

Allgemeine Bedingungen für die Arbeitsunfähigkeitsversicherung (ABAU 2014)

Inhaltsverzeichnis:

- Artikel 1: Was ist versichert?
Wer ist versichert?
Wer ist Versicherungsnehmer?
- Artikel 2: Wann tritt der Versicherungsfall ein? Wann endet der Versicherungsfall?
Für welchen Versicherungsfall besteht Versicherungsschutz?
- Artikel 3: Wann tritt die Arbeitsunfähigkeit ein? Wann endet die Arbeitsunfähigkeit?
- Artikel 4: Was ist der Unterbrechungsschaden?
- Artikel 5: Was ist der Deckungsbeitrag?
- Artikel 6: Was ist der Versicherungswert?
- Artikel 7: Wann beginnt die Haftungszeit und wie lange dauert diese?
Was ist die Haftungssumme?
- Artikel 8: Welchen Ersatz leistet der Versicherer?
- Artikel 9: Was ist unter Karenzfrist zu verstehen?
- Artikel 10: Wie wird Krankheit definiert?
Was ist unter Wartezeit zu verstehen?
- Artikel 11: Wie wird Unfall definiert?
- Artikel 12: Welche Verhinderungsgründe sind noch versichert?
- Artikel 13: Welche Einschränkungen des Versicherungsschutzes gibt es?
- Artikel 14: Wann leistet der Versicherer?
Können Versicherungsansprüche abgetreten oder verpfändet werden?
- Artikel 15: Wann ist die Prämie zu bezahlen?
Wann beginnt und endet der Versicherungsschutz (Vertragsdauer)?
- Artikel 16: Welche Möglichkeiten zur Vertragsbeendigung im Versicherungsfall gibt es?
- Artikel 17: Was ist bei Änderung des Berufes, der Betriebstätigkeit oder einer besonders gefährlichen Freizeitaktivität der versicherten Person zu beachten?
- Artikel 18: Welche Obliegenheiten gelten als vereinbart?
- Artikel 19: Welche Rechtsfolgen hat die schuldhafte Herbeiführung des Versicherungsfalles?
Welche Rechtsfolgen hat betrügerisches Verhalten im Zusammenhang mit einem Versicherungsfall?
- Artikel 20: Welche Auswirkungen hat eine Mehrfachversicherung?
- Artikel 21: Welche Auswirkungen hat eine Überversicherung?
- Artikel 22: Was ist bei Meinungsverschiedenheit zu beachten? (Sachverständigenverfahren)
- Artikel 23: Wem steht die Ausübung der Rechte aus dem Versicherungsvertrag zu, wer hat die Pflichten aus dem Versicherungsvertrag zu erfüllen?
- Artikel 24: In welcher Form sind Erklärungen abzugeben?
- Artikel 25: Wo und wann können Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag gerichtlich geltend gemacht werden?
Welches Recht ist anwendbar?

Anhang: Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz

Artikel 1

Was ist versichert?

Wer ist versichert?

Wer ist Versicherungsnehmer?

1. Versichert ist im Rahmen dieser Bedingungen der Unterbrechungsschaden, der infolge einer mit der vollständigen (100%igen) Arbeitsunfähigkeit der versicherten Person durch Krankheit (Artikel 10), Unfall (Artikel 11) oder sonstige Verhinderungsgründe (Artikel 12) verbundenen, zeitgleichen, vorübergehenden, gänzlichen oder teilweisen Unterbrechung des versicherten Betriebes eintritt.
2. Versicherte Person ist die in der Versicherungsurkunde namentlich genannte, den Betrieb verantwortlich leitende Person.
3. Als Versicherungsnehmer ist der versicherte Betrieb in der Versicherungsurkunde genannt.

Artikel 2

Wann tritt der Versicherungsfall ein?

Wann endet der Versicherungsfall?

Für welchen Versicherungsfall besteht Versicherungsschutz?

1. Der Versicherungsfall tritt mit der vorübergehenden, gänzlichen oder teilweisen Unterbrechung des versicherten Betriebes infolge der vollständigen (=100%-igen) Arbeitsunfähigkeit der versicherten Person durch Krankheit (Artikel 10), Unfall (Artikel 11) oder sonstige Verhinderungsgründe (Artikel 11) ein.
2. Der Versicherungsfall endet,
 - sobald keine gänzliche oder teilweise Unterbrechung des Betriebes mehr gegeben istund/oder
 - mit Wiedererlangung der gänzlichen oder teilweisen Arbeitsfähigkeit der versicherten Personund/oder
 - mit Wegfall des sonstigen Verhinderungsgrundes gemäß Artikel 12und/oder
 - zum Zeitpunkt, in dem objektiv feststeht, dass der versicherte Betrieb nicht mehr weitergeführt werden kann oder wird (zum Beispiel bei dauernder Arbeitsunfähigkeit oder Tod der versicherten Person oder Zurücklegung bzw. Ruhendstellung des Gewerbes).
3. Als Versicherungsfall gilt auch, wenn zur Verhinderung der gänzlichen oder teilweisen Unterbrechung des versicherten Betriebes gemäß Punkt 1 eine Vertretung der versicherten Person durch eine zur Ausübung der versicherten Tätigkeit befähigte Person erfolgt.

Als Versicherungsleistung ersetzen wir in diesem Fall die tatsächlich aufgewendeten und nachgewiesenen Kosten der Vertretung, sofern dadurch der Unterbrechungsschaden insgesamt verringert oder verhindert wird und die Vertretung zur Aufrechterhaltung des Betriebes notwendig war. Der Kostenersatz ist begrenzt mit 1/720 der Versicherungssumme pro Tag der notwendigen Vertretung.
4. Versicherungsschutz gilt für den Eintritt von Krankheiten (Artikel 10), Unfällen (Artikel 11) oder sonstigen Verhinderungsgründen (Artikel 12) auf der ganzen Erde.

5. Die Versicherung erstreckt sich nur auf Versicherungsfälle, die während der Wirksamkeit des Versicherungsschutzes sowie unter Beachtung der Wartefrist gemäß Artikel 10 Punkt 3 eingetreten sind.

Für Versicherungsfälle, die zwar während der Wirksamkeit des Versicherungsschutzes eintreten, deren Ursache (Eintreten einer Krankheit gemäß Artikel 10 oder eines Unfalls gemäß Artikel 11) jedoch in die Zeit vor Abschluss dieses Versicherungsvertrages oder in die Wartefrist gemäß Artikel 10 Punkt 3 fällt, besteht Versicherungsschutz nur dann, wenn die Vorerkrankung oder die bestehenden Unfallfolgen bei Antragsstellung angezeigt wurden.

Für Versicherungsfälle, die nach Beendigung des Versicherungsvertrages eintreten, besteht kein Versicherungsschutz, auch wenn deren Ursache (Eintreten einer Krankheit gemäß Artikel 10 oder eines Unfalls gemäß Artikel 11) in die Zeit während der Wirksamkeit des Versicherungsschutzes fällt.

Darüber hinaus wird der Versicherungsschutz zeitlich begrenzt durch die Bestimmungen über Prämienzahlung und Beginn des Versicherungsschutzes (Artikel 15).

Artikel 3

Wann tritt die Arbeitsunfähigkeit ein?

Wann endet die Arbeitsunfähigkeit?

1. Die Arbeitsunfähigkeit beginnt, wenn die versicherte Person ihre in der Versicherungsurkunde genannte berufliche Tätigkeit gemäß ärztlicher Beurteilung in keinsten Weise ausüben kann und auch nicht ausübt - also weder mitarbeitend noch aufsichtführend oder leitend in ihrem Beruf tätig ist und sein kann.
2. Die Arbeitsunfähigkeit endet, wenn die versicherte Person nach medizinischem Befund wieder gänzlich oder teilweise arbeitsfähig ist und/oder ihre berufliche Tätigkeit wieder ausübt.
3. Jede vollständige Arbeitsunfähigkeit stellt einen eigenständigen Versicherungsfall dar.

Dies gilt insbesondere für gedehnte Versicherungsfälle, wenn eine versicherte Ursache (Krankheit gemäß Artikel 10 oder Unfall gemäß Artikel 11) mehrere einzelne, zeitlich voneinander getrennte Arbeitsunfähigkeiten, die medizinisch nachweisbar ursächlich zusammenhängen, zur Folge hat.

Resultiert eine vollständige Arbeitsunfähigkeit aus mehreren Ursachen, so leistet der Versicherer nur einmal für den Zeitraum der vollständigen Arbeitsunfähigkeit.

Artikel 4

Was ist der Unterbrechungsschaden?

1. Der Unterbrechungsschaden errechnet sich aus dem während der Dauer der Unterbrechung des versicherten Betriebes, längstens jedoch während der Haftungszeit (Artikel 7 Punkt 1) in dem Betrieb nicht erwirtschafteten (entgangenen) versicherten Deckungsbeitrag (Artikel 5) abzüglich ersparter, nicht anfallender versicherter Kosten welcher Art auch immer.
2. Nicht zur Berechnung des Unterbrechungsschadens heranzuziehen sind Vertragsstrafen oder Entschädigungen, die dem Versicherungsnehmer infolge Nichteinhaltens von Lieferungs- und Fertigstellungsfristen oder sonstigen übernommenen Verpflichtungen zur Last fallen.

Artikel 5

Was ist der Deckungsbeitrag?

1. Der Deckungsbeitrag im Sinne dieser Bedingungen ist die Differenz zwischen den Betriebserträgen (Punkt 2) und den variablen Kosten (Punkt 3). Im Falle eines Verlustes ist der Deckungsbeitrag der Saldo aus den im Falle einer Betriebsunter-

brechung weiterlaufenden (fixen) Kosten und dem Verlust, den der Betrieb auch ohne Unterbrechung ausgewiesen hätte.

2. Die Betriebserträge umfassen die Umsatzerlöse, die Bestandsveränderungen an halbfertigen und fertigen Erzeugnissen, die aktivierten Eigenleistungen und sonstigen betrieblichen Erträge nach Abzug der Skonti und sonstigen Erlösschmälerungen, die im versicherten Betrieb aus Erzeugung, aus Handel und aus sonstigen Dienstleistungen entstehen.
3. Variable Kosten sind Kosten, die als Folge der Betriebsunterbrechung wegfallen oder sich vermindern und die nicht auf Grund besonderer Vereinbarung als versicherte Kosten festgelegt sind. Dazu gehören auch Abschreibungen welcher Art auch immer.
4. Personalaufwendungen gelten im Sinne dieser Bedingungen grundsätzlich als weiterlaufende (fixe) Kosten.
5. Bei der Ermittlung des versicherten Deckungsbeitrages bleiben außer Ansatz:
 - 5.1 Erträge, die mit dem versicherten Erzeugungs-, Handels- oder sonstigen Dienstleistungsbetrieb nicht unmittelbar zusammenhängen (betriebsfremde und außerordentliche Erträge),
 - 5.2 betriebsfremde und außerordentliche Aufwendungen.

Artikel 6

Was ist der Versicherungswert?

Der Versicherungswert wird durch den Deckungsbeitrag gemäß Artikel 5 bestimmt, den der Versicherungsnehmer ohne Unterbrechung des in der Versicherungsurkunde genannten Betriebes während der folgenden 12 Monate nach Eintritt des Versicherungsfalles erwirtschaften würde.

Die vereinbarte Versicherungssumme darf nicht größer als der Versicherungswert sein.

Liegt die vereinbarte Versicherungssumme bzw. Haftungssumme unter dem Versicherungswert, so liegt Unterversicherung vor. Auf den Einwand der Unterversicherung und die entsprechende Kürzung der Ersatzleistung wird verzichtet.

Artikel 7

Wann beginnt die Haftungszeit und wie lange dauert diese? Was ist die Haftungssumme?

1. Die Haftungszeit des Versicherers beginnt mit Eintritt des Versicherungsfalles und dauert bis zum Ende des Versicherungsfalles, maximal 12 Monate. Die Leistungspflicht des Versicherers beginnt jedoch nicht vor Ablauf der vereinbarten Karenzfrist (Artikel 9).

Bei Krankenhausaufenthalten als Begleitperson und Tod eines nahen Angehörigen (Artikel 12) dauert die Haftungszeit 2 Tage, bei allen anderen unter Artikel 12 angeführten Ereignissen dauert sie 1 Tag.
2. Wird eine Haftungszeit von unter 12 Monaten vereinbart, haftet der Versicherer für die den gewählten Haftungszeiten entsprechenden Teile der Versicherungssumme (= Haftungssumme). Für die Berechnung dieser von der Versicherungssumme abweichenden Haftungssumme wird bei einer Haftungszeit von unter 12 Monaten die Versicherungssumme von 12 Monaten zugrundegelegt.

Artikel 8

Welchen Ersatz leistet der Versicherer?

1. Der Ermittlung der Ersatzleistung wird der Versicherungswert gemäß Artikel 6 zu Grunde gelegt. Die Höhe der Ersatzleistung wird durch die Versicherungssumme für 12 Monate unter Berücksichtigung der gewählten Haftungszeit begrenzt.

Ist die Versicherungssumme bzw. Haftungssumme höher als der Versicherungswert, so erhöht sich dadurch die Ersatzleistung nicht.

Bei Zusammentreffen mehrerer Versicherungsfälle steht die Versicherungssumme nur einmal zur Verfügung.

2. Das Ausmaß der Ersatzleistung des Versicherers für den nicht erwirtschafteten (entgangenen) Deckungsbeitrag bestimmt sich nach allen Umständen, die dessen Höhe während der Haftungszeit hätten beeinflussen müssen, insbesondere nach der Marktlage und den besonderen geschäftlichen und technischen Betriebsverhältnissen, den etwa eingetretenen Änderungen des Betriebssystems oder der Absatzverhältnisse, nach der Einwirkung von höherer Gewalt, Streik, Boykott, Aussperrung oder einem Insolvenzverfahren des Versicherungsnehmers.

Bei Ermittlung der Ersatzleistung sind weiters zu berücksichtigen: Der Deckungsbeitrag, der bei Verwertung des Rohmaterials und der halbfertigen Waren nach dem Versicherungsfall erzielt werden kann, die Möglichkeit eines Ersatz-, Not- oder Lohnbetriebes, die Möglichkeit, den Ausfall nach Wiederaufnahme des Betriebes durch verstärkte Erzeugung, Bearbeitung oder Verkauf von Waren oder durch andere verstärkte Betriebsleistungen während der Haftungszeit oder nach deren Ablauf in angemessener Frist einzuholen.

3. Nicht ersetzt werden Abschreibungen.
4. Bei Betrieben, bei denen der Deckungsbeitrag nicht gleichmäßig im gesamten Betriebsjahr erwirtschaftet wird, ist bei Berechnung der Ersatzleistung jener Teil des während der Haftungszeit nicht erwirtschafteten Deckungsbeitrages abzuziehen, der in einem außerhalb der Haftungszeit liegenden Zeitabschnitt bereits erwirtschaftet worden ist oder noch erwirtschaftet werden kann.
5. Der nicht erwirtschaftete Deckungsbeitrag und die hierauf entfallende Ersatzleistung ist für die gesamte Dauer des Versicherungsfalles, längstens aber für die Haftungszeit, im Vorhinein, und zwar für jeden Kalendermonat getrennt, festzustellen. Ergibt sich bei einer abschließenden Gesamtberechnung des nicht erwirtschafteten Deckungsbeitrages und der darauf entfallenden Ersatzleistung eine Abweichung gegenüber der bisherigen Berechnung, so ist diese zu korrigieren.

Artikel 9

Was ist unter Karenzfrist zu verstehen?

1. Karenzfrist bedeutet, dass der Versicherer erst nach Ablauf eines bestimmten in der Versicherungsurkunde vereinbarten Zeitraumes (Karenzfrist) leistet. Die Karenzfrist ist der zeitliche Selbstbehalt, der bei jedem Versicherungsfall erneut in Abzug zu bringen ist.
2. Bei Arbeitsunfähigkeiten infolge von sonstigen Verhinderungsgründen gemäß Artikel 12 kommt die vertraglich vereinbarte Karenzfrist nicht zur Anwendung.

Artikel 10

Wie wird Krankheit definiert?

Was ist unter Wartezeit zu verstehen?

1. Krankheit ist ein nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft anormaler körperlicher oder geistiger Zustand.

Der Versicherungsschutz erstreckt sich nur auf Krankheiten, die während der Dauer des Versicherungsvertrages entstehen unter Berücksichtigung der Wartezeit (Punkt 3).

2. Heilbehandlung ist eine medizinische Behandlung, die nach dem allgemeinen anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft geeignet erscheint, die Gesundheit wieder herzustellen, den Zustand zu bessern oder eine Verschlechterung zu verhindern.

Dazu zählen auch Maßnahmen der Rehabilitation, die in ursächlichem Zusammenhang mit unter Versicherungsschutz fallenden Krankheiten oder Unfällen stehen und gemäß vorheriger ärztlicher Verordnung medizinisch notwendig sind. Erfolgen sie nicht in unmittelbarem Anschluss an eine Heilbehandlung, so tritt ein eigener Versicherungsfall gemäß Artikel 2 ein.

3. Die allgemeine Wartezeit beträgt 3 Monate und wird ab Versicherungsbeginn gerechnet. Krankheiten, die während der Wartezeit eintreten, fallen nicht unter Versicherungsschutz - unabhängig davon, ob die versicherte Person von diesen wusste oder nicht. Krankheiten, die während der Wartezeit eintreten und deren Behandlung über die Wartezeit hinaus andauert, fallen auch nach Beendigung der Wartezeit nicht unter Versicherungsschutz.

Artikel 11

Wie wird Unfall definiert?

1. Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.
2. Als Unfall gelten auch folgende vom Willen der versicherten Person unabhängige Ereignisse:
 - Ertrinken, Erfrieren, Erstickten;
 - Nahrungs-, Arznei- und Genussmittelvergiftung;
 - Verbrennungen, Verbrühungen, Einwirkungen von Blitzschlag oder elektrischem Strom;
 - Einatmen von Gasen oder Dämpfen, Einnehmen von giftigen oder ätzenden Stoffen, es sei denn, dass diese Einwirkungen allmählich erfolgen;
 - Verrenkungen von Gliedern sowie Zerrungen und Zerreißen von an Gliedmaßen und an der Wirbelsäule befindlichen Muskeln, Sehnen, Bändern und Kapseln sowie Meniskusverletzungen;
 - Unfälle infolge eines Herzinfarktes oder Schlaganfalles.

Artikel 12

Welche Verhinderungsgründe sind noch versichert?

Als sonstiger Verhinderungsgrund gemäß Artikel 1 gilt die Arbeitsverhinderung der versicherten Person infolge von

1. Krankenhausaufenthalt als Begleitperson von Kindern bis zum 14. Lebensjahr;
2. Tod des Ehegatten bzw. Lebensgefährten, der Eltern (inklusive Schwieger-, Adoptiv-, Pflege- und Stiefeltern) oder der Kinder (inklusive Schwieger-, Adoptiv-, Pflege- und Stiefkindern);
3. Sachschäden an im Eigentum der versicherten Person stehenden oder seinen unmittelbaren Wohnzwecken dienenden Immobilien, die seine Anwesenheit zwingend erfordern;
4. Flugverspätungen und Flugausfall, wenn der Rückflug nachweislich verspätet ist und dadurch die Rückfahrt zum Betriebsort entsprechend der ursprünglichen Planung um zumindest 10 Stunden hinausgeschoben wird;
5. Flugversäumnis, wenn sich die Anreise zum Flughafen für den Rückflug durch
 - Unfall,

- technisches Gebrechen des benützten Verkehrsmittels,
- Verspätung des öffentlichen Verkehrsmittels verzögert.

6. Fahruntüchtigkeit eines Kraftfahrzeuges durch einen Verkehrsunfall, wenn dadurch die Rückfahrt zum Betriebsort entsprechend der ursprünglichen Planung um zumindest 10 Stunden verzögert wird.

7. Nicht versichert ist ein sonstiger Verhinderungsgrund, wenn er vom Versicherungsnehmer oder der versicherten Person vorsätzlich oder grob fahrlässig herbeigeführt wurde.

Artikel 13

Welche Einschränkungen des Versicherungsschutzes gibt es?

Ausgeschlossen von der Versicherung sind Versicherungsfälle infolge von:

1. Unfällen bei der Benützung von Luftfahrzeugen oder Luftsportgeräten, insbesondere von Segelflugzeugen, Fallschirmen, Hängegleitern, Paragleitern oder Wingsuits, sowie Raumfahrzeugen.

Versicherungsschutz besteht jedoch für Unfälle, die die versicherte Person als

- Fluggast,
 - Pilot oder
 - Besatzungsmitglied in
- Flugzeugen, Hubschraubern, Freiballonen oder Luftschiffen zum gewerbsmäßigen Personen- und/oder Frachtverkehr berechtigter Luftfahrtunternehmen, des Militärs oder der Exekutive erleidet.

Als Fluggast gilt, wer weder mit dem Betrieb des Luftfahrzeuges in ursächlichem Zusammenhang steht oder Besatzungsmitglied ist, noch mittels des Luftfahrzeuges eine berufliche Betätigung ausübt.

Die Teilnahme an Wettbewerben oder Rekordversuchen im Flugsport sowie Kunst-, Test- und Erprobungsflügen bleibt jedenfalls vom Versicherungsschutz ausgeschlossen;

2. Unfällen, die bei der Beteiligung an motorsportlichen Wettbewerben (auch Wertungsfahrten und Rallies), bei denen es auf das schnellstmögliche Zurücklegen einer vorgegebenen Fahrstrecke oder die Bewältigung von Hindernissen bzw. schwierigem Gelände unter Verwendung eines Motorfahrzeuges ankommt, und den dazugehörenden Trainingsfahrten eintreten;
3. Krankheiten und Unfällen, die bei der Teilnahme an sportlichen Landes-, Bundes- oder internationalen Wettbewerben aller Art sowie am offiziellen Training für diese Veranstaltungen eintreten;
4. Krankheiten und Unfällen, die bei der Teilnahme an bergsteigerischen Expeditionsreisen in vergletscherte Hochgebirgsregionen außerhalb Europas eintreten;
5. Krankheiten und Unfällen, die beim Versuch oder der Begehung gerichtlich strafbarer Handlungen, für die Vorsatz Tatbestandsmerkmal ist, durch die versicherte Person eintreten;
6. Krankheiten und Unfällen, die ursächlich mit Kriegsereignissen jeder Art zusammenhängen; Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die versicherte Person auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen wird. Dieser Versicherungsschutz erlischt am Ende des siebenten Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staates, in dem sich die versicherte Person aufhält. Die Erweiterung gilt nicht bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht. Sie gilt auch nicht für die aktive Teilnahme am Krieg oder Bürgerkrieg sowie für Gesundheitsschäden durch ABC-Waffen.

7. Krankheiten und Unfällen durch innere Unruhen und Gewalt-handlungen gegen Personen, Tiere und Sachen, wenn die ver-sicherte Person daran aktiv teilgenommen hat;
8. Krankheiten und Unfällen, die mittelbar oder unmittelbar durch
 - jegliche Einwirkung von Atomwaffen, chemischen, bio-chemi-schen, biologischen oder elektromagnetischen Waffen,
 - Kernenergie sowie jegliches radioaktives Material oder
 - den Einfluss ionisierender Strahlen im Sinne der jeweils gel-tenden Fassung des Strahlenschutzgesetzesverursacht oder beeinflusst werden.

Versicherungsschutz besteht jedoch für Gesundheitsschäden durch radioaktive Isotope im Zuge von medizinischen Heilbe-handlungen, die aufgrund eines Versicherungsfalles veranlasst waren.
9. Krankheiten und Unfällen, die auf Grund eines missbräuchli-chen Genusses von Alkohol, Medikamenten oder Suchtgiften eintreten oder verschlechtert werden oder deren Heilbehand-lung in Folge eines missbräuchlichen Genusses von Alkohol, Medikamenten oder Suchtgiften wesentlich erschwert ist;
10. Heilmaßnahmen oder Eingriffen am Körper der versicherten Person, sofern diese nicht unmittelbar durch einen unter diesen Vertrag fallenden Versicherungsfall veranlasst waren, insbeson-dere Maßnahmen der Geriatrie, der Heilpädagogik, der Logopä-die und der Heilgymnastik, Kur- und Erholungsaufenthalte, un-abhängig von einer Genehmigung des Sozialversicherungsträ-gers, sowie Entziehungsmaßnahmen und Entziehungskuren;
11. allen Formen der künstlichen Befruchtung (z.B. In-Vitro-Fertilisa-tion, Insemination), Untersuchungen und Behandlungen zur Fa-milienplanung (Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch, Vasore-sektion bzw. Vasektomie) sowie zur Feststellung oder Beseiti-gung der Unfruchtbarkeit;
12. nichtärztlicher Hauspflege und nichtärztlichen Heilbehandlungen oder Eingriffen am Körper der versicherten Person sowie deren Folgen;
13. vorsätzlich vom Versicherungsnehmer oder der versicherten Person herbeigeführten Krankheiten und Unfällen sowie deren Folgen;
14. Arbeitsunfähigkeit in mittel- und/oder unmittelbarem Zusammen-hang mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen aller Art einschließlich ihrer Folgen und daraus resultierenden Heilbehandlungen. Darunter fallen auch Überlastungs- und Er-schöpfungssyndrom (Burn-Out) und ähnliche Erkrankungen so-wie Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen.

Artikel 14

Wann leistet der Versicherer?

Können Versicherungsansprüche abgetreten oder verpfändet werden?

1. Die Entschädigung ist erst nach ihrer vollständigen Feststellung fällig.
2. Ist es nach Ablauf eines Monats seit Beginn der Unterbre-chung und nach Ablauf jedes weiteren Monats möglich, den Betrag festzustellen, den der Versicherer für die verflossene Zeit der Unterbrechung mindestens zu vergüten hat, kann der Versicherungsnehmer verlangen, dass ihm dieser Betrag in Anrechnung auf die Gesamtleistung gezahlt wird.
3. Der Versicherer ist berechtigt, die Zahlung aufzuschieben,
 - a) wenn Zweifel über die Berechtigung des Versicherungs-nehmers zum Zahlungsempfang bestehen, bis zur Beibrin-gung des erforderlichen Nachweises;

- b) wenn eine polizeiliche oder strafgerichtliche Untersuchung aus Anlass des Versicherungsfalles gegen den Versiche-rungsnehmer oder die versicherte Person (auch Handels-und Kapitalgesellschaften) eingeleitet wurde, bis zur Erle-digung dieser Untersuchung.

4. Wenn der Entschädigungsanspruch nicht innerhalb einer Frist von einem Jahr gerichtlich geltend gemacht wird, nachdem der Versicherer dem Versicherungsnehmer gegenüber den erhobe-nen Anspruch zumindest mit der Anführung einer der Ableh-nung derzeit zu Grunde gelegten Tatsache und der diesbezügli-chen gesetzlichen oder vertraglichen Bestimmungen sowie un-ter Angabe der mit dem Ablauf der Frist verbundenen Rechts-folge schriftlich abgelehnt hat, ist der Versicherer von der Ver-pflichtung zur Leistung frei.
5. Im übrigen gelten die §§ 11 und 12 Vers VG (Fälligkeit und Verjährung des Entschädigungsanspruches, siehe Anlage)
6. Bis zur vollständigen Feststellung des Entschädigungsanspru-ches kann eine Abtretung oder Verpfändung der Entschädigung nicht gegen den Versicherer geltend gemacht werden.

Artikel 15

Wann ist die Prämie zu bezahlen?

Wann beginnt und endet der Versicherungsschutz (Vertragsdauer)?

1. Die erste oder die einmalige Prämie einschließlich Steuern ist vom Versicherungsnehmer gegen Übermittlung der Versiche-rungsurkunde sofort nach Abschluss des Versicherungsvertra-ges (Zugang der Versicherungsurkunde oder einer gesonderten Antragsannahmeerklärung) und Aufforderung zur Prämienzah-lung zu zahlen.

Die Folgeprämien sind zu den jeweils vereinbarten Fälligkeits-terminen zu zahlen.

2. Der Versicherungsschutz beginnt mit dem vereinbarten Versi-cherungsbeginn, jedoch nur unter der Voraussetzung, dass der Versicherungsnehmer die erste oder einmalige Prämie ein-schließlich Steuern rechtzeitig, das heißt innerhalb von 14 Ta-gen, oder ohne schuldhaften Verzug zahlt. Bei Krankheit (Arti-kel 10) der versicherten Person beginnt der Versicherungs-schutz erst nach Ablauf der Wartefrist.
3. Bestimmte Leistungen sind von der Prämie nicht umfasst. Für diese durch den Versicherungsnehmer veranlassten Mehrauf-wendungen verrechnet der Versicherer angemessene Gebüh-ren. Die betroffenen Leistungen und die Höhe der Gebühren können beim Versicherer erfragt, der Homepage www.allianz.at bzw. den Vertragsunterlagen entnommen werden. Diese Ge-bühren sind wertgesichert und verändern sich ab Beginn eines Kalenderjahres in demselben Ausmaß, in dem sich der von der Statistik Austria monatlich verlaubliche Verbraucherpreis-in-dex 2000 oder ein von Amts wegen an seine Stelle tretender Index verändert hat. Der für den Versicherungsnehmer maß-gebliche Ausgangswert kann den Vertragsunterlagen entnom-men werden. Der Versicherer ist dessen unbeschadet berech-tigt, geringere als die sich nach dieser Indexklausel ergebenden Gebühren zu verlangen, ohne dass dadurch das Recht verloren geht, für die Zukunft wieder die indexkonformen Gebühren zu verlangen.
4. Die Voraussetzungen und Begrenzungen für die Leistungsfrei-heit bei Zahlungsverzug oder bei nur teilweiser Zahlung der ersten oder einmaligen Prämie sind in den §§ 38 und 39a VersVG geregelt.

Die nicht rechtzeitige Zahlung der ersten oder einmaligen Prä-mie einschließlich Steuern berechtigt den Versicherer gemäß den Voraussetzungen des § 38 VersVG zum Rücktritt vom Vertrag.

Die Rechtsfolgen des Zahlungsverzugs mit Folgeprämien sind in den §§ 39 und 39a VersVG geregelt.

5. Der Versicherungsvertrag endet, ohne dass es einer Kündigung des Versicherungsnehmers oder Versicherers bedarf, bei Wegfall des versicherten Interesses, insbesondere
 - a) bei endgültiger Schließung des versicherten Betriebes,
 - b) bei Zurücklegung oder Ruhendstellung des Gewerbes oder der Befugnis zur Berufsausübung,
 - c) bei Eintritt dauernder Berufsunfähigkeit oder Tod der versicherten Person
6. Wird der Versicherungsvertrag während der Versicherungsperiode oder sonst vorzeitig aufgelöst, so gebührt dem Versicherer die Prämie für die bis dahin verstrichene Vertragslaufzeit, soweit nicht Sonderbestimmungen anderes vorsehen (§ 40 Satz 1 VersVG).

Endet der Versicherungsvertrag vor Ablauf der Vertragszeit wegen Wegfalls des Interesses, 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 von dem Wegfall des Interesses Kenntnis erlangt (§ 68 Abs. 2 VersVG).
7. 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.
8. Der Vertrag gilt zunächst für die in der Versicherungsurkunde festgesetzte Dauer. Beträgt die vereinbarte Vertragsdauer mindestens ein Jahr, verlängert sich der Vertrag um jeweils ein Jahr, wenn er nicht drei Monate vor Ablauf gekündigt wird.

Für die Erklärung der Ablaufkündigung steht die gesamte Vertragslaufzeit, unter Beachtung der zuvor bestimmten Frist von drei Monaten, zur Verfügung.

Beträgt die vereinbarte Vertragsdauer weniger als ein Jahr, endet der Vertrag ohne Kündigung.
9. Die Leistungspflicht des Versicherers endet an dem Tag, an dem keine Prämie mehr vorgeschrieben wird (= Stornodatum des Vertrages).
10. Dem Versicherer steht die bis zur Vertragsauflösung anteilige Prämie zu.

Artikel 16

Welche Möglichkeiten zur Vertragsbeendigung im Versicherungsfall gibt es?

1. Sofern in einer sonstigen vertraglichen Vereinbarung keine abweichende Regelung getroffen ist, können nach dem Eintritt des Versicherungsfalles sowohl der Versicherer als auch der Versicherungsnehmer den Versicherungsvertrag kündigen.
2. Sowohl der Versicherer als auch der Versicherungsnehmer können bei Erbringung der abschließenden Leistung durch den Versicherer innerhalb von 1 Monat ab Erbringung der Leistung unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist den Vertrag kündigen.
3. Hat der Versicherungsnehmer einen Entschädigungsanspruch arglistig erhoben, ist der Versicherer berechtigt, den Versicherungsvertrag nach Ablehnung des Entschädigungsanspruchs mit sofortiger Wirkung zu kündigen.

Artikel 17

Was ist bei Änderung des Berufes, der Betriebstätigkeit oder einer besonders gefährlichen Freizeitaktivität der versicherten Person zu beachten?

Als Obliegenheit vor Eintritt des Versicherungsfalles wird vereinbart:

1. Veränderungen der im Antrag anzugebenden Berufs- und Betriebstätigkeit oder besonders gefährlichen Freizeitaktivitäten (auch Hochleistungssport oder entgeltliche Sportausübung) der versicherten Person sind unverzüglich anzuzeigen.

Einberufungen zum ordentlichen Präsenzdienst, zum Zivildienst sowie zu kurzfristigen militärischen Reserveübungen gelten nicht als Änderung der Berufs- oder Betriebstätigkeit.

2. Ergibt sich für die neue Berufs- oder Betriebstätigkeit oder die besonders gefährliche Freizeitaktivität (auch Hochleistungssport oder entgeltliche Sportausübung) der versicherten Person nach dem zum Zeitpunkt der Anzeige gültigen Tarif des Versicherers eine niedrigere Prämie, so ist vom Zugang der Anzeige an nur diese Prämie zu bezahlen.
3. Ergibt sich nach dem zum Zeitpunkt der Anzeige gültigen Tarif des Versicherers eine höhere Prämie, so wird der Vertrag ab Zugang der Anzeige mit der höheren Prämie fortgesetzt. In diesem Fall besteht ab dem Zeitpunkt, an dem uns die Anzeige zugegangen ist, auch für die neue Berufstätigkeit, Beschäftigung oder besonders gefährliche Freizeitaktivität (auch Hochleistungssport oder entgeltliche Sportausübung) der volle Versicherungsschutz.

Der Versicherungsnehmer kann innerhalb von 1 Monat ab Zugang der Information über die Prämienenerhöhung unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist den Vertrag kündigen.

4. Bieten wir für die neue Berufs- oder Betriebstätigkeit oder besonders gefährlichen Freizeitaktivitäten (auch Hochleistungssport oder entgeltliche Sportausübung) grundsätzlich keinen Versicherungsschutz an, finden die Bestimmungen der §§ 23 ff VersVG (Kündigungsmöglichkeit bzw. Leistungsfreiheit auf Grund Gefahrerhöhung) Anwendung.
5. Für den Fall, dass der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit verletzt, wird Leistungsfreiheit vereinbart. Die Voraussetzungen und Begrenzungen der Leistungsfreiheit sind gesetzlich geregelt (siehe § 6 Punkt 1a und 2 VersVG im Anhang).

Artikel 18

Welche Obliegenheiten gelten als vereinbart?

1. Als Obliegenheiten vor bzw. bei Eintritt des Versicherungsfalles werden vereinbart:
 - a) Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, ordnungsgemäße Bücher und Aufzeichnungen zu führen, Inventuren und Bilanzen aufzustellen und sie, soweit sie das laufende Geschäftsjahr und die drei Vorjahre betreffen, zum Schutz vor Vernichtung sicher und getrennt aufzubewahren.

Für den Fall, dass der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit verletzt, wird Leistungsfreiheit vereinbart. Die Voraussetzungen und Begrenzungen der Leistungsfreiheit sind gesetzlich geregelt (siehe § 6 Punkt 1 VersVG im Anhang).
 - b) Die versicherte Person hat als Lenker eines Kraftfahrzeuges die jeweilige kraftfahrrechtliche Berechtigung, die zum Lenken dieses oder eines typengleichen Kraftfahrzeuges erforderlich wäre, zu besitzen; dies gilt auch dann, wenn dieses Fahrzeug nicht auf Straßen mit öffentlichem Verkehr gelenkt wird. Für den Fall, dass der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit verletzt, wird Leistungsfreiheit vereinbart. Die Voraussetzungen und Begrenzungen der

Leistungsfreiheit sind gesetzlich geregelt (siehe § 6 Punkt 2 VersVG im Anhang).

- c) Die versicherte Person hat bei Benützung eines Kraftfahrzeuges, für dessen Verwendung das Anlegen eines Sicherheitsgurtes oder Tragen eines Sturzhelmes gesetzlich vorgeschrieben ist, dieser Verpflichtung nachzukommen. Für den Fall, dass der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit verletzt, wird Leistungsfreiheit vereinbart. Die Voraussetzungen und Begrenzungen der Leistungsfreiheit sind gesetzlich geregelt (siehe § 6 Punkt 2 VersVG im Anhang).
2. Als Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalles werden vereinbart:
- a) Der Versicherungsnehmer hat nach Möglichkeit für die Abwendung und Minderung des Schadens zu sorgen und dabei Weisungen des Versicherers zu befolgen; gestatten es die Umstände, so hat er solche Weisungen einzuholen.
 - b) Der Versicherungsfall ist unverzüglich anzuzeigen. Der Versicherungsnehmer hat alle Angaben im Zuge der Schadenserhebung wahrheitsgetreu und vollständig zu machen und auf Verlangen Fragen des Versicherers in Schriftform zu beantworten.
 - c) Im Versicherungsfall sind die befassen Behörden vom Versicherungsnehmer bzw. der versicherten Person zu ermächtigen und zu veranlassen, die vom Versicherer verlangten Auskünfte zu erteilen.
 - d) Der Versicherungsnehmer und die versicherte Person haben alles ihnen Zumutbare zu tun, um Ursachen, Hergang und/oder Folgen des Versicherungsfalles aufzuklären und den entstandenen Schaden gering zu halten.
 - e) Bei einer Erkrankung (Artikel 10) oder einem Unfall (Artikel 11) ist unverzüglich ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen. Die ärztliche Behandlung und eine angemessene Pflege sind bis zum Abschluss der Heilbehandlung fortzusetzen. Weiters ist für die Abwendung und Minderung der Krankheits- und/oder Unfallfolgen zu sorgen.
 - f) Der behandelnde Arzt oder die behandelnde Krankenanstalt sowie diejenigen Ärzte oder Krankenanstalten, von denen die versicherte Person aus anderen Anlässen behandelt oder untersucht worden ist, sind zu ermächtigen und zu veranlassen, die vom Versicherer geforderten Auskünfte zu erteilen und Berichte zu liefern. Wurde die Erkrankung einem Sozialversicherer gemeldet, so ist auch dieser zu ermächtigen.
 - g) Der Versicherer kann verlangen, dass sich die versicherte Person durch die vom Versicherer bezeichneten Ärzte untersuchen lässt.
 - h) Der Versicherungsnehmer hat dem Versicherer, dessen Beauftragten und Sachverständigen, soweit es ihm billigerweise zugemutet werden kann, jede Untersuchung über Ursache und Höhe des Schadens und über den Umfang seiner Verpflichtung zur Leistung zu gestatten, jede hierzu dienliche Auskunft auf Verlangen auch in Schriftform zu erteilen und Belege beizubringen. Er hat zu diesem Zweck die ordnungsgemäßen Bücher und Aufzeichnungen (z. B. Geschäftsbücher, Inventuren, Bilanzen und Erfolgsrechnungen, Hilfsbücher, Rechnungen und Belege über den Geschäftsgang während des laufenden Geschäftsjahres und der drei Vorjahre, soweit der Geschäftsgang in diesen Geschäftsjahren für die Beurteilung in Betracht kommen kann) zur Verfügung zu stellen.

Für den Fall, dass der Versicherungsnehmer eine dieser Obliegenheiten verletzt, wird Leistungsfreiheit vereinbart. Die Voraussetzungen und Begrenzungen der Leistungsfreiheit sind gesetzlich geregelt (siehe §§ 6 Punkt 3 und 62 VersVG im Anhang).

Artikel 19

Welche Rechtsfolgen hat die schuldhaft Herbeiführung des Versicherungsfalles?

Welche Rechtsfolgen hat betrügerisches Verhalten im Zusammenhang mit einem Versicherungsfall?

1. Haben der Versicherungsnehmer und/oder die versicherte Person den Versicherungsfall vorsätzlich herbeigeführt, ist der Versicherer von jeder Verpflichtung zur Leistung aus diesem Versicherungsfall frei. Die Voraussetzungen der Leistungsfreiheit sind gesetzlich geregelt (siehe § 61 VersVG im Anhang).
2. Ist der Versicherungsnehmer und/oder die versicherte Person wegen des herbeigeführten Versicherungsfalles oder wegen eines bei der Feststellung der Leistungspflicht oder bei der Ermittlung der Entschädigung begangenen Betruges oder Betrugsversuches rechtskräftig zu einer Strafe verurteilt, so gilt die Leistungsfreiheit als festgestellt.

Artikel 20

Welche Auswirkungen hat eine Mehrfachversicherung?

1. Nimmt der Versicherungsnehmer bei einem anderen Versicherer für das versicherte Interesse eine Versicherung gegen dieselben Gefahren, hat er dem Versicherer unverzüglich den anderen Versicherer und die Versicherungssumme anzuzeigen.

In diesem Fall kann der Versicherer innerhalb eines Monats unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist das Vertragsverhältnis auflösen.

2. Ist eine Karenzfrist vereinbart, für deren Dauer der Versicherungsnehmer den Betriebsunterbrechungsschaden selbst zu tragen hat, darf er für diese keine andere Versicherung nehmen. Andernfalls wird die Entschädigung so gekürzt, dass der Versicherungsnehmer den vereinbarten Teil des Schadens selbst trägt.
3. Im Falle der Doppelversicherung gelten die §§ 59 und 60 VersVG (siehe Anhang)

Artikel 21

Welche Auswirkungen hat eine Überversicherung?

1. Die Versicherung darf nicht zu einer Bereicherung führen (siehe § 55 VersVG im Anhang). Auch wenn die Versicherungssumme den Versicherungswert übersteigt (Überversicherung), hat der Versicherer nicht mehr als die bedingungsgemäße Ersatzleistung zu erbringen.
2. Übersteigt die Versicherungssumme den Versicherungswert erheblich, können der Versicherungsnehmer und der Versicherer nach § 51 VersVG (siehe Anhang) eine Herabsetzung der Versicherungssumme und der Prämie verlangen. Eine tarifliche festgelegte Mindestprämie bleibt unberührt.

Artikel 22

Was ist bei Meinungsverschiedenheiten zu beachten (Sachverständigenverfahren)

1. Die Vertragspartner können in geschriebener Form vereinbaren, dass Ursache und Höhe des Schadens durch ein Sachverständigenverfahren festgestellt werden, wenn nach Eintritt eines Unterbrechungsschadens keine Einigung über zumindest folgende Punkte erreicht werden kann:
 - den Versicherungswert nach Artikel 5,
 - den Umfang und die Dauer der Betriebsunterbrechung,
 - den Betrag des durch den Versicherungsfall verursachten

- Schadens an nicht erwirtschafteten Deckungsbeiträgen, - sofern die Dauer der Betriebsunterbrechung über die Haftungszeit hinausreicht, den Betrag des auf die Haftungszeit entfallenden nicht erwirtschafteten Deckungsbeitrages.

- a) Die Vereinbarung über das Sachverständigenverfahren hat mindestens zu enthalten:
 - Art und Umfang der Fragestellung an die Sachverständigen
 - Namen der Sachverständigen; jeder Vertragspartner benennt seinen Sachverständigen und beauftragt ihn, seine Feststellungen zu treffen.
- b) Beide Sachverständige wählen vor Beginn des Feststellungsverfahrens einen dritten als Obmann. Einigen sie sich nicht, wird der Obmann auf Antrag eines Vertragspartners oder beider Vertragspartner durch das für den versicherten Betrieb zuständige Bezirksgericht ernannt.
- c) Die Sachverständigen übergeben ihre Feststellung gleichzeitig dem Versicherer und dem Versicherungsnehmer. Weichen die Feststellungen voneinander ab, übergibt der Versicherer sie unverzüglich dem Obmann. Dieser entscheidet über die strittig gebliebenen Punkte innerhalb der Grenzen beider Feststellungen und übergibt seine Feststellung gleichzeitig dem Versicherer und dem Versicherungsnehmer.
- d) Die Feststellungen, die die Sachverständigen im Rahmen ihrer Zuständigkeit treffen, sind verbindlich und bei der Berechnung der Entschädigung zugrunde zu legen, wenn nicht nachgewiesen wird, dass sie offenbar von der wirklichen Sachlage erheblich abweichen. Im Übrigen gilt § 64 Punkt 2 VersVG.

2. Im Fall von Meinungsverschiedenheiten über den tatsächlichen Grad (%-Satz) sowie über Umfang und Dauer der Arbeitsunfähigkeit hat der Versicherungsnehmer innerhalb von 6 Monaten nach Zugang der Erklärung des Versicherers, ob und in welcher Höhe eine vollständige (100%) Arbeitsunfähigkeit der versicherten Person anerkannt wird, Widerspruch zu erheben und mit Vorlage eines medizinischen Gutachtens unter Bekanntgabe seiner Forderung die Entscheidung der Ärztekommision zu beantragen.

- a) Die Entscheidung der Ärztekommision kann gemäß § 184 VersVG gerichtlich überprüft werden. Die Entscheidung der Ärztekommision ist dann nicht verbindlich, wenn sie offenbar von der wirklichen Sachlage erheblich abweicht. Das Gleiche gilt, wenn die Sachverständigen die Feststellung nicht treffen können oder wollen oder sie verzögern.
- b) Das Recht, die Entscheidung der Ärztekommision zu beantragen, steht auch dem Versicherer zu.
- c) Für die Ärztekommision bestimmen der Versicherungsnehmer und der Versicherer je einen in der österreichischen Ärzteliste eingetragenen Arzt mit ius practicandi (Recht zur Berufsausübung). Wenn einer der beiden Parteien innerhalb zweier Wochen nach Aufforderung in geschriebener Form keinen Arzt benennt, wird dieser von der österreichischen Ärztekammer bestellt. Die beiden Ärzte bestellen einvernehmlich vor Beginn ihrer Tätigkeit einen weiteren Arzt als Obmann, der für den Fall, dass

sie sich nicht oder nur zum Teil einigen sollten, im Rahmen der durch die Gutachten der beiden Ärzte gegebenen Grenzen entscheidet.

- d) Einigen sich die beiden Ärzte über die Person des Obmannes nicht, wird ein für den Versicherungsfall zuständiger medizinischer Sachverständiger durch die österreichische Ärztekammer als Obmann bestellt.
- e) Die versicherte Person ist verpflichtet, sich von den Ärzten der Kommission untersuchen zu lassen und sich jenen Maßnahmen zu unterziehen, die diese Kommission für notwendig hält.
- f) Die Ärztekommision hat über ihre Tätigkeit ein Protokoll zu führen; in diesem ist die Entscheidung in Schriftform zu begründen. Bei Nichteinigung hat jeder Arzt seine Auffassung im Protokoll gesondert darzustellen. Ist eine Entscheidung durch den Obmann erforderlich, begründet auch er sie in einem Protokoll. Die Akten des Verfahrens werden von uns verwahrt.

3. Die Kosten der Sachverständigen sowie der Ärztekommision werden von ihnen selbst festgesetzt und sind im Verhältnis des Obsiegens der beiden Parteien zu tragen.
4. Durch das Sachverständigenverfahren werden die Obliegenheiten des Versicherungsnehmers sowie der versicherten Person im Versicherungsfall nicht berührt.

Artikel 23

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)

Alle für den Versicherungsnehmer getroffenen Bestimmungen gelten sinngemäß auch für die versicherte Person.

Artikel 24

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. Rücktrittserklärungen nach §§ 3, 3a KSchG sind an keine bestimmte Form gebunden. Rücktrittserklärungen nach § 8 FernFinG können schriftlich oder auf einem anderen, dem Empfänger zur Verfügung stehenden und zugänglichen dauerhaften Datenträger erklärt werden. Der geschriebenen Form wird durch Zugang eines Textes in Schriftzeichen entsprochen, aus dem die Person des Erklärenden hervorgeht (z.B. Telefax oder E-Mail). Schriftform bedeutet, dass dem Erklärungsempfänger das Original der Erklärung mit eigenhändiger Unterschrift des Erklärenden zugehen muss.

Artikel 25

Wo und wann können Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag gerichtlich geltend gemacht werden? Welches Recht ist anwendbar? (Gerichtsstand und anzuwendendes Recht)

Für die aus diesem Versicherungsverhältnis entstehenden Rechtsstreitigkeiten ist jeder gesetzlich zulässige Gerichtsstand in Österreich zuständig.

Es ist österreichisches Recht anzuwenden.

Anhang:

Auszug aus dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VersVG), BGBl. 1959/2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 12/2013 (Wiedergabe der in den ABAU 2014 erwähnten Bestimmungen des Gesetzes)

§ 6

- (1) Ist im Vertrag bestimmt, dass bei Verletzung einer Obliegenheit, die vor dem Eintritt des Versicherungsfalles dem Versicherer gegenüber zu erfüllen ist, der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei sein soll, so tritt die vereinbarte Rechtsfolge nicht ein, wenn die Verletzung als eine unverschuldete anzusehen ist. Der Versicherer kann den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen, es sei denn, dass die Verletzung als eine unverschuldete anzusehen ist. Kündigt der Versicherer innerhalb eines Monats nicht, so kann er sich auf die vereinbarte Leistungsfreiheit nicht berufen.
- (1a) Bei der Verletzung einer Obliegenheit, die die dem Versicherungsvertrag zugrunde liegende 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 Absatz 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.

§ 11

- (1) Geldleistungen des Versicherers sind mit Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung des Versicherers nötigen Erhebungen fällig. Die Fälligkeit tritt jedoch unabhängig davon ein, wenn der Versicherungsnehmer nach Ablauf zweier Monate seit dem Begehren nach der Geldleistung eine Erklärung des Versicherers diesem Verlangen nicht binnen eines Monats entspricht.
- (2) Sind diese Erhebungen bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles nicht beendet, so kann der Versicherungsnehmer in Anrechnung auf die Gesamtforderung Abschlagszahlungen in der Höhe des Betrages verlangen, den der Versicherer nach Lage der Sache mindestens zu zahlen ist.

- (3) Der Lauf der Frist des Absatz 2 ist gehemmt, solange die Beendigung der Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers gehindert ist.
- (4) Eine Vereinbarung, durch welche der Versicherer von der Verpflichtung, Verzugszinsen zu zahlen befreit wird, ist unwirksam.

§ 11a

- (1) Der Versicherer darf im Zusammenhang mit Versicherungsverhältnissen, bei welchen der Gesundheitszustand des Versicherten oder eines Geschädigten erheblich ist, personenbezogene Gesundheitsdaten verwenden, soweit dies
 1. zur Beurteilung, ob und zu welchen Bedingungen ein Versicherungsvertrag abgeschlossen oder geändert wird, oder
 2. zur Verwaltung bestehender Versicherungsverträge oder
 3. zur Beurteilung und Erfüllung von Ansprüchen aus einem Versicherungsvertragunerlässlich ist. Das Verbot der Ermittlung genanalytischer Daten gemäß § 67 Gentechnikgesetz bleibt unberührt.
- (2) Versicherer dürfen personenbezogene Gesundheitsdaten für die in Absatz 1 genannten Zwecke nur auf folgende Art ermitteln:
 1. durch Befragung der Person, die versichert werden soll oder bereits versichert ist, beziehungsweise durch Befragung des Geschädigten oder
 2. anhand der vom Versicherungsnehmer oder vom Geschädigten beigebrachten Unterlagen oder
 3. durch Auskünfte von Dritten bei Vorliegen einer für den Einzelfall erteilten ausdrücklichen Zustimmung des Betroffenen oder
 4. zur Beurteilung und Erfüllung von Ansprüchen aus einem konkreten Versicherungsfall durch Auskünfte von untersuchenden oder behandelnden Ärzten, Krankenanstalten oder sonstigen Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge (Gesundheitsdienstleister) über Diagnose sowie Art und Dauer der Behandlung, sofern der Betroffene der Ermittlung ausdrücklich und in einer gesonderten Erklärung, die er jederzeit widerrufen kann, in geschriebener Form zugestimmt hat, nachdem ihn der Versicherer auf die Möglichkeit einer Einzelzustimmung (Z 3) aufmerksam machte und ihn klar und verständlich über die Folgen der Zustimmung sowie die Verweigerung der Zustimmung und über sein Widerrufsrecht im Falle der Zustimmung belehrt; solche Auskünfte dürfen erst eingeholt werden, nachdem der Betroffene von der beabsichtigten Auskunftserhebung unter Bekanntgabe der konkret nachgefragten Daten sowie des Zweckes der Datenermittlung verständigt und dabei über sein Widerspruchsrecht sowie die Folgen des Widerspruchs klar und verständlich belehrt wurde, und der Datenermittlung nicht binnen 14 Tagen (Einlangen des Widerspruchs) widersprochen hat; oder
 5. durch Heranziehung sonstiger, dem Versicherer rechtmäßigerweise bekanntgewordener Daten; diese sind dem Betroffenen mitzuteilen; es steht ihm das Widerspruchsrecht gemäß § 28 Datenschutzgesetz 2000 zu.

§ 12

- (1) Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Steht der Anspruch einem Dritten zu, so beginnt die Verjährung zu laufen, sobald diesem sein Recht auf die Leistung des Versicherers bekanntgeworden ist; ist dem Dritten dieses Recht nicht bekanntgeworden, so verjähren seine Ansprüche erst nach zehn Jahren.
- (2) Ist ein Anspruch des Versicherungsnehmers beim Versicherer angemeldet worden, so ist die Verjährung bis zum Einlangen einer in geschriebener Form übermittelten Entscheidung des Versicherers gehemmt, die zumindest mit der Anführung einer der Ablehnung derzeit zugrunde gelegten Tatsache und gesetz-

lichen 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 Absatz 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.

§ 23

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

§ 38

- (1) Ist die erste oder einmalige Prämie innerhalb von 14 Tagen nach dem Abschluss des Versicherungsvertrags und nach der Aufforderung zur Prämienzahlung nicht gezahlt, so ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, berechtigt, vom Vertrag zurückzutreten. Es gilt als Rücktritt, wenn der Anspruch auf die Prämie nicht innerhalb dreier Monate vom Fälligkeitstag an gerichtlich geltend gemacht wird.
- (2) Ist die erste oder einmalige Prämie zur Zeit des Eintritts des Versicherungsfalles und nach Ablauf der Frist des Absatz 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 Absatz 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 Absatz 1 und 2 nicht aus.

§ 39

- (1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, so kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten schriftlich eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen bestimmen; zur Unterzeichnung genügt eine Nachbildung der eigenhändigen Unterschrift. Dabei sind die Rechtsfolgen anzugeben, die nach Absatz 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 Zeitabsatz 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 Absatz 1 bis 3 nicht aus.

§ 39a

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.

§ 40

Wird der Versicherungsvertrag während der Versicherungsperiode oder sonst vorzeitig aufgelöst, so gebührt dem Versicherer die Prämie nur für die bis dahin verstrichene Vertragslaufzeit, soweit nicht Sonderbestimmungen anderes vorsehen. Die Möglichkeit für den Versicherer, sich für diesen Fall die Zahlung einer angemessenen Konventionalstrafe (Geschäftsgebühr) auszubedingen (§ 1336 ABGB), bleibt unberührt.

§ 51

- (1) Wenn die Versicherungssumme den Wert des versicherten Interesses (Versicherungswert) erheblich übersteigt, kann sowohl der Versicherer als auch der Versicherungsnehmer verlangen, dass zur Beseitigung der Überversicherung die Versicherungssumme unter verhältnismäßiger Minderung der Prämie mit sofortiger Wirkung herabgesetzt wird.
- (2) Ist die Überversicherung durch ein Kriegereignis oder durch eine behördliche Maßnahme aus Anlass eines Krieges verursacht oder ist sie die unvermeidliche Folge eines Krieges, so kann der Versicherungsnehmer das Verlangen nach Absatz 1 mit Wirkung vom Eintritt der Überversicherung ab stellen.
- (3) In den Fällen der Absatz 1 und 2 sind die dem Versicherungsnehmer zurückzuerstattenden Prämienteile erst am Schluss der Versicherungsperiode zu zahlen.
- (4) Schließt der Versicherungsnehmer den Vertrag in der Absicht ab, sich aus der Überversicherung einen rechtswidrigen Vermögensvorteil zu verschaffen, so ist der Vertrag nichtig.
- (5) Das Recht des Versicherungsnehmers, den Vertrag wegen Irrtums anzufechten, bleibt unberührt.

§ 55

Der Versicherer ist, auch wenn die Versicherungssumme höher ist als der Versicherungswert zur Zeit des Eintritts des Versicherungsfalles, nicht verpflichtet, dem Versicherungsnehmer mehr als den Betrag des Schadens zu ersetzen.

§ 57

Der Versicherungswert kann durch Vereinbarung auf einen bestimmten Betrag (Taxe) festgesetzt werden. Die Taxe gilt auch als der Wert, den das versicherte Interesse zur Zeit des Eintritts des Versicherungsfalles hat, es sei denn, dass sie den wirklichen Versicherungswert in diesem Zeitpunkt erheblich übersteigt. Ist die Versicherungssumme niedriger als die Taxe, so haftet der Versicherer, auch wenn die Taxe den Versicherungswert erheblich übersteigt, für den Schaden nur nach dem Verhältnis der Versicherungssumme zur Taxe.

§ 59

- (1) Ist ein Interesse gegen dieselbe Gefahr bei mehreren Versicherern versichert und übersteigen die Versicherungssumme zusammen den Versicherungswert oder übersteigt aus anderen Gründen die Summe der Entschädigungen, die von jedem einzelnen Versicherer ohne Bestehen der anderen Versicherung zu zahlen wäre, den Gesamtschaden (Doppelversicherung), so sind die Versicherer in der Weise zur ungeteilten Hand verpflichtet, dass dem Versicherungsnehmer jeder Versicherer für den Betrag haftet, dessen Zahlung ihm nach seinem Vertrag obliegt, der Versicherungsnehmer aber im ganzen nicht mehr als den Betrag des Schadens verlangen kann.
- (2) Die Versicherer sind nach Maßgabe der Beträge, deren Zahlung ihnen dem Versicherungsnehmer gegenüber vertragsmäßig obliegt, untereinander zum Ersatz verpflichtet. Ist auf einer Versicherung ausländisches Recht anzuwenden, so kann der Versicherer, für den das ausländische Recht gilt, vom anderen Versicherer nur dann Ersatz verlangen, wenn er selbst nach dem für ihn maßgebenden Recht zum Ersatz verpflichtet ist.
- (3) Hat der Versicherungsnehmer eine Doppelversicherung in der Absicht genommen, sich dadurch einen rechtswidrigen Vermögensvorteil zu verschaffen, so ist jeder in dieser Absicht geschlossenen Vertrag nichtig.

§ 60

- (1) Hat der Versicherungsnehmer den Vertrag, durch welchen die Doppelversicherung entstanden ist, ohne Kenntnis von dem Entstehen der Doppelversicherung abgeschlossen, so kann er verlangen, dass der später abgeschlossenen Vertrag aufgehoben oder die Versicherungssumme, unter verhältnismäßiger Minderung durch die frühere Versicherung nicht gedeckt ist.
- (2) Das gleiche gilt, wenn die Doppelversicherung dadurch entstanden ist, dass nach Abschluss der mehreren Versicherungsverträge der Versicherungswert gesunken ist. Sind jedoch in diesem Fall die mehreren Versicherungsverträge gleichzeitig oder im Einvernehmen der Versicherer abgeschlossen worden, so kann der Versicherungsnehmer nur die verhältnismäßige Herabsetzung der Versicherungssummen und der Prämie verlangen.
- (3) Die Aufhebung oder Herabsetzung wird erst mit dem Ablauf der Versicherungsperiode wirksam, in der sie verlangt wird. Das Recht, die Aufhebung oder die Herabsetzung zu verlangen, erlischt, wenn der Versicherungsnehmer es nicht unverzüglich geltend macht, nachdem er von der Doppelversicherung Kenntnis erlangt hat.

§ 61

Der Versicherer ist von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Versicherungsnehmer den Versicherungsfall vorsätzlich oder durch grobe Fahrlässigkeit herbeiführt.

§ 62

- (1) Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, beim Eintritt des Versicherungsfalles nach Möglichkeit für die Abwendung und Minderung des Schadens zu sorgen und dabei die Weisungen des Versicherers zu befolgen; er hat, wenn die Umstände es gestatten, solche Weisungen einzuholen. Sind mehrere Versicherer beteiligt und haben diese entgegenstehende Weisungen gegeben, so hat der Versicherungsnehmer nach eigenem pflichtgemäßen Ermessen zu handeln.
- (2) Hat der Versicherungsnehmer diese Verpflichtungen verletzt, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, es sei denn, dass die Verletzung weder auf Vorsatz noch auf grobe Fahrlässigkeit beruht. Bei grobfahrlässiger Verletzung bleibt der Versicherer zur Leistung insoweit verpflichtet, als der

Umfang des Schadens auch bei gehöriger Erfüllung der Verpflichtungen nicht geringer gewesen wäre.

§ 64

- (1) Eine Vereinbarung, dass einzelne Voraussetzungen des Anspruchs aus der Versicherung oder die Höhe des Schadens in einem Schiedsgutachterverfahren durch Sachverständige festgestellt werden sollen, ist nur wirksam, wenn vorgesehen ist, dass der Sachverständige oder die Sachverständigen von einem unbeteiligten Dritten oder jeweils in gleicher Anzahl vom Versicherer und vom Versicherungsnehmer namhaft gemacht werden, wobei vorgesehen werden kann, dass diese Sachverständigen oder ein unbeteiligter Dritter einen Vorsitzenden zu bestimmen haben.
- (2) Die von dem oder den Sachverständigen getroffene Feststellung ist 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.
- (3) Sind nach dem Vertrag die Sachverständigen vom Gericht zu bestellen, so ist für die Bestellung das Bezirksgericht zuständig, in dessen Sprengel der Schaden entstanden ist. Durch eine ausdrückliche Vereinbarung der Beteiligten kann die Zuständigkeit eines anderen Bezirksgerichtes begründet werden. Der Beschluss, durch den dem Antrag auf Bestellung der Sachverständigen stattgegeben wird, ist nicht anfechtbar.
- (4) Eine Vereinbarung, die von der Vorschrift des Abs. 1 Satz 1 abweicht, ist nichtig.

§ 68

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

§ 178I

Der Versicherer ist von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Versicherungsnehmer oder der Versicherte seine Krankheit oder seinen Unfall vorsätzlich herbeigeführt hat. Hat der Versicherungsnehmer die Krankheit oder den Unfall eines Versicherten vorsätzlich herbeigeführt, so bleibt der Versicherer diesem gegenüber zur Leistung verpflichtet, der Schadenersatzanspruch des Versicherten an den Versicherungsnehmer geht jedoch in sinngemäßer Anwendung des § 67 auf den Versicherer über.

§ 181

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