § 8 FernFinG genügt es, wenn sie in geschriebener Form erfolgen und zugehen. (siehe Anhang)

ARTIKEL 16

WELCHES RECHT IST ANZUWENDEN?

Es gilt österreichisches Recht.

ARTIKEL 17

WELCHE RECHTE UND PFLICHTEN HABEN DIE VERSICHERTEN PERSONEN?

Alle für den Versicherungsnehmer getroffenen Bestimmungen gelten sinngemäß auch für versicherte und jene Personen, die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag geltend machen. Diese Personen sind neben dem Versicherungsnehmer für die Erfüllung der Obliegenheiten, der Schadensminderungs- und Rettungspflicht verantwortlich. Letztere verpflichtet die betroffenen Personen insbesondere unverzüglich ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen und die ärztliche Behandlung bis zum Abschluss des Heilverfahrens regelmäßig fortzusetzen. Ebenso ist für angemessene Krankenpflege zu sorgen. Namentlich gegen Unfälle versicherte Personen können ihre Versicherungsansprüche selbstständig geltend machen.

ANLAGE

STAATEN, DIE DAS ÜBEREINKOMMEN ZWISCHEN DEN NATIONALEN VERSICHERUNGSBÜROS DER MITGLIEDSSTAATEN DES ABKOMMENS DES EUROPÄISCHEN WIRTSCHAFTSRAUMS UND ANDEREN ASSOZIIERTEN STAATEN VOM 30. MAI 2002 UNTERZEICHNET HABEN (STAND JÄNNER 2015):

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

ANHANG

§ 38 VersVG

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

(2) Ist die erste oder einmalige Prämie zur Zeit des Eintritts des Versicherungsfalles und nach Ablauf der Frist des Abs. 1 noch nicht gezahlt, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, es sei denn, dass der Versicherungsnehmer an der rechtzeitigen Zahlung der Prämie ohne sein Verschulden verhindert war.

(3) Die Aufforderung zur Prämienzahlung hat die im Abs. 1 und 2 vorgesehenen Rechtsfolgen nur, wenn der Versicherer den Versicherungsnehmer dabei auf diese hingewiesen hat.

(4) Die Nichtzahlung von Zinsen oder Kosten löst die Rechtsfolgen der Abs. 1 und 2 nicht aus.

§ 39 VersVG

(1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, so kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten schriftlich eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen bestimmen; zur Unterzeichnung genügt eine Nachbildung der eigenhändigen Unterschrift. Dabei sind die Rechtsfolgen anzugeben, die nach Abs. 2 und 3 mit dem Ablauf der Frist verbunden sind. Eine Fristbestimmung, ohne Beachtung dieser Vorschriften, ist unwirksam.

(2) Tritt der Versicherungsfall nach dem Ablauf der Frist ein und ist der Versicherungsnehmer zur Zeit des Eintritts mit der Zahlung der Folgeprämie im Verzug, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, es sei denn, dass der Versicherungsnehmer an der rechtzeitigen Zahlung ohne sein Verschulden verhindert war.

(3) Der Versicherer kann nach dem Ablauf der Frist das Versicherungsverhältnis ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen, wenn der Versicherungsnehmer mit der Zahlung im Verzug ist. Die Kündigung kann bereits mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer in diesem Zeitpunkt mit der Zahlung im Verzug ist; darauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich aufmerksam zu machen. Die Wirkungen der Kündigung fallen fort, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, falls die Kündigung mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach dem Ablauf der Zahlungsfrist die Zahlung nachholt, sofern nicht der Versicherungsfall bereits eingetreten ist.

(4) Die Nichtzahlung von Zinsen oder Kosten löst die Rechtsfolgen der Abs. 1 bis 3 nicht aus.

§ 39a VersVG

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

§ 14 KHVG

(1) Der Versicherungsvertrag endet, wenn er

1. mit einem Monatsersten, 0 Uhr, begonnen hat, ein Jahr nach diesem Zeitpunkt,
2. zu einem anderen Zeitpunkt begonnen hat, mit dem nächstfolgenden Monatsersten, 0 Uhr, nach Ablauf eines Jahres, es sei denn, es wurde eine kürzere Laufzeit als ein Jahr vereinbart.

(2) Der Versicherungsvertrag verlängert sich um jeweils ein Jahr, wenn er nicht spätestens einen Monat vor Ablauf schriftlich gekündigt worden ist. Beträgt die Laufzeit weniger als ein Jahr, so endet der Vertrag, ohne dass es einer Kündigung bedarf.

§ 5c VersVG

(1) ist der Versicherungsnehmer Verbraucher (§ 1 Abs. 1 Z 2 KSchG), so kann er vom Versicherungsvertrag oder seiner Vertragserklärung ohne Angabe von Gründen binnen 14 Tage in geschriebener Form zurücktreten. Hat der Versicherer dem Versicherungsnehmer vorläufige Deckung gewährt, so gebührt ihm dafür die ihrer Dauer entsprechende Prämie.

(2) Die Frist zur Ausübung des Rücktrittsrechts beginnt mit dem Tag zu laufen, an dem dem Versicherungsnehmer

1. der Versicherungsschein und die Versicherungsbedingungen einschließlich der Bestimmungen über die Prämienfestsetzung oder –änderung,
2. die in § 130, § 135c und § 135e VAG 2016 sowie in den §§ 137f Abs. 7 und 8 und 137g in Verbindung mit § 137h GewO 1994 vorgesehenen Informationen und
3. eine Belehrung über das Rücktrittsrecht zugegangen sind.

(3) Das Rücktrittsrecht nach Abs. 1 steht dem Versicherungsnehmer nicht zu, wenn die Vertragslaufzeit weniger als sechs Monate beträgt. Es erlischt spätestens einen Monat nach dem Zugang des Versicherungsscheins und einer Belehrung über das Rücktrittsrecht.

§ 8 Fern-Finanzdienstleistungs-Gesetz

(1) Der Verbraucher kann vom Vertrag oder seiner Vertragserklärung bis zum Ablauf der in Abs. 2 genannten Fristen zurücktreten.

(2) Die Rücktrittsfrist beträgt 14 Tage, bei Lebensversicherungen im Sinn der Richtlinie 2009/138/EG betreffend die Aufnahme und Ausübung der Versicherungs- und Rückversicherungstätigkeit (Solvabilität II) (Neufassung), ABl. Nr. L 335 vom 17.12.2009 S. 1, zuletzt geändert durch die Richtlinie 2014/51/EU, ABl. Nr. L 153 vom 22.05.2014 S. 1, und bei Fernabsatzverträgen über die Altersversorgung von Einzelpersonen aber 30 Tage. Die Frist ist jedenfalls gewahrt, wenn der Rücktritt schriftlich oder auf einem anderen, dem Empfänger zur Verfügung stehenden und zugänglichen dauerhaften Datenträger erklärt und diese Erklärung vor dem Ablauf der Frist abgesendet wird.

(3) Die Rücktrittsfrist beginnt mit dem Tag des Vertragsabschlusses. Bei Lebensversicherungen (Abs. 2) beginnt die Frist mit dem Zeitpunkt, zu dem der Verbraucher über den Abschluss des Vertrags informiert wird.

(4) Hat aber der Verbraucher die Vertragsbedingungen und Vertriebsinformationen erst nach Vertragsabschluss erhalten, so beginnt die Rücktrittsfrist mit dem Erhalt aller dieser Bedingungen und Informationen.

(5) Innerhalb der Rücktrittsfrist darf mit der Erfüllung des Vertrags erst nach ausdrücklicher Zustimmung des Verbrauchers begonnen werden.

§ 4. Signatur- und Vertrauensdienstegesetz

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

(2) Letztwillige Verfügungen können in elektronischer Form nicht wirksam errichtet werden. Folgende Willenserklärungen können nur dann in elektronischer Form wirksam abgefasst werden, wenn das Dokument über die Erklärung die Bestätigung eines Notars oder eines Rechtsanwalts enthält, dass er den Signator über die Rechtsfolgen seiner Signatur aufgeklärt hat:

1. Willenserklärungen des Familien- und Erbrechts, die an die Schriftform oder ein strengeres Formerfordernis gebunden sind;
2. eine Bürgschaftserklärung (§ 1346 Abs. 2 ABGB), die von Personen außerhalb ihrer gewerblichen, geschäftlichen oder beruflichen Tätigkeit abgegeben wird.

(3) Bei Rechtsgeschäften zwischen Unternehmern und Verbrauchern sind Vertragsbestimmungen, nach denen eine qualifizierte elektronische Signatur nicht das rechtliche Erfordernis der Schriftlichkeit erfüllt, für Anzeigen oder Erklärungen, die vom Verbraucher dem Unternehmer oder einem Dritten abgegeben werden, nicht verbindlich, es sei denn, der Unternehmer beweist, dass die Vertragsbestimmungen im Einzelnen ausgehandelt worden sind oder mit dem Verbraucher eine andere vergleichbar einfach verwendbare Art der elektronischen Authentifizierung vereinbart wurde.

§ 12 VersVG

(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 in geschriebener Form übermittelten Entscheidung des Versicherers gehemmt, die zumindest mit der Anführung einer der Ablehnung derzeit zugrunde gelegten Tatsache und gesetzlichen oder vertraglichen Bestimmung begründet ist. Nach zehn Jahren tritt jedoch die Verjährung jedenfalls ein.

(3) Der Versicherer ist von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Anspruch auf die Leistung nicht innerhalb eines Jahres gerichtlich geltend gemacht wird. Die Frist beginnt erst, nachdem der Versicherer dem Versicherungsnehmer gegenüber den erhobenen Anspruch in einer dem Abs. 2 entsprechenden Weise sowie unter Angabe der mit dem Ablauf der Frist verbundenen Rechtsfolge abgelehnt hat; sie ist für die Dauer von Vergleichsverhandlungen über den erhobenen Anspruch und für die Zeit, in der der Versicherungsnehmer ohne sein Verschulden an der rechtzeitigen gerichtlichen Geltendmachung des Anspruchs gehindert ist, gehemmt.

§ 68 VersVG

(1) Besteht das versicherte Interesse beim Beginn der Versicherung nicht oder gelangt, falls die Versicherung für ein künftiges Unternehmen oder sonst für ein künftiges Interesse genommen ist, das Interesse nicht zur Entstehung, so ist der Versicherungsnehmer von der Verpflichtung zur Zahlung der Prämie frei; der Versicherer kann eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

(2) Fällt das versicherte Interesse nach dem Beginn der Versicherung weg, so gebührt dem Versicherer die Prämie, die er hätte erheben können, wenn die Versicherung nur bis zu dem Zeitpunkt beantragt worden wäre, in welchem der Versicherer vom Wegfall des Interesses Kenntnis erlangt.

(3) Fällt das versicherte Interesse nach dem Beginn der Versicherung durch ein Kriegsereignis oder durch eine behördliche Maßnahme aus Anlass eines Krieges weg oder ist der Wegfall des Interesses die unvermeidliche Folge eines Krieges, so gebührt dem Versicherer nur der Teil der Prämie, welcher der Dauer der Gefahrtragung entspricht.

(4) In den Fällen der Abs. 2 und 3 sind die dem Versicherungsnehmer zurückzuerstattenden Prämienteile erst nach Kriegsende zu zahlen.

§ 69 VersVG

(1) Wird die versicherte Sache vom Versicherungsnehmer veräußert, so tritt an Stelle des Veräußerers der Erwerber in die während der Dauer seines Eigentums aus dem Versicherungsverhältnis sich ergebenden Rechte und Pflichten des Versicherungsnehmers ein.

(2) Für die Prämie, welche auf die zur Zeit des Eintrittes laufende Versicherungsperiode entfällt, haften der Veräußerer und der Erwerber zur ungeteilten Hand.

(3) Der Versicherer hat die Veräußerung in Ansehung der durch das Versicherungsverhältnis gegen ihn begründeten Forderungen erst dann gegen sich gelten zu lassen, wenn er von ihr Kenntnis erlangt; die Vorschriften der §§ 1394 bis 1396 des Allgemeinen Bürgerlichen Gesetzbuches sind entsprechend anzuwenden.

§ 70 VersVG

(1) Der Versicherer ist berechtigt, dem Erwerber das Versicherungsverhältnis unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zu kündigen. Das Kündigungsrecht erlischt, wenn der Versicherer es nicht innerhalb eines Monats von dem Zeitpunkt an ausübt, in welchem er von der Veräußerung Kenntnis erlangt hat.

(2) Der Erwerber ist berechtigt, das Versicherungsverhältnis zu kündigen; die Kündigung kann nur mit sofortiger Wirkung oder auf den Schluss der laufenden Versicherungsperiode erfolgen. Das Kündigungsrecht erlischt, wenn es nicht innerhalb eines Monats nach dem Erwerb ausgeübt wird; hatte der Erwerber von der Versicherung keine Kenntnis, so bleibt das Kündigungsrecht bis zum Ablauf eines Monats von dem Zeitpunkt an bestehen, in welchem der Erwerber von der Versicherung Kenntnis erlangt hat.

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

§ 71 VersVG

(1) Die Veräußerung ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen. Wird die Anzeige weder vom Erwerber noch vom Veräußerer unverzüglich erstattet, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Versicherungsfall später als einen Monat nach dem Zeitpunkt eintritt, in welchem die Anzeige dem Versicherer hätte zugehen müssen.

(2) Die Verpflichtung des Versicherers zur Leistung bleibt bestehen, wenn ihm die Veräußerung in dem Zeitpunkt bekannt war, in welchem ihm die Anzeige hätte zugehen müssen, oder wenn die Anzeige nicht vorsätzlich unterlassen worden ist und die Veräußerung keinen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalles oder soweit sie keinen Einfluss auf den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung gehabt hat. Das gleiche gilt, wenn zur Zeit des Eintrittes des Versicherungsfalles die Frist für die Kündigung des Versicherers abgelaufen und eine Kündigung nicht erfolgt ist.

§ 2 Kraftfahrzeuggesetz

(1) Die Bestimmungen dieses Bundesgesetzes sind, sofern im Abs. 2 nichts anderes festgesetzt ist, auf Kraftfahrzeuge und Anhänger, die auf Straßen mit öffentlichem Verkehr (§ 1 Abs. 1 der Straßenverkehrsordnung 1960 – StVO. 1960, BGBl. Nr. 159) verwendet werden, und auf den Verkehr mit diesen Fahrzeugen auf solchen Straßen anzuwenden.

(2) Von der Anwendung der Bestimmungen des II. bis XI. Abschnittes dieses Bundesgesetzes sind ausgenommen:

- a) Kraftfahrzeuge mit einer Bauartgeschwindigkeit von nicht mehr als 10 km/h und mit solchen Kraftfahrzeugen gezogene Anhänger; diese Fahrzeuge unterliegen jedoch den §§ 27 Abs.1, 58 und 96;
- b) Transportkarren (§ 2 Z 19), selbstfahrende Arbeitsmaschinen (§ 2 Z 21), Anhänger-Arbeitsmaschinen (§ 2 Z 22) und Sonderkraftfahrzeuge (§ 2 Z 23), mit denen im Rahmen ihrer bestimmungsgemäßen Verwendung Straßen mit öffentlichem Verkehr nur überquert oder auf ganz kurze Strecken oder gemäß § 50 Z 9 der StVO 1960 als Baustelle gekennzeichnete Strecken befahren werden, und mit Transportkarren, selbstfahrenden Arbeitsmaschinen oder Sonderkraftfahrzeugen auf solchen Fahrten gezogene Anhänger;
- c) Kraftfahrzeuge, die bei einer kraftfahrtsportlichen Veranstaltung und ihren Trainingsfahrten auf einer für den übrigen Verkehr gesperrten Straße verwendet werden, für die Dauer einer solchen Veranstaltung;
- d) Heeresfahrzeuge (§ 2 Z 38), die durch Bewaffnung, Panzerung oder ihre sonstige Bauweise für die militärische Verwendung im Zusammenhang mit Kampfeinsätzen besonders gebaut oder ausgerüstet oder diesem Zweck gewidmet sind; diese Fahrzeuge unterliegen jedoch dem § 97 Abs. 2.

(2a) Nicht als Kraftfahrzeuge, sondern als Fahrräder im Sinne der StVO 1960 gelten auch elektrisch angetriebene Fahrräder mit

1. einer höchsten zulässigen Leistung von nicht mehr als 600 Watt und

2. einer Bauartgeschwindigkeit von nicht mehr als 25km/h

(3) Auf Sonderkraftfahrzeuge und Sonderanhänger (§ 2 Z 23 und 27) sind die Bestimmungen dieses Bundesgesetzes, soweit nichts anderes festgesetzt ist, nur sinngemäß anzuwenden.

§ 184 VersVG

(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.

§ 94 VersVG

(1) Die Entschädigung ist nach Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles mit vier vom Hundert für das Jahr zu verzinsen, soweit nicht aus besonderen Gründen eine weitergehende Zinspflicht besteht.

(2) Der Lauf der im Abs. 1 bezeichneten Frist ist gehemmt, solange infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers der Schaden nicht festgesetzt werden kann.

§ 43 Kraftfahrzeuggesetz

(1) Die Zulassung eines Kraftfahrzeuges oder Anhängers erlischt, wenn der Zulassungsbesitzer das Fahrzeug bei der Behörde abgemeldet hat, in deren örtlichem Wirkungsbereich das Fahrzeug zugelassen ist oder in deren örtlichem Wirkungsbereich er seinen Aufenthalt hat. Bei der Abmeldung sind der Zulassungsschein und die Kennzeichentafeln abzuliefern. Sollte bei einer Abmeldung mit Chipkartenzulassungsbescheinigung diese noch nicht zugestellt worden sein, so ist sie nach Erhalt unverzüglich entwerten zu lassen. Die Ablieferung begründet keinen Anspruch auf Entschädigung. Bei Fahrzeugen, die zur Verwendung zur gewerbsmäßigen Beförderung oder zur gewerbsmäßigen Vermietung ohne Beistellung eines Lenkers bestimmt waren, hat die Behörde die zuständige gesetzliche Interessenvertretung von der Abmeldung zu verständigen.

(1a) Kraftfahrzeuge der Klasse M1 oder N1 und dreirädrige Kraftfahrzeuge unter Ausschluss von dreirädrigen Krafträdern, die endgültig aus dem Verkehr gezogen werden, dürfen nur abgemeldet werden, wenn für sie ein Verwertungsnachweis, der einer Verordnung über die Abfallvermeidung, Sammlung und Behandlung von Altfahrzeugen nach § 14 Abs. 1 des Abfallwirtschaftsgesetzes 2002, BGBl. I Nr. 102/2002, entspricht, bei der Behörde oder Zulassungsstelle vorgelegt wurde. Dabei ist das Fahrzeuggenehmigungsdokument mit abzugeben und von der Behörde oder Zulassungsstelle zu vernichten oder zu entwerten und wieder auszufolgen. Der Antragsteller hat der Behörde oder Zulassungsstelle zu erklären, ob das Fahrzeug endgültig aus dem Verkehr gezogen wird. Die Vernichtung oder Entwertung des Fahrzeuggenehmigungsdokumentes ist in die Genehmigungsdatenbank einzutragen.

(1b) Die Gemeinschaftseinrichtung der zum Betrieb der Kfz-Haftpflichtversicherung berechtigten Versicherer hat dem Bundesminister für Land- und Forstwirtschaft, Umwelt und Wasserwirtschaft in elektronischer Form halbjährlich Daten der Abmeldung derjenigen Kraftfahrzeuge der Klasse M1 oder N1 und der dreirädrigen Kraftfahrzeuge unter Ausschluss von dreirädrigen Krafträdern zu übermitteln, die innerhalb von sechs Monaten nicht wieder zugelassen wurden.

(2) Wurde das Fahrzeug abgemeldet und der Zulassungsschein und die Kennzeichentafeln abgeliefert (Abs. 1) oder ihr Verlust oder Untergang glaubhaft gemacht, so ist der Behörde, sofern nicht zwingende entgegenstehende Gründe glaubhaft gemacht werden, das Fahrzeuggenehmigungsdokument zur Einsichtnahme vorzulegen. Die Behörde hat auf diesem die Abmeldung und den Tag der Abmeldung zu bestätigen. Als Tag der Abmeldung gilt der Tag der Ablieferung des Zulassungsscheines und der Kennzeichentafeln oder der Tag, an dem ihr Verlust oder Untergang glaubhaft gemacht wurde. Außer in den Fällen des Abs. 1a, § 44 Abs. 1 lit. a und lit. d, § 44 Abs. 2 lit. a und lit. e und wenn bei Leasingfahrzeugen das Fahrzeuggenehmigungsdokument nicht vorgelegt wird, ist die Abmeldung oder die Aufhebung der Zulassung auf dem Zulassungsschein zu vermerken und der Zulassungsschein dem Antragsteller wieder auszufolgen; dies ist nicht erforderlich, wenn die Abmeldung und die neuerliche Zulassung des Fahrzeuges im Zuge der gleichen Amtshandlung erfolgen. Bei der Abmeldung eines Fahrzeuges mit Chipkartenzulassungsbescheinigung Teil I, wird diese mittels Lochung entwertet. Auf der Zulassungsbescheinigung Teil II wird die Abmeldung bestätigt. Beide Teile sind dem Antragsteller, außer in den oben genannten Fällen, wieder auszufolgen.

(2a) Ist für ein Fahrzeug eine besondere Überprüfung gemäß § 56 angeordnet, und wird dieses Fahrzeug abgemeldet, so ist auf der Zulassungsbescheinigung Teil II der Vermerk anzubringen, dass bei einer neuerlichen Zulassung eine positive Überprüfung gemäß § 56 vorgelegt werden muss.

(3) Das Kennzeichen ist auf Antrag des Zulassungsbesitzers längstens sechs Monate, gerechnet vom Tage der

1. Abmeldung oder
2. Ummeldung auf ein Wechselkennzeichen
3. Zuweisung eines Wunschkennzeichens

an freizuhalten und dem Antragsteller für ein Fahrzeug zuzuweisen, wenn er dies vor Ablauf von sechs Monaten beantragt.

(4) Der Zulassungsbesitzer hat sein Fahrzeug abzumelden, wenn

- a) das Fahrzeug nicht mehr zur Verwendung auf Straßen mit öffentlichem Verkehr bestimmt ist,
- b) er den dauernden Standort des Fahrzeuges in den örtlichen Wirkungsbereich einer anderen Behörde verlegt hat,

- c) er nicht mehr der rechtmäßige Besitzer oder, bei Fahrzeugen, die der Zulassungsbesitzer auf Grund eines Abzahlungsgeschäftes im Namen des Besitzers innehatte (§ 37 Abs. 2), nicht mehr Inhaber des Fahrzeuges ist; die Pflicht zur Abmeldung des Fahrzeuges entfällt bei Zulassungsbesitzern, die das Fahrzeug in Bestand gegeben haben und keine Zustimmungserklärung zu einer vom Bestandnehmer beantragten Zulassung abgegeben haben (§ 37 Abs. 2 lit. f), oder
- d) die vorgeschriebene Kfz-Haftpflichtversicherung für das Fahrzeug nicht besteht, beendet ist oder ihre Versicherungssummen die vorgeschriebenen Mindestsummen nicht erreichen.
- (5) Wenn der Zulassungsbesitzer eines Fahrzeuges, das er auf Grund eines Abzahlungsgeschäftes im Namen des Besitzers innehatte (§ 37 Abs. 2) oder das er als Bestandnehmer innehatte, nicht mehr Inhaber des Fahrzeuges ist und dieses nicht gemäß Abs. 4 lit. c abgemeldet hat, darf auch der jeweilige Besitzer das Fahrzeug abmelden, sofern er glaubhaft macht, dass er der rechtmäßige Besitzer ist.
- (6) Ist der Zulassungsbesitzer gestorben, so hat der zur Vertretung des Nachlasses Berufene die Behörde vom Tode des Zulassungsbesitzers zu verständigen.
- (7) Ist der Zulassungsbesitzer eine juristische Person, eine Personengesellschaft des Handelsrechtes oder eine Genossenschaft, die aufgelöst oder beendet worden ist, so haben die Abwickler die Behörde von der Auflösung oder Beendigung zu verständigen.
- (8) Bei Unternehmenszusammenlegungen oder Unternehmensumgründungen, die nach dem Umgründungssteuergesetz, BGBl. Nr. 699/1991, abgewickelt werden, ist keine Ab- und Neuanmeldung der auf die jeweiligen Unternehmen zugelassenen Fahrzeuge vorzunehmen, sondern die Zulassungsstellen haben auf Antrag eine Korrektur der Datensätze in der Zulassungsevidenz durchzuführen und einen neuen Zulassungsschein auszustellen, wenn sich dadurch keine Änderung der örtlichen Zuständigkeit ergibt

§ 52 Kraftfahrzeuggesetz

- (1) Der Zulassungsbesitzer kann den Zulassungsschein und die Kennzeichentafeln für sein Fahrzeug für eine bestimmte, ein Jahr nicht überschreitende Zeit bei der Behörde, in deren örtlichem Wirkungsbereich das Fahrzeug zugelassen ist, hinterlegen. Sollte bei einer Hinterlegung mit Chipkartenzulassungsbescheinigung diese noch nicht zugestellt worden sein, kann vorerst durch Abgabe der befristeten Papieraufbereitung sowie der Kennzeichentafeln hinterlegt werden. Nach Erhalt der Chipkartenzulassungsbescheinigung hat der Zulassungsbesitzer diese jedoch unverzüglich ebenfalls zu hinterlegen. Durch die Hinterlegung wird die Zulassung des Fahrzeuges zum Verkehr (§ 36) nicht berührt; sie erlischt jedoch, wenn der Zulassungsbesitzer nicht vor Ablauf eines Jahres nach der Hinterlegung den Antrag auf Ausfolgung des Zulassungsscheines und der Kennzeichentafeln gestellt oder neuerlich ihre Hinterlegung verfügt hat.
- (2) Der Zulassungsschein und die Kennzeichentafeln dürfen nach ihrer Hinterlegung (Abs. 1) wieder ausgefolgt werden, wenn zu der zuletzt in der zentralen Zulassungsevidenz (§ 47 Abs. 4a) erfassten Versicherungsbestätigung kein Widerruf erfolgt ist. In diesem Fall ist eine neue Versicherungsbestätigung vorzulegen.