

Allgemeine Bedingungen für die Kraftfahrzeugunfallversicherung

ABKU 2024
Fassung: 06.2024

Inhaltsverzeichnis

- Art. 1 Für wen gilt die Versicherung?
Was gilt bei Wechselkennzeichen?
- Art. 2 Was ist versichert?
(Umfang der Versicherung)
- Art. 3 Was gilt als Versicherungsfall?
- Art. 4 Wo gilt die Versicherung?
(Örtlicher Geltungsbereich)
- Art. 5 Wann gilt die Versicherung?
(Zeitlicher Geltungsbereich)
- Art. 6 Wann beginnt der Versicherungsschutz im
Allgemeinen und was versteht man unter
einer vorläufigen Deckung?
- Art. 7 Was ist ein Unfall? (Begriff des Unfalles)

Versicherungsleistungen

- Art. 8 Was kann versichert werden?
- Art. 9 Was leistet der Versicherer bei Todesfall?
- Art. 10 Was leistet der Versicherer bei dauernder
Invalidität?
- Art. 11 Was leistet der Versicherer zusätzlich?
- Art. 12 Wann und unter welchen Voraussetzungen
wird die Versicherungsleistung ausbezahlt
und wann verjährt sie? (Fälligkeit der
Versicherungsleistung und Verjährung)
- Art. 13 In welchen Fällen und nach welchen Regeln
entscheidet die Ärztekommision?

Begrenzung des Versicherungsschutzes

- Art. 14 Was ist nicht versichert?
(Risikoausschlüsse)
- Art. 15 Was gilt für die sachliche Begrenzung des
Versicherungsschutzes?

Pflichten des Versicherungsnehmers

- Art. 16 Wann ist die Prämie zu bezahlen?
- Art. 17 Was ist vor bzw. nach Eintritt des
Versicherungsfalles zu beachten?
(Obliegenheiten)

Sonstige Vertragsbestimmungen

- Art. 18 Was gilt als Versicherungsperiode und wie
lange läuft der Versicherungsvertrag?
- Art. 19 Wer kann nach Eintritt des
Versicherungsfalles kündigen? Was gilt bei
Wegfall des versicherten Risikos? Was gilt
bei Veräußerung des versicherten
Fahrzeuges?
- Art. 20 Wann können Versicherungsansprüche
abgetreten oder verpfändet werden?
- Art. 21 Wo können Ansprüche aus dem
Versicherungsvertrag gerichtlich geltend
gemacht werden? (Gerichtsstand)

- Art. 22 Wem steht die Ausübung der Rechte aus dem
Versicherungsvertrag zu, wer hat die Pflichten
aus dem Versicherungsvertrag zu erfüllen?
(Rechtsstellung der am Vertrag beteiligten
Personen)
- Art. 23 Wann und unter welchen Voraussetzungen
ändert sich die Prämie? (Prämienanpassung)
- Art. 24 Wann und unter welchen Voraussetzungen
können die Bedingungen mit Wirksamkeit auf
bereits bestehende Verträge geändert werden?
- Art. 25 In welcher Form sind Erklärungen abzugeben?
Was gilt bei einem Wechsel der Anschrift?
- Art. 26 Welches Recht ist anzuwenden?

Artikel 1

Für wen gilt die Versicherung?

Was gilt bei Wechselkennzeichen?

1. Versicherte Personen sind solche, die sich mit Willen
des Versicherungsnehmers oder des über das im Ver-
trag bezeichnete Fahrzeug Verfügungsberechtigten in
oder auf dem im Vertrag bezeichneten Fahrzeug be-
finden oder im ursächlichen Zusammenhang mit ihrer
Beförderung im Rahmen des Artikel 2 tätig werden.
2. Platzsystem progressiv
Die vereinbarte Versicherungssumme gilt für jeden
einzelnen kraftfahrrechtlich genehmigten Platz des im
Vertrag bezeichneten Fahrzeuges.
Sind im Unfallszeitpunkt mehr Personen versichert
(siehe Art. 1 Pkt. 1), als Plätze kraftfahrrechtlich ge-
nehmigt sind, oder sind mehr Plätze vorhanden, als im
Versicherungsantrag angegeben, wird die Versiche-
rungsleistung für die einzelne versicherte Person ent-
sprechend vermindert.
3. Für die Dauer der Zuweisung eines Wechselkennzei-
chens hat die Versicherung nur für das Fahrzeug Gül-
tigkeit, an dem die Kennzeichentafeln jeweils ange-
bracht sind.
Der Wegfall des Wechselkennzeichens ist dem
Versicherer unverzüglich mitzuteilen.

Artikel 2

Was ist versichert?

(Umfang der Versicherung)

Die Versicherung bezieht sich auf Unfälle (Art. 7) in ursäch-
lichem Zusammenhang mit dem Lenken, Benutzen, Be-
handeln, dem Be- und Entladen sowie dem Einweisen des
im Vertrag bezeichneten Kraftfahrzeuges oder Anhängers.
Unfälle beim Ein- und Aussteigen sind mitversichert.

Artikel 3

Was gilt als Versicherungsfall?

Versicherungsfall ist der Eintritt eines Unfalles (Art. 7).

Artikel 4

Wo gilt die Versicherung?

(Örtlicher Geltungsbereich)

1. Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Europa im geographischen 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, S.23 unterzeichnet haben (siehe Anhang).
2. Bei Transport des im Vertrag bezeichneten Fahrzeuges zu Wasser wird der Versicherungsschutz nicht unterbrochen, wenn die Verladeorte innerhalb des örtlichen Geltungsbereiches liegen. Sofern der Bestimmungsort außerhalb des örtlichen Geltungsbereiches (Pkt. 1) liegt, endet der Versicherungsschutz mit Beendigung des Beladevorganges.

Artikel 5

Wann gilt die Versicherung?

(Zeitlicher Geltungsbereich)

Versichert sind Unfälle, die während der Wirksamkeit des Versicherungsschutzes (Laufzeit des Versicherungsvertrages) eintreten. Gerät der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der Prämie in Verzug, kann der Versicherungsschutz unter bestimmten Voraussetzungen (siehe Art. 16 Pkt. 3 und §§ 38 ff VersVG) entfallen.

Artikel 6

Wann beginnt der Versicherungsschutz im allgemeinen und was versteht man unter einer vorläufigen Deckung?

1. Beginn des Versicherungsschutzes
Der Versicherungsschutz beginnt mit dem vereinbarten Versicherungsbeginn, jedoch nur unter der Voraussetzung, dass der Versicherungsnehmer die erste oder einmalige Prämie einschließlich Steuern binnen 14 Tagen oder ohne schuldhaften Verzug zahlt (siehe Art. 16).
2. Vorläufige Deckung
Soll der Versicherungsschutz schon vor Einlösung der Police beginnen (vorläufige Deckung), ist die ausdrückliche Zusage der vorläufigen Deckung durch den Versicherer erforderlich.

Die vorläufige Deckung endet bei Annahme des Antrages mit der Einlösung der Police. Sie tritt außer Kraft, wenn der Antrag unverändert angenommen wird und der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der ersten oder der einmaligen Prämie schuldhaft in Verzug gerät (Art. 16).

Der Versicherer ist berechtigt, die vorläufige Deckung mit der Frist von zwei Wochen in geschriebener Form zu kündigen. Dem Versicherer gebührt in diesem Fall die auf die Zeit des Versicherungsschutzes entfallende anteilige Prämie.

Artikel 7

Was ist ein Unfall?

(Begriff des Unfalles)

1. Unfall ist ein vom Willen des Versicherten unabhängiges Ereignis, das plötzlich von außen mechanisch oder chemisch auf seinen Körper einwirkt und eine körperliche Schädigung oder den Tod nach sich zieht.
2. Als Unfälle gelten auch folgende vom Willen des Versicherten unabhängige Ereignisse:
 - 2.1 Ertrinken;
 - 2.2 Verbrennungen, Verbrühungen, Einwirkungen von Blitzschlag oder elektrischem Strom;
 - 2.3 Einatmen von Gasen oder Dämpfen, Einnehmen von giftigen oder ätzenden Stoffen; es sei denn, dass diese Einwirkungen allmählich erfolgen;
 - 2.4 Verrenkungen von Gliedern sowie Zerrungen und Zerreißen von an Gliedmaßen und an der Wirbelsäule befindlichen Muskeln, Sehnen, Bändern und Kapseln infolge plötzlicher Abweichung vom geplanten Bewegungsablauf.
3. Krankheiten gelten nicht als Unfälle, übertragbare Krankheiten auch nicht als Unfallsfolgen. Dies gilt nicht für Wundstarrkrampf, verursacht durch einen Unfall gemäß Pkt. 1.
4. Selbsttötung und Selbsttötungsversuche gelten nicht als Unfall.

Versicherungsleistungen

Artikel 8

Was kann versichert werden?

Die Versicherung kann genommen werden für

- den Todesfall (Art. 9)
- dauernde Invalidität (Art. 10)

Aus der Police ist ersichtlich, was versichert ist und welche Versicherungssummen vereinbart sind.

Artikel 9

Was leistet der Versicherer bei Todesfall?

1. Tritt innerhalb eines Jahres vom Unfallstag an gerechnet der Tod als Folge des Unfalles ein, wird die für den Todesfall versicherte Summe gezahlt.
2. Auf die Todesfalleistung werden nur Zahlungen, die für dauernde Invalidität aus demselben Ereignis geleistet worden sind, angerechnet. Einen Mehrbetrag an Leistung für dauernde Invalidität kann der Versicherer nicht zurückverlangen.

3. Für Personen, die zum Zeitpunkt des unfallbedingten Ablebens das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, werden im Rahmen der Versicherungssumme nur die tatsächlich aufgewendeten Beerdigungskosten maximal bis zur Höhe des aktuell durch die FMA verordneten Betrages für Beerdigungskosten rückerstattet.

**Artikel 10
Was leistet der Versicherer bei dauernder Invalidität?**

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, wobei die volle Versicherungssumme für dauernde Invalidität bereits gezahlt wird, wenn ein Invaliditätsgrad von 50 % oder darüber festgestellt wird.

Bei Personen bis zum vollendeten 15. Lebensjahr wird darüber hinaus bei einem festgestellten Invaliditätsgrad von weniger als 50 % die sich aus dem Grad der Invalidität ergebende Leistung verdoppelt.

2. Für die Bemessung des Invaliditätsgrades gilt die vereinbarte Gliedertaxe.

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

eines Armes	70 %
eines Daumens	20 %
eines Zeigefingers	10 %
eines anderen Fingers.....	5 %
eines Beines.....	70 %
einer großen Zehe.....	5 %
einer anderen Zehe	2 %
der Sehkraft beider Augen.....	100 %
der Sehkraft eines Auges	60 %
sofern die Sehkraft des anderen Auges vor Eintritt des Versicherungsfalles	
bereits verloren war	80 %
des Gehörs beider Ohren	60 %
des Gehörs eines Ohres.....	15 %
sofern jedoch das Gehör des anderen Ohres vor Eintritt des Versicherungsfalles bereits	
verloren war.....	45 %
des Geruchssinnes.....	10 %
des Geschmackssinnes.....	10 %
der Stimme	30 %
der Milz.....	10 %
einer Niere.....	20 %

Wenn die zweite Niere bereits vor dem Unfall oder als Unfallfolge beeinträchtigt ist, ist Art. 10 Pkt. 3, Dauerinvalidität anzuwenden.

Bei Teilverlust oder Funktionsbeeinträchtigung gilt der entsprechende Teil des jeweiligen Prozentsatzes.

3. Für andere Körperteile und Sinnesorgane bemisst sich der Invaliditätsgrad danach, inwieweit die normale körperliche oder geistige Funktionsfähigkeit insgesamt beeinträchtigt ist. Dabei sind ausschließlich medizinische Gesichtspunkte zu berücksichtigen. Waren betroffene Körperteile oder Sinnesorgane oder deren Funktionen bereits vor dem Unfall dauernd beeinträchtigt, wird der Invaliditätsgrad um die Vorinvalidität entsprechend gemindert.

3.1 Sind mehrere Körperteile oder Sinnesorgane durch den Unfall beeinträchtigt, werden die nach den vorstehenden Bestimmungen ermittelten Invaliditätsgrade zusammengerechnet. Mehr als 100 % werden jedoch nicht berücksichtigt.

3.2 Ausgangspunkt der Berechnung der Versicherungsleistung ist die Versicherungssumme.

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

5. Steht der Grad der dauernden Invalidität nicht eindeutig fest, sind sowohl der Versicherte als auch der Versicherer berechtigt, den Invaliditätsgrad jährlich bis zu vier Jahre ab dem Unfalltag ärztlich neu bemessen zu lassen, und zwar ab zwei Jahren nach dem Unfalltag durch die Ärztekommision (Art. 13).

Ergibt in einem solchen Fall die endgültige Bemessung eine höhere Invaliditätsleistung als die vom Versicherer bereits erbrachte, ist der Mehrbetrag ab Fälligkeit des Vorschusses (Art. 12 Pkt. 3) mit 4 % jährlich zu verzinsen.

6. Stirbt der Versicherte

6.1 unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall, besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung;

6.2 aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach dem Unfall, ist nach dem Grad der dauernden Invalidität zu leisten, mit dem aufgrund der zuletzt erstellten ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre;

6.3 unfallbedingt oder aus unfallfremder Ursache später als ein Jahr nach dem Unfall, ist ebenfalls nach dem Grad der dauernden Invalidität zu leisten, mit dem aufgrund der zuletzt erstellten ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

**Artikel 11
Was leistet der Versicherer zusätzlich?**

1. Krankenhausgeld

War der vom Unfall betroffene anspruchsberechtigte Versicherte zur Zeit des Unfalles durch einen Gurt gesichert, der im Sinne der kraftfahrrechtlichen Vorschriften typgenehmigt ist, so steht ihm für jeden zur Heilung der unfallbedingt erlittenen Verletzungen in einem Krankenhaus verbrachten Tag eine Pauschale von 30 Euro zu, maximal aber 2 % der für Tod und dauernde Invalidität versicherten Summe. Die Tage der Einlieferung ins Krankenhaus und der Entlassung daraus zählen hierbei zusammen als ein Tag.

2. Rückholkosten
Wenn die Versicherung für Todesfall und/oder dauernde Invalidität genommen ist, übernimmt der Versicherer die Kosten des Rücktransportes verunfallter Personen aus dem europäischen Ausland (siehe Art. 4 Pkt. 1. und Anhang) zum Wohnsitz in Österreich, wenn der versicherten Person infolge unfallbedingter Verletzungen 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 letzten Wohnsitz in Österreich getragen. Die vorstehenden Leistungen für alle Insassen zusammen sind mit 5 % der für Todesfall und dauernde Invalidität versicherten Summen, höchstens mit 7.000 Euro begrenzt.
3. Kosten, die aus Obliegenheiten entstehen
Der Versicherer übernimmt die erforderlichen Kosten, die durch Erfüllung der in Art. 17 Pkt. 3.4 sowie Art. 17 Pkt. 3.7 bis Art. 17 Pkt. 3.9 bestimmten Obliegenheiten entstehen.

Artikel 12

Wann und unter welchen Voraussetzungen wird die Versicherungsleistung ausbezahlt und wann verjährt sie?

(Fälligkeit der Versicherungsleistung und Verjährung)

1. Die Versicherungsleistung wird nach Abschluss der zur Feststellung des Versicherungsfalls und des Umfanges der Leistung notwendigen Erhebungen fällig.
2. Die Fälligkeit der Leistung des Versicherers tritt jedoch unabhängig davon ein, wenn der Versicherungsnehmer nach Ablauf zweier Monate seit dem Begehren nach einer Geldleistung eine Erklärung des Versicherers verlangt, aus welchen Gründen die Erhebungen noch nicht beendet werden konnten, und der Versicherer diesem Verlangen nicht binnen eines Monats entspricht.
3. Steht die Leistungspflicht des Versicherers fest, lässt sich aber aus Gründen, die der Versicherungsnehmer nicht zu vertreten hat, die Höhe der Versicherungsleistung innerhalb eines Monats nach Eingang der Schadenanzeige nicht feststellen, hat der Versicherer auf Verlangen des Versicherungsnehmers angemessene Vorschüsse zu leisten.

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

4. Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag können innerhalb von 3 Jahren ab Fälligkeit der Leistung geltend gemacht werden. Danach tritt Verjährung ein. Steht der Anspruch einer anderen Person als dem Versicherungsnehmer zu, so beginnt die Verjährung zu laufen, sobald dieser ihr Recht auf die Leistung bekannt geworden ist. Ist dieser ihr Recht nicht bekannt geworden, so verjähren die Ansprüche erst nach 10 Jahren ab Fälligkeit der Leistung.

Artikel 13

In welchen Fällen und nach welchen Regeln entscheidet die Ärztekommision?

1. Jeder Vertragspartner kann verlangen, dass bei Meinungsverschiedenheiten über Art und Umfang der Unfallsfolgen oder darüber, in welchem Umfang die eingetretene Beeinträchtigung auf den Versicherungsfall zurückzuführen ist, ferner über die Beeinflussung der Unfallsfolgen durch Krankheit oder Gebrechen sowie im Falle des Art. 10 Pkt. 5 die Ärztekommision entscheidet.
2. Ist der Versicherungsnehmer mit der Erklärung des Versicherers, ob und in welcher Höhe er eine Leistungspflicht anerkennt, nicht einverstanden, kann er in den nach Pkt. 1 der Ärztekommision zur Entscheidung vorbehaltenen Meinungsverschiedenheiten innerhalb von 6 Monaten nach Zugang der Erklärung unter Bekanntgabe seiner Forderung Widerspruch erheben und die Entscheidung der Ärztekommision beantragen.
3. Für die Ärztekommision bestimmen Versicherer und Versicherungsnehmer je einen in der österreichischen Ärzteliste eingetragenen Arzt. Wenn ein Vertragsteil innerhalb zweier Wochen nach Aufforderung in geschriebener Form keinen Arzt benennt, wird dieser von der für den Wohnsitz des Versicherten zuständigen Ärztekammer bestellt. Die beiden Ärzte bestellen einvernehmlich vor Beginn ihrer Tätigkeit einen weiteren Arzt als Obmann, der für den Fall, dass sie sich nicht oder nur zum Teil einigen sollten, im Rahmen der durch die Gutachten der beiden Ärzte gegebenen Grenzen entscheidet. Einigen sich die beiden Ärzte über die Person des Obmannes nicht, wird ein für den Versicherungsfall zuständiger medizinischer Sachverständiger durch die für den Wohnsitz des Versicherten zuständige Ärztekammer als Obmann bestellt.
4. Der Versicherte ist verpflichtet, sich von den Ärzten der Kommission untersuchen zu lassen und sich jenen Maßnahmen zu unterziehen, die diese Kommission für notwendig hält.
5. Die Ärztekommision hat über ihre Tätigkeit ein Protokoll zu führen; in diesem ist die Entscheidung in geschriebener Form zu begründen. Bei Nichteinigung hat jeder Arzt seine Auffassung im Protokoll gesondert niederzulegen. Ist eine Entscheidung durch den Obmann erforderlich, legt auch er sie mit Begründung in

einem Protokoll nieder. Die Akten des Verfahrens werden vom Versicherer verwahrt.

6. Die Entscheidung der Ärztekommision ist dann nicht verbindlich, wenn sie offenbar von der wirklichen Sachlage erheblich abweicht. Die Feststellung erfolgt in diesem Fall durch gerichtliches Urteil. Das Gleiche gilt, wenn die Sachverständigen die Feststellung nicht treffen können oder wollen oder sie verzögern.
7. Die Kosten der Ärztekommision werden von ihr festgesetzt und sind im Verhältnis des Obsiegens vom Versicherer und Versicherungsnehmer zu tragen. Im Falle des Art. 10 Pkt. 5 trägt die Kosten, wer die Neufeststellung verlangt hat.

Der Anteil der Kosten, die der Versicherungsnehmer zu tragen hat, ist mit 1 % der für Tod und Invalidität zusammen versicherten Summe, höchstens jedoch mit 25 % des strittigen Betrages, begrenzt.

Begrenzung des Versicherungsschutzes

Artikel 14 Was ist nicht versichert? (Risikoausschlüsse)

1. Kein Versicherungsschutz besteht für Unfälle
 - 1.1 die bei der Verwendung des Kraftfahrzeuges bei einer kraftfahrtsportlichen Veranstaltung, bei der es auf die Erzielung einer Höchstgeschwindigkeit ankommt, oder ihren Trainingsfahrten, entstehen;
 - 1.2 die der Versicherte bei der Vorbereitung, bei der Begehung oder dem Versuch der Begehung einer gerichtlich strafbaren Handlungen erleidet, für die Vorsatz Tatbestandsmerkmal ist;
 - 1.3 die mit Aufruhr, inneren Unruhen, Kriegereignissen, Verfügungen von hoher Hand und Erdbeben unmittelbar oder mittelbar zusammenhängen;
 - 1.4 die durch den Einfluss ionisierender Strahlen im Sinne des Strahlenschutzgesetzes vom 1. August 2020, BGBl. I Nr. 50/2020, in der jeweils geltenden Fassung, verursacht werden, soweit nicht ein Versicherungsfall hierzu der Anlass war;
 - 1.5 bei Fahrten, die ohne Willen des über das Fahrzeug Verfügungsberechtigten vorbereitet, ausgeführt oder ausgedehnt werden;
 - 1.6 die der Versicherte infolge einer Bewusstseinsstörung oder infolge einer wesentlichen Beeinträchtigung seiner psychischen oder physischen Leistungsfähigkeit durch Alkohol, Suchtgifte oder Medikamente erleidet;
2. Weiters besteht kein Versicherungsschutz für körperliche Schädigungen, die durch Heilmaß-

nahmen oder Eingriffe entstehen, die der Versicherte an seinem Körper vornimmt oder vornehmen lässt, soweit nicht ein Versicherungsfall hierzu der Anlass war.

Artikel 15 Was gilt für die sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes?

Eine Versicherungsleistung wird nur für die durch den eingetretenen Unfall hervorgerufenen Folgen (dauernde Invalidität oder Tod) erbracht. Darüber hinaus gilt:

1. Bei der Bemessung des Invaliditätsgrades wird ein Abzug in Höhe einer Vorinvalidität nur vorgenommen, wenn durch den Unfall eine körperliche oder geistige Funktion betroffen ist, die schon vorher beeinträchtigt war.

Die Vorinvalidität wird nach Art. 10.2 und 3. bemessen.

2. Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch ein Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, ist im Falle einer Invalidität der Prozentsatz des Invaliditätsgrades, ansonsten die Leistung entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens zu vermindern, sofern dieser Anteil mindestens 25 % beträgt.
3. Für organisch bedingte Störungen des Nervensystems wird eine Leistung nur erbracht, wenn und soweit diese Störung auf eine durch den Unfall verursachte organische Schädigung zurückzuführen ist.

Seelische Fehlhaltungen (Neurosen, Psychoneurosen) gelten nicht als Unfallsfolgen.
4. 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.
5. 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.

Pflichten des Versicherungsnehmers

Artikel 16 Wann ist die Prämie zu bezahlen?

1. Die erste oder einmalige Prämie einschließlich Gebühren und Versicherungssteuer ist vom Versicherungsnehmer innerhalb von 14 Tagen nach dem Abschluss des Versicherungsvertrages (Zugang der Polizza oder einer gesonderten Antragsannahmeerklärung) und nach der Aufforderung zur Prämienzahlung zu bezahlen.

2. Die nähere Bestimmung des Beginns dieser Frist von 14 Tagen, die weiteren Voraussetzungen für die Leistungsfreiheit bei Zahlungsverzug oder bei nur teilweiser Zahlung der ersten oder einmaligen Prämie, die Bestimmung des Beginns des Versicherungsschutzes bei nicht rechtzeitiger Prämienzahlung sowie weitere Rechtsfolgen des Zahlungsverzugs sind in den §§ 38 und 39a VersVG geregelt.
3. Die nicht rechtzeitige Zahlung der ersten oder einmaligen Prämie einschließlich Steuern berechtigt den Versicherer gemäß den Voraussetzungen des § 38 VersVG zum Rücktritt vom Vertrag. Die Folgeprämien einschließlich Gebühren und Versicherungssteuer sind zu den in der Polizza vereinbarten Fälligkeitsterminen zu entrichten. Die Rechtsfolgen des Zahlungsverzugs mit Folgeprämien sind in den §§ 39 und 39a VersVG geregelt.

Artikel 17

Was ist vor bzw. nach Eintritt des Versicherungsfalles zu beachten? (Obliegenheiten)

1. Als Obliegenheiten, deren Verletzung im Zeitpunkt des Versicherungsfalles die Freiheit des Versicherers von der Verpflichtung zur Leistung gemäß den Voraussetzungen und Begrenzungen des § 6 Abs. 1 und Abs. 1 a VersVG (siehe Anlage) bewirkt, wird die Verpflichtung bestimmt, Vereinbarungen über die Verwendung des Fahrzeuges einzuhalten;
 - 2.1 dass der Lenker in jedem Fall die kraftfahrrechtliche Berechtigung besitzt, die für das Lenken des Fahrzeuges auf Straßen mit öffentlichen Verkehr vorgeschrieben ist; 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 oder Suchtgifft beeinträchtigten Zustand befindet;
 - 2.3 mit dem Fahrzeug Personen nur unter Einhaltung der betreffenden kraftfahrrechtlichen Vorschriften zu befördern.
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 gemäß den Voraussetzungen und Begrenzungen des § 6 Abs. 2 VersVG (siehe Anlage) 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 dem Versicherer einen Todesfall innerhalb von 3 Tagen anzuzeigen, und zwar auch dann, wenn der Unfall bereits gemeldet ist;
 - 3.3 nach Möglichkeit zur Feststellung des Sachverhaltes beizutragen;
 - 3.4 dem Versicherer das Recht einzuräumen, die Leiche durch Ärzte besichtigen, nötigenfalls exhumieren und auch öffnen zu lassen;
 - 3.5 nach dem Unfall unverzüglich ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen und die ärztliche Behandlung bis zum Abschluss des Heilverfahrens fortzusetzen; ebenso für eine angemessene Krankenpflege und nach Möglichkeit für die Abwendung und Minderung der Unfallsfolgen zu sorgen;
 - 3.6 nach Erhalt des Formulars für Unfallanzeigen dieses ohne Verzug dem Versicherer sorgfältig ausgefüllt zuzusenden; außerdem dem Versicherer alle weiter verlangten sachdienlichen Auskünfte zu erteilen;
 - 3.7 den behandelnden Arzt oder die behandelnde Krankenanstalt sowie diejenigen Ärzte oder Krankenanstalten, von denen der Versicherte aus anderen Anlässen behandelt oder untersucht worden ist, zu ermächtigen und aufzufordern, die vom Versicherer verlangten Auskünfte zu erteilen und Berichte zu liefern; ist der Unfall einem Sozialversicherer gemeldet, so auch diesen im vorstehenden Sinne zu ermächtigen;
 - 3.8 die mit dem Unfall befassten Behörden zu ermächtigen und zu veranlassen, die vom Versicherer verlangten Auskünfte zu erteilen;
 - 3.9 sich auf Verlangen des Versicherers durch die von diesem bezeichneten Ärzte untersuchen zu lassen;

Sonstige Vertragsbestimmungen

Artikel 18

Was gilt als Versicherungsperiode und wie lange läuft der Versicherungsvertrag?

1. Versicherungsperiode
Als Versicherungsperiode gilt, wenn der Versicherungsvertrag nicht für kürzere Zeit abgeschlossen ist, der Zeitraum eines Jahres, und zwar auch dann, wenn die Jahresprämie vertragsgemäß in Teilbeträgen zu entrichten ist.

Die Verpflichtung zur Leistung bleibt in den Fällen der Pkte. 2.1 und 2.2 gegenüber dem Versicherungsnehmer und den versicherten Personen bestehen, sofern für diese die Obliegenheitsverletzung ohne Verschulden nicht erkennbar war.

2. **Vertragsdauer**
 Beträgt die vereinbarte Vertragsdauer weniger als ein Jahr, endet der Vertrag ohne Kündigung zum vereinbarten Zeitpunkt.
 Beträgt die vereinbarte Vertragsdauer mindestens ein Jahr, gilt der Vertrag zunächst für die vertraglich vereinbarte Dauer. Die Vertragsdauer verlängert sich aber um jeweils ein Jahr, wenn der Vertrag nicht spätestens ein Monat vor Ablauf gekündigt wird (Ablaufkündigung). Für die Erklärung der Ablaufkündigung steht die gesamte Vertragslaufzeit, unter Beachtung der zuvor bestimmten Frist von einem Monat, zur Verfügung. Zu Verbraucherverträgen ist vereinbart, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer frühestens 4 Monate, spätestens aber 3 Monate vor Ablauf der vereinbarten Laufzeit darüber informieren wird, dass der Versicherungsvertrag zum Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer kündigen kann; dabei wird der Versicherer auf die Rechtsfolgen der Vertragsverlängerung bei unterbliebener Kündigung sowie der Vertragsbeendigung bei Vornahme der Kündigung besonders hinweisen. Für den neuerlichen Ablauf der verlängerten Vertragsdauer gelten wiederum die hier in diesem Artikel dargestellten Regelungen.

Artikel 19
Wer kann nach Eintritt des Versicherungsfalles kündigen? Was gilt bei Wegfall des versicherten Risikos? Was gilt bei Veräußerung des versicherten Fahrzeuges?

1. Nach Eintritt des Versicherungsfalles können sowohl der Versicherungsnehmer als auch der Versicherer kündigen, wenn der Versicherer den Anspruch auf die Versicherungsleistung dem Grunde nach anerkannt oder eine Versicherungsleistung erbracht hat. Die Kündigung ist innerhalb eines Monats nach der Anerkennung dem Grunde nach oder der Auszahlung einer Versicherungsleistung vorzunehmen.
2. Der Versicherer kann den Versicherungsvertrag unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von einem Monat kündigen, wenn innerhalb einer Versicherungsperiode mehr als zwei Versicherungsfälle eintreten und die Summe aus den Versicherungsleistungen das 2-fache der Jahresprämie dieser Versicherungsperiode übersteigt. Die Kündigung hat spätestens binnen eines Monats ab dem Zeitpunkt zu erfolgen, in dem die 2-fache Jahresprämie durch eine oder mehrere Auszahlungen von Versicherungsleistungen erreicht ist.
3. Der Versicherungsnehmer kann mit sofortiger Wirkung oder zum Ende der laufenden Versicherungsperiode kündigen. Der Versicherer hat eine Kündigungsfrist von einem Monat einzuhalten.
4. Wegfall des versicherten Risikos oder Veräußerung des versicherten Fahrzeuges
 Bei Wegfall des versicherten Risikos gilt § 68

VersVG, bei Veräußerung des versicherten Fahrzeuges gelten die §§ 69 ff VersVG.

5. Dem Versicherer steht die bis zur Vertragsauflösung anteilige Prämie bis zur Wirksamkeit der Vertragsauflösung zu.
6. Erlischt der Vertrag, weil die versicherte Person gestorben ist, so steht dem Versicherer die bis zur Vertragsauflösung anteilige Prämie zu.

Artikel 20
Wann können Versicherungsansprüche abgetreten oder verpfändet werden?

Eine Verpfändung oder Abtretung ist dem Versicherer gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn sie ihm angezeigt wird.

Artikel 21
Wo können Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag gerichtlich geltend gemacht werden? (Gerichtsstand)

Der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen, die zur selbständigen Geltendmachung von Ansprüchen aus dem Versicherungsvertrag berechtigt sind, können diese auch bei den Gerichten geltend machen, in deren Sprengel sie ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt oder Sitz im Inland haben.

Artikel 22
Wem steht die Ausübung der Rechte aus dem Versicherungsvertrag zu, wer hat die Pflichten aus dem Versicherungsvertrag zu erfüllen? (Rechtsstellung der am Vertrag beteiligten Personen)

1. Die Versicherung kann gegen Unfälle, die dem Versicherungsnehmer oder gegen Unfälle, die einem anderen zustoßen, genommen werden.
 Eine Versicherung gegen Unfälle, die einem anderen zustoßen, gilt im Zweifel als für Rechnung des anderen genommen. Die Vorschriften der §§ 75 ff VersVG sind mit der Maßgabe anzuwenden, dass die Ausübung der Rechte aus dem Versicherungsvertrag ausschließlich dem Versicherungsnehmer zusteht.
 Wird eine Versicherung gegen Unfälle, die einem anderen zustoßen, vom Versicherungsnehmer für eigene Rechnung genommen, so ist zur Gültigkeit des Vertrages die Zustimmung des anderen in geschriebener Form erforderlich. Ist der andere geschäftsunfähig oder in der Geschäftsfähigkeit beschränkt und steht die Vertretung in den seine Person betreffenden Angelegenheiten dem Versicherungsnehmer zu, so kann dieser den anderen bei der Erteilung der Zustimmung nicht vertreten.
2. 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 Schadenminderungs- und Rettungspflicht verantwortlich.

Darüber hinaus wird bestimmt, dass namentlich gegen Unfälle versicherte Personen ihre Versicherungsansprüche selbständig geltend machen können.

Artikel 23

Wann und unter welchen Voraussetzungen ändert sich die Prämie?

(Prämienanpassung)

- Die Prämie und Versicherungssumme werden nach Maßgabe der folgenden Regeln angepasst: Die Prämie und die Versicherungssumme entwickeln sich mit dem von der Bundesanstalt Statistik Österreich verlautbarten Verbraucherpreisindex VPI 2020 oder dem an seine Stelle tretenden Index (beide im Folgenden „VPI“). Die für die erste Erhöhung oder Absenkung maßgebliche endgültige Monatsindexzahl des VPI ist in der Polizze notiert, die für die weiteren Anpassungen maßgebliche endgültige Monatsindexzahl ist in Schreiben, in denen über die jeweilige Anpassung informiert wird (siehe unten Pkt. 2), enthalten. Die Anpassungszeitpunkte entsprechen jeweils dem Datum der in der Polizze notierten Hauptfälligkeit. Die erste Anpassung darf nicht vor Ablauf eines vollen Jahres ab Versicherungsbeginn vorgenommen werden.

Kurz vor den jeweiligen Anpassungszeitpunkten wird die endgültige Monatsindexzahl des VPI im vierten Monat vor dem jeweiligen Anpassungszeitpunkt mit der endgültigen Monatsindexzahl im vierten Monat vor Versicherungsbeginn (erste Anpassung) bzw. im vierten Monat vor der letzten Anpassung (alle weiteren Anpassungen) verglichen.

Welcher Monat der vier Monate vor dem Versicherungsbeginn bzw. vor der letzten Anpassung liegende Monat im Sinne dieser Bestimmung ist, ergibt sich aus der nachstehenden Tabelle:

Versicherungsbeginn bzw. Hauptfälligkeitszeitpunkt	Vierter Monat vor dem Versicherungsbeginn bzw. Hauptfälligkeitszeitpunkt
Jänner	September des Vorjahres
Februar	Oktober des Vorjahres
März	November des Vorjahres
April	Dezember des Vorjahres
Mai	Jänner
Juni	Februar
Juli	März
August	April
September	Mai

Oktober	Juni
November	Juli
Dezember	August

Die Prämie und die Versicherungssumme werden ab dem jeweiligen Anpassungszeitpunkt im selben prozentuellen Ausmaß erhöht bzw. vermindert, indem sich die Indexzahl seit dem vierten Monat vor Vertragsbeginn (erste Anpassung) bzw. seit dem vierten Monat vor der letzten Anpassung (jede weitere Anpassung) erhöht oder vermindert hat, soweit die prozentuelle Erhöhung oder Verminderung der Indexzahl des VPI 1 % übersteigt. Unterbleibt eine Prämienerrhöhung zu einer Hauptfälligkeit ganz oder teilweise, kann dieser Unterschied bei späteren Prämienanpassungen nachgeholt werden.

- Der Versicherer wird dem Kunden die geplante Erhöhung oder Absenkung der Prämie und der Versicherungssumme vorab bekannt geben und ihn darauf hinweisen, dass er der geplanten Erhöhung oder Absenkung in geschriebener Form (vgl. Art. 25) binnen einem Monat ab Zugang des Schreibens an ihn widersprechen kann. Der Versicherer wird den Kunden auch darauf hinweisen, dass seine Zustimmung als erteilt gilt, wenn er der Erhöhung nicht binnen einem Monat ab Zugang des Schreibens widerspricht.

Artikel 24

Wann und unter welchen Voraussetzungen können die Bedingungen mit Wirksamkeit auf bereits bestehende Verträge geändert werden?

Der Versicherer ist berechtigt, dem Versicherungsnehmer eine Änderung der Bedingungen vorzuschlagen.

Die Änderung ist dem Versicherungsnehmer in geschriebener Form mitzuteilen und gilt als genehmigt, sofern der Versicherungsnehmer nicht bis zum Ablauf des Monats, der dem Zugang der Mitteilung folgt, in geschriebener Form widerspricht.

In der Mitteilung hat der Versicherer den Versicherungsnehmer auf das Widerspruchsrecht, die Widerspruchsfrist und die Rechtsfolgen eines unterlassenen Widerspruchs besonders hinzuweisen.

Die Änderung der Bedingungen wird mit dem in der Mitteilung genannten Zeitpunkt wirksam, frühestens jedoch mit dem Ablauf der Widerspruchsfrist.

Artikel 25

In welcher Form sind Erklärungen abzugeben? Was gilt bei einem Wechsel der Anschrift?

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. Schriftform bedeutet, dass dem Erklärungsempfänger das Original der Erklärung mit eigenhändiger Unterschrift des Erklärenden zugehen muss.

Der Versicherungsnehmer hat einen Wechsel seiner Anschrift dem Versicherer bekanntzugeben. Eine rechtlich bedeutsame Erklärung gilt auch dann als zugegangen, wenn der Versicherungsnehmer seiner Verpflichtung zur Bekanntgabe des Anschriftwechsels nicht nachkommt und der Versicherer die Erklärung an die zuletzt bekanntgegebene Anschrift des Versicherungsnehmers sendet.

Artikel 26
Welches Recht ist anzuwenden?
Es gilt österreichisches Recht.

Anhang:

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 Juni 2024):

Andorra	Frankreich	Liechtenstein	Polen	Spanien
Belgien	Griechenland	Litauen	Portugal	Tschechien
Bosnien-Herzegowina	Großbritannien	Luxemburg	Rumänien	Ungarn
Bulgarien	Irland	Malta	Schweden	Zypern
Dänemark	Island	Montenegro	Schweiz	
Deutschland	Italien	Niederlande	Serbien	
Estland	Kroatien	Norwegen	Slowakei	
Finnland	Lettland	Österreich	Slowenien	