

1043A - ALLGEMEINE BEDINGUNGEN KFZ-UNFALLVERSICHERUNG 2025

Personenbezogene Bezeichnungen in diesem Dokument beziehen sich auf alle Geschlechter 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 Meinungsverschiedenheitsverfahren eingeleitet werden? Welchen Regeln unterliegt dieses Verfahren?
Artikel 12	Wann und unter welchen Voraussetzungen ändert sich die Prämie? (Prämienanpassung) Wann und unter welchen Voraussetzungen ändert sich die Versicherungssumme?
Artikel 13	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?
Artikel 14	Wann können Versicherungsansprüche abgetreten oder verpfändet werden?
Artikel 15	Wo können Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag gerichtlich geltend gemacht werden? (Gerichtsstand)
Artikel 16	In welcher Form sind Erklärungen abzugeben?
Artikel 17	Welches Recht ist anzuwenden?
Artikel 18	Welche Rechte und Pflichten haben die versicherten Personen?
Artikel 19	Wann ruht der Vertrag?
Artikel 20	Sanktionsklausel
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. Versicherungsschutz als Insasse eines öffentlichen Verkehrsmittels
Ist der Versicherungsnehmer eine natürliche Person, besteht Versicherungsschutz für den Versicherungsnehmer, den in häuslicher Gemeinschaft mit ihm lebenden Ehegatten oder Lebensgefährten und deren Kinder (auch Enkel-, Adoptiv-, Pflege- und Stiefkinder, Enkelkinder) auch gegen Unfälle, die in ursächlichem Zusammenhang mit dem ordnungsgemäßen Benützen eines öffentlichen Personenverkehrsmittels auf der Straße oder der Schiene (Bus, Zug, Straßenbahn, U-Bahn) als Fahrgast innerhalb Österreichs stehen. Unfälle beim Ein- und Aussteigen sind mitversichert. Der Versicherungsschutz beginnt mit dem Einsteigen in dieses Verkehrsmittel und endet mit dem Aussteigen. Kein Versicherungsschutz besteht für die Benützung in Ausübung einer beruflichen Tätigkeit für das Verkehrsunternehmen (das sind z.B.: Busfahrer, Zugführer, Zugpersonal, u. a.).
3. Unfallbegriff
 - 3.1. 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.
 - 3.2. Als Unfälle gelten auch folgende vom Willen des Versicherten unabhängige Ereignisse:
 - 3.2.1. Ertrinken;
 - 3.2.2. Verrenkungen von Gliedern sowie Zerrungen und Zerreißen von an Gliedmaßen und Wirbelsäule befindlichen Muskeln, Sehnen, Bändern und Kapseln infolge plötzlicher Abweichung vom geplanten Bewegungsablauf;
 - 3.2.3. Tod oder körperliche Schädigungen durch Verbrennungen, Blitzschlag oder elektrischen Strom;
 - 3.2.4. Wundinfektionen infolge einer Unfallverletzung;

- 3.2.5. Einatmen von Gasen oder Dämpfen;
- 3.2.6. 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, ABI. Nr. L 192 vom 31. Juli 2003, Seite 23 unterzeichnet haben (siehe Anlage).
2. Bei Transport des Fahrzeugs 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 Beladevorgangs.

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 Antrags 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. Lenkerunfallversicherung: 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 Fahrzeugs pro Versicherungsfall. Sind zum Unfallzeitpunkt mehr Personen versichert als Plätze kraftfahrrechtlich genehmigt, 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 § 1 Kraftfahrzeuggesetz (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 von Artikel 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 Unfalls ein, wird die für den Todesfall versicherte Summe gezahlt.
 - 3.1.2. 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.
 - 3.1.3. 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 Unfalls 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 Ellenbogengelenks.....	65 %
eines Armes unterhalb des Ellenbogengelenks 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 Ohrs.....	15 %
sofern jedoch das Gehör des anderen Ohrs vor Eintritt des Versicherungsfalles bereits verloren war.....	45 %
bei völligem Verlust des Geruchssinns.....	10 %
bei völligem Verlust des Geschmacksinns.....	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 Hinzukommen eines nach Punkt 3.2.4 festgestellten Invaliditätsgrades werden die sich ergebenden Prozentsätze zusammengerechnet, 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. Zusatzleistungen:
 - 3.3.1. 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 Unfalls 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 Fall eines tödlichen Unfalls 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.

3.3.2. Sicherheitsgurte

War der vom Unfall betroffene anspruchsberechtigte Versicherte zur Zeit des Unfalls durch einen Gurt gesichert, der im Sinne der kraftfahrrechtlichen Vorschriften genehmigt 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 %.

3.3.3. Sonstige Leistungen

Der Versicherer übernimmt die erforderlichen Kosten, die durch Erfüllung der in Artikel 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, Fahrten auf Rennstrecken, Rallyes und den dazugehörenden Trainingsfahrten entstehen
3. die mit Aufruhr, inneren Unruhen, Kriegsereignissen, 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/Suchtgift im Sinne der Straßenverkehrsordnung, oder Medikamente;
7. als Unfallfolgen (auch Verschlimmerungen): Bei Bandscheibenhernien wird eine Leistung nur erbracht, wenn sie durch direkte mechanische Einwirkung auf die Wirbelsäule entstanden sind und es sich nicht um eine Verschlimmerung von vor dem Unfall bestandenen Krankheitserscheinungen handelt. 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.
8. Unfälle als Insasse eines öffentlichen Verkehrsmittels für die Benützung in Ausübung einer beruflichen Tätigkeit für das Verkehrsunternehmen (das sind z.B.: Busfahrer, Zugführer, Zugpersonal, u. a.).

ARTIKEL 7

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

1. Als Obliegenheit, deren Verletzung im Zeitpunkt des Versicherungsfalles gemäß den Voraussetzungen und Begrenzungen des § 6 VersVG die Freiheit des Versicherers von der Verpflichtung zur Leistung bewirkt, wird die Verpflichtung bestimmt, Vereinbarungen über die Verwendung des Fahrzeugs 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 gemäß den Voraussetzungen und Begrenzungen des § 6 VersVG die Freiheit des Versicherers von der Verpflichtung zur Leistung bewirkt, werden bestimmt,
 - 2.1. 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 Suchtgift 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 von Punkt 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.
3. Als Obliegenheiten, deren Verletzung nach Eintritt des Versicherungsfalles gemäß den Voraussetzungen und Begrenzungen des § 6 VersVG 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 Sachverhalts sowie
 - die Einleitung eines damit im Zusammenhang stehenden verwaltungsbehördlichen oder gerichtlichen Verfahrens mitzuteilen;
 - 3.2. nach Möglichkeit zur Feststellung des Sachverhalts 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 Fall eines Meinungsverschiedenheitsverfahrens auf Verlangen durch von diesen 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 zwei Wochen anzuzeigen ist, und zwar auch dann, wenn der Unfall bereits angemeldet ist;
 - 3.6. dem Versicherer die Originalbelege betreffend die 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 Fall einer Invalidität der Prozentsatz des Invaliditätsgrades 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 Unfalls 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

- Betrags verlangen, den der Versicherer nach Lage der Sache aufgrund 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 VersVG 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 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 Unfallhergangs 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 oder 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 7 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 von Punkt 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 Betrags 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 bei- den 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

WANN UND UNTER WELCHEN VORAUSSETZUNGEN ÄNDERT SICH DIE PRÄMIE? (PRÄMIENANPASSUNG) WANN UND UNTER WELCHEN VORAUSSETZUNGEN ÄNDERN SICH DIE VERSICHERUNGSSUMMEN?

Dem Vertrag liegt folgende Vereinbarung der Prämienanpassung/Anpassung der Versicherungssummen zugrunde:

Als Ausgangswert wird einem Vertrag der für den vierten Monat vor dem Monat des Vertragsbeginns veröffentlichte Verbraucherpreisindex (VPI) 2000 bzw. der von der Statistik Austria als Nachfolgeindex verlaubliche Index zugrunde gelegt.

Die Prämienanpassung/Anpassung der Versicherungssummen erfolgt zur Hauptfälligkeit des Vertrags. Die Höhe der Anpassung entspricht der prozentuellen Veränderung des endgültigen VPI für den vierten Monat vor dem Monat der Hauptfälligkeit zu demjenigen Monatswert des endgültigen VPI, der dem Vertrag bei Vertragsabschluss bzw. bei der zuletzt erfolgten Anpassung zugrunde gelegt wurde.

Die neue Prämie/Versicherungssumme errechnet sich durch Multiplikation der bestehenden Prämie/Versicherungssumme mit dem Anpassungsfaktor. Der Anpassungsfaktor ergibt sich aus der Division des zeitlich jüngeren durch den zeitlich älteren Monatswert. Der aktuelle Indexwert und das Ausmaß der Anpassung werden dem Kunden auf der Information über die Prämienanpassung/Anpassung der Versicherungssumme mitgeteilt. Versicherungssummen werden auf ganze Euro aufgerundet.

Ist die so errechnete Erhöhung oder Senkung der Prämie/Versicherungssumme weniger oder gleich +/- 0,5 %, so wird diese Veränderung im Folgejahr berücksichtigt. Eine Senkung von mehr als -0,5% ist jedenfalls zur nächsten Hauptfälligkeit zu berücksichtigen, sofern der Vertrag mindestens ein Jahr bestanden hat. Entfällt im Fall einer Erhöhung von mehr als + 0,5 % eine Anpassung teilweise oder zur Gänze, so kann diese seitens des Versicherers in den Folgejahren berücksichtigt werden.

Allgemeine Vorschriften über Vertragsbestimmungen, die eine Änderung des Entgelts vorsehen, bleiben unberührt.

Prämienerhöhungen/Erhöhungen der Versicherungssumme aufgrund dieses Artikels können frühestens ein Jahr nach Vertragsabschluss und nicht in kürzeren als einjährigen Abständen vorgenommen werden; sie werden frühestens ab dem Zeitpunkt der Verständigung des Versicherungsnehmers durch den Versicherer wirksam.

Wird die Prämie/Versicherungssumme aufgrund der Bestimmung dieses Artikels erhöht, kann der Versicherungsnehmer den Versicherungsvertrag binnen eines Monats, nachdem der Versicherer ihm die erhöhte Prämie/Versicherungssumme und den Grund der Erhöhung mitgeteilt hat, kündigen. Die Kündigung wird mit Ablauf eines Monats wirksam, frühestens jedoch mit dem Wirksamwerden der Prämienerhöhung/Erhöhung der Versicherungssumme.

Der Versicherer hat in der Mitteilung dem Versicherungsnehmer den Grund der Erhöhung klar und verständlich zu erläutern.

ARTIKEL 13

WIE LANGE LÄUFT DER VERSICHERUNGSVERTRAG? WER KANN NACH EINTRITT DES SCHADENSFALLES KÜNDIGEN? WAS GILT BEI WEGFALL DES VERSICHERTEN RISIKOS? WAS GILT BEI VERÄÜBERUNG 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 Urteils 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 anerkannt oder die Versicherungsleistung erbracht hat oder wenn der Versicherungsnehmer einen Anspruch auf Versicherungsleistung arglistig erhoben hat.
Die Kündigung ist vorzunehmen innerhalb eines Monats
 - nach Anerkennung dem Grunde nach;
 - nach erbrachter Versicherungsleistung;
 - nach Ablehnung des arglistig erhobenen Anspruches auf Versicherungsleistung.Die Kündigung kann nur unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist erfolgen.
 - Falls der Versicherungsnehmer einen Anspruch arglistig erhoben hat, kann der Versicherer mit sofortiger Wirkung kündigen.
- 3. Bei Wegfall des versicherten Risikos gilt § 68 VersVG analog (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 Police 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 14

WANN KÖNNEN VERSICHERUNGSANSPRÜCHE ABGETRETEN ODER VERPFÄNDET WERDEN?

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

ARTIKEL 15

WO KÖNNEN ANSPRÜCHE AUS DEM VERSICHERUNGSVERTRAG GERICHTLICH GELTEND GEMACHT WERDEN? (GERICHTSSTAND)

Für Klagen aus diesem Versicherungsvertrag ist ausschließlich österreichische Gerichtsbarkeit vereinbart.

ARTIKEL 16

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 17

WELCHES RECHT IST ANZUWENDEN?

Es gilt österreichisches Recht.

ARTIKEL 18

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.

ARTIKEL 19

WANN RUHT DER VERTRAG?

Der Versicherungsnehmer kann für die Zeit von mindestens 45 Tagen das Ruhen des Versicherungsvertrages verlangen, wenn er das Fahrzeug gemäß § 43 Kraftfahrgesetz abgemeldet oder den Zulassungsschein und die Kennzeichentafeln gemäß § 52 Kraftfahrgesetz hinterlegt hat (siehe Anhang).

ARTIKEL 20

SANKTIONSKLAUSEL

Es besteht – unbeschadet der übrigen Vertragsbestimmungen – Versicherungsschutz nur, soweit und solange dem keine auf die Vertragsparteien direkt anwendbaren Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Europäischen Union oder der Republik Österreich entgegenstehen.

Dies gilt auch für Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Vereinten Nationen, der Vereinigten Staaten von Amerika oder anderer Länder, soweit dem nicht europäische oder österreichische Rechtsvorschriften entgegenstehen.

Diese Bestimmungen gelten nicht für Verbraucher im Sinne des §1 des Konsumentenschutzgesetzes (KSchG).

ANLAGE

STAATEN, DIE DAS ÜBEREINKOMMEN ZWISCHEN DEN NATIONALEN VERSICHERUNGSBÜROS DER MITGLIEDSSTAATEN DES ABKOMMENS DES EUROPÄISCHEN WIRTSCHAFTSRAUMES 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 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 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) Der Versicherungsnehmer kann vom Versicherungsvertrag innerhalb von 14 Tagen, bei Lebensversicherungen innerhalb von 30 Tagen, ohne Angabe von Gründen zurücktreten.

(2) Die Frist für die Ausübung des Rücktrittsrechts beginnt mit dem Tag, an dem der Versicherungsvertrag zustande gekommen ist und der Versicherungsnehmer darüber informiert worden ist, jedoch nicht bevor der Versicherungsnehmer folgende Informationen erhalten hat:

1. den Versicherungsschein (§ 3),
2. die Versicherungsbedingungen,
3. die Bestimmungen über die Festsetzung der Prämie, soweit diese nicht im Antrag bestimmt ist, und über vorgesehene Änderungen der Prämie sowie
4. eine Belehrung über das Rücktrittsrecht (Abs. 3).

(3) Die nach Abs. 2 Z 4 zu erteilende Rücktrittsbelehrung muss enthalten:

1. Informationen über die Rücktrittsfrist und deren Beginn,
2. die Anschrift des Adressaten der Rücktrittserklärung,
3. einen Hinweis auf die Regelungen der Abs. 4 bis 6.

Die Rücktrittsbelehrung genügt jedenfalls diesen Anforderungen, wenn das Muster gemäß Anlage A verwendet wird. Eine Rücktrittsbelehrung, die derart fehlerhaft ist, dass sie dem Versicherungsnehmer die Möglichkeit nimmt, sein Rücktrittsrecht im Wesentlichen unter denselben Bedingungen wie bei zutreffender Belehrung auszuüben, ist einer fehlenden Belehrung gleichzuhalten.

(4) Der Rücktritt ist in geschriebener Form gegenüber dem Versicherer zu erklären. § 45 Abs. 1 Z 2 bleibt unberührt. Die Rücktrittsfrist ist gewahrt, wenn die Rücktrittserklärung innerhalb der Frist abgesendet wird.

(5) Das Rücktrittsrecht erlischt spätestens einen Monat nach Zugang des Versicherungsscheins einschließlich einer Belehrung über das Rücktrittsrecht. Abs. 3 letzter Satz ist anzuwenden.

(6) Hat der Versicherer vorläufige Deckung gewährt, so gebührt ihm die der Dauer der Deckung entsprechende Prämie.

(7) Die vorstehenden Absätze gelten nicht für Versicherungsverträge über Großrisiken gemäß § 5 Z 34 VAG 2016.

§ 6 VersVG

(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 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.

§ 8 Fern-FinG

(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.

§ 1 Kraftfahrgesetz

(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 Nenndauerleistung von nicht mehr als 250 Watt und

2. einer Bauartgeschwindigkeit von nicht mehr als 25 km/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 Fall 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 Kraftfahrgesetz

(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 entwerfen 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 Krafrädern, 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 Fahrzeug Genehmigungsdokument 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 Fahrzeug Genehmigungsdokumentes ist in die Genehmigungsdatenbank einzutragen.

(1b) Die Gemeinschaftseinrichtung der zum Betrieb der Kraftfahrzeug-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 Krafrädern 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 Fahrzeug Genehmigungsdokument 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 Fahrzeug Genehmigungsdokument 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 Fahrzeugs im Zuge der gleichen Amtshandlung erfolgen. Bei der Abmeldung eines Fahrzeugs 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 zwölf Monate, gerechnet vom Tage der

1. Abmeldung oder
2. Ummeldung auf ein Wechselkennzeichen oder
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 Fahrzeugs 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 Fahrzeugs ist; die Pflicht zur Abmeldung des Fahrzeugs 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 Kraftfahrzeug-Haftpflichtversicherung für das Fahrzeug nicht besteht, beendet ist oder ihre Versicherungssummen die vorgeschriebenen Mindestsummen nicht erreichen.

(5) Wenn der Zulassungsbesitzer eines Fahrzeugs, das er auf Grund eines Abzahlungsgeschäftes im Namen des Besitzers innehatte (§ 37 Abs. 2) oder das er als Bestandnehmer innehatte, nicht mehr Inhaber des Fahrzeugs 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 Kraftfahrgesetz

(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 Fahrzeugs 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.