



American Express Male Protect Versicherungsbedingungen und Verbraucherinformationen

Einleitung

Sie als American Express-Karteninhaber sind Versicherungsnehmer und damit Vertragspartner von ACE European Group Limited.

Versicherte Person können Sie und/oder Ihre Familienangehörigen sein, sofern sie bei Antragstellung das 18. Lebensjahr vollendet und das 65. Lebensjahr nicht vollendet haben. Die versicherten Personen ergeben sich aus dem Antrag und/oder der Police.

Anspruchsberechtigter (Begünstigter, Bezugsberechtigter) ist die Person, die für den Empfang der Leistung benannt ist.

Wir, die ACE European Group Limited, als Versicherer erbringen die vertraglich vereinbarten Leistungen.

Inhaltsverzeichnis

American Express Male Protect Unfallversicherungs- Bedingungen

Versicherungsschutz

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

Versicherungsleistungen

- 7 Dauernde Invalidität
- 8 Spitalgeld
- 9 Kinderlähmung, FSME
- 10 Zusatzleistung
- 11 Fälligkeit unserer Leistung und Verjährung
- 12 Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten (Ärztelkommission)

Begrenzungen des Versicherungsschutzes

- 13 Unversicherbare Personen
- 14 Unversicherbare Berufe / Beschäftigungen
- 15 Ausschlüsse
- 16 Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes

Pflichten des Versicherungsnehmers

- 17 Prämie
- 18 Obliegenheiten

Sonstige Vertragsbestimmungen

- 19 Versicherungsperiode, Vertragsdauer
- 20 Kündigung, Erlöschen, Ruhen des Vertrages
- 21 Rechtsstellung der am Vertrag beteiligten Personen
- 22 Gerichtsstand
- 23 Form der Erklärungen / Änderung Ihrer Anschrift
- 24 Geltendes Recht

Verbraucherinformationen

- 25 Wer ist für Ihre Beschwerden zuständig?
- 26 Rücktrittsrecht
- 27 Was gilt für den Datenschutz?

Besondere Bedingungen für den Einschluss von männerspezifischen Krebserkrankungen in die Unfallversicherung

- 1 Was ist versichert?
- 2 Welche Leistungsarten sind vereinbart?
- 3 Ausschlüsse

Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz 1958 idF BGBl. Nr. 509/1994

American Express Male Protect Unfallversicherungs-Bedingungen

Versicherungsschutz

1 Gegenstand der Versicherung

Wir bieten Versicherungsschutz, wenn der versicherten Person ein Unfall zustößt.

Die Leistungen, die versichert sind, ergeben sich aus dem Abschnitt „Versicherungsleistungen“. Aus der Polizze ist ersichtlich, welche Versicherungssummen von Ihnen mit uns vereinbart sind.

2 Versicherungsfall

Versicherungsfall ist der Eintritt eines Unfalles.

3 Örtlicher Geltungsbereich

Die Versicherung gilt auf der ganzen Erde.

4 Zeitlicher Geltungsbereich

Versichert sind Unfälle, die während der Wirksamkeit des Versicherungsschutzes eingetreten sind.

5 Beginn des Versicherungsschutzes, vorläufige Deckung

5.1 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz wird mit der Einlösung der Polizze (Artikel 17, Prämie), jedoch nicht vor dem vereinbarten Versicherungsbeginn wirksam. Wird die erste oder die einmalige Prämie erst danach eingefordert, dann aber binnen 14 Tagen oder ohne schuldhaften Verzug gezahlt, ist der Versicherungsschutz ab dem vereinbarten Versicherungsbeginn gegeben.

5.2 Vorläufige Deckung

Soll der Versicherungsschutz schon vor Einlösung der Polizze beginnen (vorläufige Deckung), ist die ausdrückliche Zusage der vorläufigen Deckung durch uns erforderlich.

Ist eine vorläufige Deckung vereinbart, endet diese mit Aushändigung der Polizze.

Uns steht in diesem Fall die auf die Zeit des Versicherungsschutzes entfallende anteilige Prämie zu.

6 Begriff des Unfalles

6.1 Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

6.2 Als Unfall gelten auch folgende Ereignisse:

- Verrenkungen von Gliedern sowie
- Zerrungen und Zerreißen von an Gliedmaßen und an der Wirbelsäule befindlichen Muskeln, Sehnen, Bändern und Kapseln sowie

- Meniskusverletzungen.

Hinsichtlich krankhaft abnützungsbedingter Einflüsse findet insbesondere Artikel 16.3 (Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes) Anwendung.

6.2.1

Krankheiten gelten nicht als Unfälle, übertragbare Krankheiten auch nicht als Unfallfolgen.

Dies gilt nicht für Kinderlähmung und die durch Zeckenbiss übertragende Frühsommer-Meningoencephalitis im Rahmen von Artikel 9 sowie für Wundstarrkrampf und Tollwut.

Andere Infektionen bleiben ausgeschlossen, auch wenn sie durch Insektenstiche oder -bisse oder durch sonstige geringfügige Haut- oder Schleimhautverletzungen verursacht wurden, durch die Krankheitserreger sofort oder später in den Körper gelangten.

6.2.2

Der Versicherungsschutz gilt auch für Unfälle, die die versicherte Person als Fluggast in motorischen Luftfahrzeugen erleidet.

Als Fluggast gilt, wer weder mit dem Betrieb des Luftfahrzeuges in ursächlichem Zusammenhang steht oder Besatzungsmitglied ist.

Versicherungsleistungen

7 Dauernde Invalidität

7.1 Voraussetzungen für die Leistung:

7.1.1

Die versicherte Person ist durch den Unfall auf Dauer in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt.

Die Invalidität ist innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten und von einem Arzt schriftlich festgestellt und bei uns geltend gemacht worden.

7.1.2

Kein Anspruch auf Invaliditätsleistung besteht, wenn die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall stirbt.

7.2 Art und Höhe der Leistung:

7.2.1

Die Invaliditätsleistung zahlen wir als Kapitalbetrag.

7.2.2

Bei völligem Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane gelten ausschließlich 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	35%
sofern die Sehkraft des anderen Auges vor dem Unfall bereits verloren war	65%
des Gehörs beider Ohren	60%
des Gehörs eines Ohres	15%
sofern jedoch das Gehör des anderen Ohres vor dem Unfall bereits verloren war	45%
des Geruchssinnes	10%
des Geschmacksinnes	5%
der Milz	10%
der Niere	20%

Wenn bereits die zweite Niere vor dem Unfall oder als Unfallfolge beeinträchtigt ist, ist Artikel 7.3 (Dauernde Invalidität) anzuwenden.

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

7.3 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 gemindert.

7.4 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.

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

7.6 Steht der Grad der dauernden Invalidität nicht eindeutig fest, sind sowohl die versicherte Person als auch wir berechtigt, den Invaliditätsgrad jährlich bis 4 Jahre ab dem Unfalltag ärztlich neu bemessen zu lassen.

Ergibt die endgültige Bemessung des Invaliditätsgrades eine höhere Leistung als wir bereits erbracht haben, ist der Mehrbetrag mit 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz der EZB jährlich zu verzinsen.

7.7

Stirbt die versicherte Person

- aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach dem Unfall oder
- gleichgültig, aus welcher Ursache, später als ein Jahr nach dem Unfall,

und war ein Anspruch auf Invaliditätsleistung entstanden, leisten wir nach dem Invaliditätsgrad, mit dem aufgrund der ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

8

Spitalgeld

8.1

Spitalgeld wird für jeden Kalendertag, an dem sich die versicherte Person wegen eines Versicherungsfalles in medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung befindet, längstens für 730 Tage innerhalb von 4 Jahren ab dem Unfalltag gezahlt.

8.2

Als Spitäler gelten Krankenanstalten und Sanatorien, die sanitätsbehördlich genehmigt sind, unter ständiger ärztlicher Leitung und Betreuung stehen und sich nicht auf die Anwendung bestimmter Behandlungsmethoden beschränken, sowie Rehabilitationszentren der Sozialversicherungsträger, Werksspitäler und Krankenreviere der Exekutive.

8.3

Nicht als Spitäler gelten z.B. Heil- und Pflegeanstalten für Lungenkranke sowie für unheilbar chronisch Erkrankte, Erholungs- und Genesungsheime, Altersheime und deren Krankenabteilungen sowie Kuranstalten, ferner Heil- und Pflegeanstalten für Nerven- und Geisteskranke.

9

Kinderlähmung, FSME

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf die Folgen der Kinderlähmung und der durch Zeckenbiss übertragenen Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME), wenn die Erkrankung serologisch festgestellt und frühestens 15 Tage nach Beginn, jedoch spätestens 15 Tage nach Erlöschen der Versicherung zum Ausbruch kommt.

Als Krankheitsbeginn (Zeitpunkt des Versicherungsfalles) gilt der Tag, an dem erstmals ein Arzt wegen der als Kinderlähmung oder FSME diagnostizierter Krankheit konsultiert wurde.

Eine Leistung wird von uns nur für dauernde Invalidität erbracht.

10

Zusatzleistung

Wir übernehmen die erforderlichen Kosten, die durch Erfüllung der in Artikel 18.2 bestimmten Obliegenheiten entstehen. Ausgenommen bleiben davon Kosten nach Artikel 18.2.4.

11

Fälligkeit unserer Leistung und Verjährung

11.1

Wir sind verpflichtet, innerhalb eines Monats, bei Ansprüchen auf Leistung für dauernde Invalidität innerhalb dreier Monate, zu

erklären, ob und in welcher Höhe wir eine Leistungspflicht anerkennen.

Die Fristen beginnen mit dem Eingang der Unterlagen, die der Anspruchsberechtigte zur Feststellung des Unfallherganges und der Unfallfolgen und über den Abschluss des Heilverfahrens uns vorzulegen hat.

- 11.2** Steht die Leistungspflicht dem Grunde und der Höhe nach fest, ist die Leistung fällig.

Die Fälligkeit der Leistung tritt jedoch unabhängig davon ein, wenn der Anspruchsberechtigte nach Ablauf zweier Monate seit dem Begehren nach einer Geldleistung eine Erklärung von uns verlangt, aus welchen Gründen die Erhebungen noch nicht beendet werden konnten, und wir diesem Verlangen nicht binnen eines Monats entsprechen.

- 11.3** Steht die Leistungspflicht nur dem Grunde nach fest, kann der Anspruchsberechtigte von uns Vorschüsse bis zu der Höhe des Betrages verlangen, den wir nach Lage der Sache mindestens zu zahlen haben werden.

- 11.4** Für die Verjährung gilt § 12 VersVG.

12 Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten (Ärztelkommission)

- 12.1** Im Fall von Meinungsverschiedenheiten über Art und Umfang der Unfallfolgen oder darüber, in welchem Umfang die eingetretene Beeinträchtigung auf den Versicherungsfall zurückzuführen ist, ferner über die Beeinflussung der Unfallfolgen durch Krankheiten oder Gebrechen sowie im Falle des Artikel 7.6 (Dauernde Invalidität) entscheidet die Ärztelkommission.

- 12.2** In den nach Artikel 12.1 der Ärztelkommission zur Entscheidung vorbehaltenen Meinungsverschiedenheiten kann der Anspruchsberechtigte innerhalb von 6 Monaten nach Zugang unserer Erklärung Widerspruch erheben und mit Vorlage eines medizinischen Gutachtens unter Bekanntgabe seiner Forderung gemäß Artikel 11.1 (Fälligkeit unserer Leistung) die Entscheidung der Ärztelkommission beantragen.

- 12.3** Das Recht, die Entscheidung der Ärztelkommission zu beantragen, steht auch uns zu.

- 12.4** Für die Ärztelkommission bestimmen wir und der Anspruchsberechtigte je einen in der österreichischen Ärzteliste eingetragenen Arzt mit ius practicandi (Recht zur Berufsausübung). Wenn einer der beiden Parteien innerhalb zweier Wochen nach schriftlicher Aufforderung keinen Arzt benennt, wird dieser von der österreichischen Ärztekammer als Obmann 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 Obmanns nicht, wird ein für den Versicherungsfall zuständiger medizinischer Sachverständiger durch die österreichische Ärztekammer als Obmann bestellt.

- 12.5** 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.

- 12.6** Die Ärztelkommission hat über ihre Tätigkeit Protokoll zu führen; in diesem ist die Entscheidung schriftlich 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.

- 12.7** Die Kosten der Ärztelkommission werden von ihr festgesetzt und sind im Verhältnis des Obsiegens der beiden Parteien zu tragen. Im Falle des Artikel 7.6 trägt die Kosten, wer die Neufeststellung verlangt hat.

Der Anteil der Kosten, den der Anspruchsberechtigte zu tragen hat, ist mit 1 % der für Invalidität versicherten Summe, höchstens jedoch mit 25 % des strittigen Betrages begrenzt.

Begrenzungen des Versicherungsschutzes

13 Unversicherbare Personen

- 13.1** Unversicherbar und jedenfalls nicht versichert sind Personen, die dauernd vollständig arbeitsunfähig oder von schwerem Nervenleiden befallen sind, sowie Geistesranke.

Vollständige Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn der versicherten Person infolge Krankheit oder Gebrechen nach medizinischen Gesichtspunkten die Ausübung einer Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann und auch tatsächlich keine Erwerbstätigkeit vorliegt.

- 13.2** Hinsichtlich einer unversicherbaren Person kommt ein Versicherungsvertrag nicht zustande.
- Wenn die versicherte Person während der Laufzeit des Versicherungsvertrages unversicherbar geworden ist, erlischt der Versicherungsschutz. Gleichzeitig endet der Vertrag für diese versicherte Person.
- 14 Unversicherbare Berufe / Beschäftigungen**
- 14.1** Unversicherbar sind
- Artisten, Stuntmen, Tierbändiger,
 - im Bergbau unter Tage Tätige,
 - Spreng- und Räumungspersonal sowie Munitionssuchtrupps,
 - Berufstaucher,
 - Berufs-, Vertrags- und Lizenzsportler (auch Rennfahrer und Rennreiter).
- 14.2** Ergreift eine versicherte Person nach Beginn des Versicherungsschutzes eine(n) der obengenannten Berufe / Beschäftigungen,
- 14.2.1** entfällt der Versicherungsschutz für diesen Beruf / diese Beschäftigung zwei Monate nach dem Ergreifen;
- 14.2.2** haben Sie uns diese Änderung unverzüglich mitzuteilen;
- 14.2.3** läuft der Vertrag bei gleichbleibender Prämie mit um 25% erhöhten Versicherungssummen für alle außerberuflichen Unfälle und nicht ausgeschlossenen Beschäftigungen weiter.
- 15 Ausschlüsse**
- Ausgeschlossen von der Versicherung sind Unfälle
- 15.1** bei der Benützung von Luftfahrtgeräten und bei Fallschirmabsprüngen sowie bei der Benützung von Luftfahrzeugen, soweit sie nicht unter die Bestimmungen des Artikels 6.2.2 fällt;
- 15.2** die bei Beteiligung an motorsportlichen Wettbewerben (auch Wertungsfahrten und Rallyes) und den dazugehörigen Trainingsfahrten entstehen;
- 15.3** bei der Teilname an Landes-, Bundes- oder internationalen Wettbewerben auf dem Gebiet des nordischen und alpinen Schisports, des Snowboardens sowie Freestyleing, Bob-, Skibob-, Skeletonfahrens oder Rodeln sowie am offiziellen Training für diese Veranstaltungen;
- 15.4** die beim Versuch oder der Begehung gerichtlich strafbarer Handlungen durch die versicherte Person eintreten, für die Vorsatz Tatbestandsmerkmal ist;
- 15.5** die unmittelbar oder mittelbar mit Kriegsereignissen jeder Art zusammenhängen;
- 15.6** durch innere Unruhen, wenn die versicherte Person daran auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;
- 15.7** die mittelbar oder unmittelbar
- durch jegliche Einwirkung von Nuklearwaffen, chemischen oder biologischen Waffen,
 - durch Kernenergie,
 - oder durch den Einfluss ionisierender strahlen im Sinne der jeweils geltenden Fassung des Strahlenschutzgesetzes, außer jene, die durch Heilbehandlungen aufgrund eines Versicherungsfalles veranlasst waren,
- verursacht werden;
- 15.8** die die versicherte Person infolge einer Geistes- oder Bewusstseinsstörung sowie durch epileptische oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen, oder einer wesentlichen Beeinträchtigung ihrer psychischen Leistungsfähigkeit durch Alkohol, Suchtgifte oder Medikamente erleidet;
- Unfälle infolge von Herzinfarkt und Schlaganfall gelten dagegen als mitversichert.
- 15.9** durch Gesundheitsschäden bei Heilmaßnahmen oder Eingriffen am Körper der versicherten Person.
- Versicherungsschutz besteht jedoch,
- wenn die Heilmaßnahmen oder Eingriffe durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall veranlasst waren;
 - für gewaltsame Eingriffe durch Dritte.
- 16 Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes**
- Eine Versicherungsleistung wird nur für die durch den eingetretenen Unfall hervorgerufenen Folgen (körperliche Schädigung) erbracht.
- Darüber hinausgehend gilt:
- 16.1** 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 Artikel 7.2 & 7.3 bemessen.
- 16.2 Mitwirken von Krankheiten oder Gebrechen**
- Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch ein Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung (insbesondere solche Verletzungen, die durch krankhaft abnutzungsbedingte Einflüsse verursacht oder mitverursacht worden sind) oder deren Folgen mitgewirkt, mindert sich
- im Falle einer Invalidität der Prozentsatz des Invaliditätsgrades,

- ansonsten die Leistung

entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens, sofern dieser Anteil mindesten 25 % beträgt.

- 16.3** Für Gesundheitsschädigungen, die aufgrund akuter Mängeldurchblutung des Herzmuskels entstanden sind (z.B. Herzinfarkt), wird nur dann eine Leistung erbracht, wenn ein überwiegender Kausalzusammenhang mit einer unmittelbaren Verletzung der betreffenden Koronararterie besteht und diese Verletzung durch eine direkte mechanische Einwirkung von außen auf den Brustkorb verursacht worden ist.
- Blutungen aus sonstigen inneren Organen und Gehirnblutungen sind nur versichert, wenn ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis nach Artikel 6.1 die überwiegende Ursache ist.
- 16.4** Für organisch bedingte Störungen des Nervensystems wird eine Leistung von uns nur erbracht, wenn und soweit diese Störung auf eine durch den Unfall verursachte organische Schädigung zurückzuführen ist.
- Seelische Fehlhaltungen (Neurosen, Psychoneurosen) gelten nicht als Unfallfolgen.
- 16.5** Bei Bandscheibenhernien wird eine Leistung nur erbracht, wenn sie durch direkt mechanische Einwirkung auf die Wirbelsäule entstanden sind und es sich nicht um eine Verschlimmerung von vor dem Unfall bestanden Krankheitserscheinungen handelt.
- 16.6** 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

17 Prämie

17.1 Prämieinzug

- 17.1.1** Die Prämienzahlung erfolgt automatisch über Ihre Kreditkarte oder per Lastschrift.
- 17.1.2** Bei Beendigung Ihres angegebenen Kreditkartenvertrages bzw. Ihrer angegebenen Kontoverbindung sind Sie verpflichtet, uns unverzüglich, spätestens zur nächsten Monatsfälligkeit, eine andere Kreditkarte oder Kontoverbindung mitzuteilen, von der wir die Prämien abbuchen können.

17.2 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung

- 17.2.1 Erste Prämie**
- Die erste Prämie einschließlich Gebühren und Versicherungssteuer wird sofort nach Abschluss des Versicherungsvertrages (Zugang der Polizze

oder einer gesonderten Antragsannahmeerklärung) fällig (Einlösung der Polizze).

Die Zahlung gilt als rechtzeitig, wenn die Prämie von uns eingezogen werden kann und Sie einer berechtigten Einziehung nicht widersprechen.

17.2.2 Folgeprämien

Die Folgeprämien einschließlich Gebühren und Versicherungssteuer sind jeweils monatlich zum Fälligkeitstermin zu entrichten.

Die Zahlung gilt als rechtzeitig, wenn die Prämie zu dem in der Polizze angegebenen Fälligkeitstermin eingezogen werden kann und Sie einer berechtigten Einziehung nicht widersprechen.

Konnte die fällige Prämie ohne Ihr Verschulden von uns nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn wir den Einzug zu einem späteren Zeitpunkt erneut vornehmen können.

17.2.3 Folgen nicht rechtzeitiger Prämienzahlung

Für die Folgen nicht rechtzeitiger Prämienzahlung gelten die §§ 38 ff VersVG (Prämienzahlungsverzug).

18 Obliegenheiten

18.1 Obliegenheiten vor Eintritt des Versicherungsfalles

Als Obliegenheit, deren Verletzung unsere Leistungsfreiheit gemäß § 6 Abs. 2 VersVG, (Obliegenheitsverletzung) bewirkt, wird bestimmt, dass die versicherte Person als Lenker eines Kraftfahrzeuges die jeweilige kraftfahrrechtliche Berechtigung, die zum Lenken dieses oder eines typengleichen Kraftfahrzeuges erforderlich wäre, besitzt; dies gilt auch dann, wenn dieses Fahrzeug nicht auf Straßen mit öffentlichem Verkehr gelenkt wird.

18.2 Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalles

Als Obliegenheiten, deren Verletzung unsere Leistungsfreiheit gemäß § 6 Abs. 3 VersVG (Obliegenheitsverletzung) bewirkt, werden bestimmt:

- 18.2.1** Ein Unfall ist uns unverzüglich, spätestens innerhalb einer Woche, schriftlich anzuzeigen.
- 18.2.2** Ein Todesfall ist uns innerhalb von 3 Tagen anzuzeigen, und zwar auch dann, wenn der Unfall bereits gemeldet ist.
- 18.2.3** Uns ist das Recht einzuräumen, die Leiche durch Ärzte obduzieren und nötigenfalls exhumieren zu lassen.
- 18.2.4** Nach dem Unfall ist unverzüglich ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen und die ärztliche Behandlung bis zum Abschluss des Heilverfahrens fortzusetzen; ebenso ist für eine angemessene Krankenpflege und nach

Möglichkeit für die Abwendung und Minderung der Unfallfolgen zu sorgen.

- 18.2.5 Die von uns übersandte Unfallanzeige ist wahrheitsgemäß auszufüllen und uns unverzüglich zuzusenden. Außerdem sind uns alle verlangten sachdienlichen Auskünfte zu erteilen.
- 18.2.6 Der behandelnde Arzt oder die behandelnde Krankenanstalt sowie diejenigen Ärzte oder Krankenanstalten, von denen der Versicherte aus anderen Anlässen behandelt oder untersucht worden ist, sind zu ermächtigen und aufzufordern, die von uns verlangten Auskünfte zu erteilen und Berichte zu liefern. Ist der Unfall einem Sozialversicherer gemeldet, so ist auch dieser im vorstehenden Sinne zu ermächtigen.
- 18.2.7 Die mit dem Unfall befassten Behörden sind zu ermächtigen und zu veranlassen, die von uns verlangten Auskünfte zu erteilen.
- 18.2.8 Wir können verlangen, dass sich die versicherte Person durch die von uns bezeichneten Ärzte untersuchen lässt.
- 18.2.9 Ist versicherte Person in ein Spital (Artikel 8.2) eingewiesen, so ist uns nach der Entlassung aus dem Spital eine Aufenthaltsbestätigung der Spitalverwaltung zuzusenden.

Sonstige Vertragsbestimmungen

19 Versicherungsperiode, Vertragsdauer

19.1 Versicherungsperiode

Als Versicherungsperiode gilt der Zeitraum eines Monats.

19.2 Vertragsdauer

Der Vertrag verlängert sich jeweils um einen weiteren Monat, wenn nicht Ihnen oder uns spätestens ein Monat vor dem nächsten Fälligkeitstermin eine Kündigung zugegangen ist.

19.3 Weiterführung bei Beendigung des Kartenvertrages mit American Express

Erlischt Ihr Vertrag mit American Express, bleibt Ihr Versicherungsschutz unverändert bestehen. Auf Artikel 17.1.2 und 23 weisen wir hin.

19.4 Ende der Versicherung

Der Versicherungsvertrag endet automatisch mit Vollendung des 65. Lebensjahres der versicherten Person, ohne dass es einer Kündigung bedarf.

20 Kündigung, Erlöschen, Ruhen des Vertrages

20.1 Kündigung nach Eintritt des Versicherungsfalles

- 20.1.1 Nach Eintritt des Versicherungsfalles können sie kündigen, wenn wir einen gerechtfertigten Anspruch auf die Versicherungsleistung ablehnen oder ihre Anerkennung verzögern.

In diesen Fällen ist die Kündigung innerhalb eines Monats

- nach Ablehnung des gerechtfertigten Anspruches auf die Versicherungsleistung;
- nach Rechtskraft des Urteiles im Falle eines Rechtsstreites vor Gericht;
- nach Zustellung der Entscheidung der Ärztekommision (Artikel 12);
- nach Fälligkeit der Versicherungsleistung bei Verzögerung der Anerkennung (Artikel 11).

von Ihnen vorzunehmen.

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

- 20.1.2 Nach Eintritt des Versicherungsfalles können wir kündigen, wenn wir den Anspruch auf die Versicherungsleistung dem Grunde nach anerkannt oder die Versicherungsleistung erbracht haben, oder wenn Sie einen Anspruch auf Versicherungsleistung arglistig erhoben haben.

Die Kündigung ist innerhalb eines Monats

- nach Anerkennung dem Grunde nach;
- nach erbrachter Versicherungsleistung;
- nach Ablehnung des arglistig erhobenen Anspruches auf Versicherungsleistung

von uns vorzunehmen.

Die Kündigung kann nur unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist erfolgen.

Falls Sie einen Anspruch arglistig erhoben haben, können wir mit sofortiger Wirkung kündigen.

- 20.1.3 Uns steht die bis zur Vertragsauflösung anteilige Prämie zu.

20.2 Erlischt der Vertrag, weil die versicherte Person gestorben oder unversicherbar geworden ist (Artikel 13), so steht uns die bis zur Vertragsauflösung anteilige Prämie zu.

- 20.3 Haben wir mit Rücksicht auf die Vertragslaufzeit eine Ermäßigung der Prämie vereinbart, so können wir bei einer vorzeitigen Auflösung des Vertrages die Nachzahlung des Betrages fordern, um den die Prämie höher bemessen worden wäre, wenn der Vertrag nur für den Zeitraum geschlossen worden wäre, während dessen er tatsächlich bestanden hat.

20.4 Ruhen des Versicherungsschutzes bei militärischen Einsätzen

Der Versicherungsschutz tritt für die versicherte Person außer Kraft, sobald sie Dienst in einer militärischen oder ähnlichen Formation leistet, die an einem Krieg oder kriegsmäßigen Einsatz zwischen den Ländern China, Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Japan, Österreich, Russland oder USA beteiligt ist. Der Versicherungsschutz lebt wieder auf, sobald uns Ihre Anzeige über die Beendigung des Dienstes zugegangen ist.

21 Rechtsstellung der am Vertrag beteiligten Personen

21.1 Die Unfallversicherung kann gegen Unfälle, die Ihnen oder gegen Unfälle, die einem anderen zustoßen, genommen werden.

Eine Versicherung gegen Unfälle, die einem anderen zustoßen, gilt im Zweifel als für Rechnung des anderen genommen. Die Vorschriften der §§ 75 ff VersVG, Versicherung für fremde Rechnung, sind mit der Maßgabe anzuwenden, dass die Ausübung der Rechte aus dem Versicherungsvertrag ausschließlich Ihnen zusteht.

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

21.2 Alle für Sie getroffenen Bestimmungen gelten sinngemäß auch für die versicherte Person und jene Personen, die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag gelten machen.

21.3 Diese Personen sind neben Ihnen für die Erfüllung der Obliegenheiten, der Schadenminderungs- und Rettungspflicht verantwortlich.

22 Gerichtsstand

22.1 Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach dem für unseren Sitz oder unserer für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung.

Hat ein selbständiger Vermittler am Zustandekommen des Vertrages mitgewirkt, ist auch das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Vermittler zur Zeit der Vermittlung oder des Abschlusses seine gewerbliche Niederlassung oder – bei Fehlen einer gewerblichen Niederlassung – seinen Wohnsitz hatte.

22.2 Wir können Klagen gegen Sie bei dem für Ihren Wohnsitz zuständigen Gericht erheben.

23 Form der Erklärungen / Änderung Ihrer Anschrift

23.1 Alle Mitteilungen und Erklärungen sind nur in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) verbindlich.

Sie sollen an unsere Hauptverwaltung / Direktion gerichtet werden.

23.2 Haben Sie uns eine Änderung Ihrer Anschrift nicht mitgeteilt, genügt für eine Willenserklärung, die Ihnen gegenüber abzugeben ist, die Absendung eines eingeschriebenen Briefes an die letzte uns bekannte Anschrift. Die Erklärung wird zu dem Zeitpunkt wirksam, in dem sie Ihnen ohne die Anschriftenänderung bei regelmäßiger Beförderung zugegangen sein würde.

24 Geltendes Recht

Für diesen Vertrag gilt österreichisches Recht.

Verbraucherinformationen

25 Wer ist für Ihre Beschwerden zuständig?

25.1 Aufsichtsbehörde

Die für Beschwerden zuständige Aufsichtsbehörde ist das

Bundesministerium für Finanzen
Abteilung Finanzmarktaufsicht
Prater Straße 23
A-1020 Wien

26 Rücktrittsrecht

Gemäß § 8 FernFinG steht Ihnen das Recht zu, binnen 14 Tagen ab dem Erhalt der Vertragsbedingungen und Vertriebsinformationen vom Vertrag oder Ihrer Vertragserklärung zurückzutreten. Die Frist ist gewahrt, wenn der Rücktritt schriftlich oder auf einem anderen, dem Empfänger zur Verfügung stehenden und zugänglichen dauerhaften Datenträger erklärt und vor Ablauf der Frist abgesendet wird.

Die Rücktrittserklärung ist an ACE European Group Limited, Direktion für Österreich, Postfach 9000, 1103 Wien, zu senden. Sofern Sie keinen Rücktritt erklären, bleibt der abgeschlossene Vertrag in Kraft.

27

Was gilt für den Datenschutz?

Die Versicherer übermitteln ggf. und im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Antragsunterlagen oder der Vertragsdurchführung (Beiträge, Versicherungsfälle, Risiko-/Vertragsänderungen) ergeben,

- im Rahmen des "Zentralen Informationssystems – ZIS" des Verbandes der Versicherungsunternehmen Österreichs (Informationsverbundsystem iSd § 4 Z 13 Datenschutzgesetz 2000) an andere in Österreich betreibende Versicherungsunternehmen
- an Rückversicherer zur Beurteilung des Risikos und zur Abwicklung der Rückversicherung
- an ihren Fachverband
- an andere Versicherer zur Beurteilung des Risikos und der Ansprüche.

Diese Versicherer führen ggf. und soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung ihrer Versicherungsangelegenheiten dient, allgemeine Vertrags-, Abrechnungs- und Leistungsdaten in gemeinsame Datensammlungen ihrer Versicherungsgruppe.

Auf Wunsch senden wir Ihnen zusätzliche Informationen zur Datenübermittlung zu.

Zur Beurteilung und Erfüllung von Ansprüchen aus dem Versicherungsvertrag ziehen wir alle erforderlich erachteten Erkundigungen über frühere, bestehende und bis zum Ende des Versicherungsschutzes eintretende Krankheiten, Unfallfolgen und Gebrechen sowie über beantragte, bestehende oder beendete Personenversicherungen bei Dritten (Ärzten, Krankenanstalten, sonstigen Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge, Sozialversicherungsträgern, Versicherungsunternehmen, sonstigen Versicherungseinrichtungen, Behörden etc.) ein und bewahren diese abrufbar auf.

Besondere Bedingungen für den Einschluss von männerspezifischen Krebserkrankungen in die Unfallversicherung

Die dem Vertrag zugrunde liegenden American Express Male Protect Unfallversicherungs-Bedingungen werden wie folgt erweitert:

1 Was ist versichert?

1.1 Für die im folgenden genannten Versicherungsleistungen ist der Versicherungsfall – abweichend von Artikel 2 der American Express Male Protect Unfallversicherungs-Bedingungen – nicht ein Unfall, sondern die erstmalige Feststellung einer Krebserkrankung (bösartiger Tumor ab Stadium T1 der TNM-Klassifikation) innerhalb der Wirksamkeit dieses Versicherungsvertrages an den folgenden inneren oder äußeren Geschlechtsorganen:

- Prostata
- Hoden, Nebenhoden
- Samenstrang
- Penis.

1.2 Das Ausbreiten eines ursprünglich diagnostizierten Krebses auf andere versicherte Organe gilt als ein Versicherungsfall.

Falls dies nicht ärztlich nachgewiesen werden kann, besteht Versicherungsschutz, wenn der versicherten Person in drei aufeinanderfolgenden Jahren nach dieser Diagnose bescheinigt wurde, dass sie frei von abnormen Zellen ist.

1.3 Artikel 16 der American Express Male Protect Unfallversicherungs-Bedingungen gilt für das folgende gestrichen. Alle übrigen Artikel der American Express Male Protect Unfallversicherungs-Bedingungen, die sich auf einen Unfall beziehen (insbesondere Artikel 11, 18 und 21), gelten sinngemäß; das Wort "Unfall" wird hier durch "Versicherungsfall" ersetzt.

2 Welche Leistungsarten sind vereinbart?

2.1 Kapitalleistung bei männerspezifischen Krebserkrankungen

2.1.1 Voraussetzung für die Leistung

2.1.1.1 Bei der versicherten Person wird während der Wirksamkeit des Vertrages eine der unter Artikel 1 genannten Krebserkrankung erstmalig ärztlich festgestellt. Die Bösartigkeit des Tumors muss durch eine mikroskopische Gewebeuntersuchung (Histologie) oder durch eine andere, von der Schulmedizin überwiegend anerkannte Untersuchungsmethode nachgewiesen sein.

Der Anspruch auf die Versicherungsleistung wird innerhalb eines Jahres nach erstmaliger ärztlicher Feststellung der versicherten Krebserkrankung bei uns geltend gemacht.

2.1.1.2 Kein Anspruch auf die Leistung besteht, wenn die versicherte Person stirbt

- innerhalb von 30 Tagen nach Diagnose der Krebserkrankung oder
- bevor sie eine Leistung bei uns geltend gemacht hat.

2.1.2 Höhe der Leistung

Die Kapitalleistung zahlen wir in Höhe der vertraglich vereinbarten Versicherungssumme.

2.2 Invaliditätsleistung bei operativer Entfernung von Körperteilen

2.2.1 Voraussetzung für die Leistung

Die versicherte Person hat eine Leistung gemäß Artikel 2.1 von uns erhalten.

Der versicherten Person wurde

- aufgrund dieser Krebserkrankung
- innerhalb eines Jahres nach erstmaliger Feststellung dieser Krebserkrankung
- oder innerhalb von drei Jahren nach erstmaliger Feststellung dieser Krebserkrankung aber während der Wirksamkeit des Vertrages

eines der in Artikel 2.2.2.2 genannten Körperteile operativ entfernt.

Der Anspruch auf die Versicherungsleistung wird innerhalb eines Jahres nach der Entfernung bei uns geltend gemacht.

2.2.2 Art und Höhe der Leistung

2.2.2.1 Die Invaliditätsleistung zahlen wir als Kapitalbetrag.

2.2.2.2 Grundlage für die Berechnung der Leistung bilden die Versicherungssumme und der Grad der Invalidität gemäß folgender Gliedertaxe:

Für den totalen Verlust - nicht aber für die Funktionsunfähigkeit oder -beeinträchtigung und nicht für Teilverlust (für Teilverlust gilt 7.3 der American Express Male Protect Unfallversicherungs-Bedingungen) gelten ausschließlich die folgenden Invaliditätsgrade

des Penis	50%
eines Hodens	5%
beider Hoden	30%

- 2.2.3** Auch die Gliedertaxe der dem Vertrag zugrunde liegenden American Express Male Protect Unfallversicherungs-Bedingungen wird für Invaliditätsleistungen infolge eines Unfalles um die obige Gliedertaxe erweitert.

2.3 Spitalgeld

Das versicherte Spitalgeld wird auch bei einer objektiv medizinisch notwendigen vollstationären Heilbehandlung in Folge einer in Artikel 1 genannten Krebserkrankung geleistet, sofern diese Erkrankung während der Wirksamkeit des Vertrages erstmalig ärztlich festgestellt wurde. Mehrere Spitalaufenthalte aufgrund der selben Erkrankung gelten als ein Versicherungsfall.

Die übrigen Bestimmungen des Artikel 8 der American Express Male Protect Unfallversicherungs-Bedingungen bleiben unverändert.

3 Ausschlüsse

- 3.1** Nicht unter den Versicherungsschutz fallen Erkrankungen, die bereits vor Beginn des Versicherungsschutzes aufgetreten sind, d.h., die bei Antragstellung bekannt waren (hierzu zählen auch Verdachtsdiagnosen) oder wegen derer sich die versicherte Person in medizinischer Behandlung befand.

- 3.2** Führen die folgenden vor Antragstellung diagnostizierten Vorerkrankungen innerhalb von drei Jahren nach Beginn des Versicherungsschutzes zu einer der versicherten schweren Erkrankung, so bleiben diese vom Versicherungsschutz ausgeschlossen, es sei denn, der versicherten Person wurde in drei aufeinanderfolgenden Jahren nach dieser Diagnose bescheinigt, dass sie frei von abnormen Zellen ist:

Carcinoma in situ (nichtinvasive Oberflächenkarzinome), Papillome der Blase.

Auszug aus dem Versicherungsvertrags- gesetz 1958 idF BGBl. Nr. 509/1994

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

(1a) Bei der Verletzung einer Obliegenheit, die die dem Versicherungsvertrag zugrundeliegende Äquivalenz zwischen Risiko und Prämie aufrechterhalten soll, tritt die vereinbarte Leistungsfreiheit außerdem nur in dem Verhältnis ein, in dem die vereinbarte hinter der für das höhere Risiko tarifmäßig vorgesehenen Prämie zurückbleibt. Bei der Verletzung von Obliegenheiten zu sonstigen bloßen Meldungen und Anzeigen, die keinen Einfluß auf die Beurteilung des Risikos durch den Versicherer haben, tritt Leistungsfreiheit nur ein, wenn die Obliegenheit vorsätzlich verletzt worden ist.

(2) Ist eine Obliegenheit verletzt, die vom Versicherungsnehmer zum Zweck der Verminderung der Gefahr oder der Verhütung einer Erhöhung der Gefahr dem Versicherer gegenüber - unabhängig von der Anwendbarkeit des Abs. 1 a - zu erfüllen ist, so kann sich der Versicherer auf die vereinbarte Leistungsfreiheit nicht berufen, wenn die Verletzung keinen Einfluß auf den Eintritt des Versicherungsfalles oder soweit sie keinen Einfluß auf den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung gehabt hat.

(3) Ist die Leistungsfreiheit für den Fall vereinbart, daß eine Obliegenheit verletzt wird, die nach dem Eintritt des Versicherungsfalles dem Versicherer gegenüber zu erfüllen ist, so tritt die vereinbarte Rechtsfolge nicht ein, wenn die Verletzung weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruht. Wird die Obliegenheit nicht mit dem Vorsatz verletzt, die Leistungspflicht des Versicherers zu beeinflussen oder die Feststellung solcher Umstände zu beeinträchtigen, die erkennbar für die Leistungspflicht des Versicherers bedeutsam sind, so bleibt der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung weder auf die Feststellung des Versicherungsfalles noch auf die Feststellung oder den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung Einfluß gehabt hat.

(4) Eine Vereinbarung, nach welcher der Versicherer bei Verletzung einer Obliegenheit zum Rücktritt berechtigt sein soll, ist unwirksam.

(5) Der Versicherer kann aus einer fahrlässigen Verletzung einer vereinbarten Obliegenheit Rechte nur ableiten, wenn dem Versicherungsnehmer vorher die Versicherungsbedingungen ausgefolgt worden sind oder ihm eine andere Urkunde ausgefolgt worden ist, in der die Obliegenheit mitgeteilt wird.

§ 12. (1) Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Steht der Anspruch einem Dritten zu, so beginnt die Verjährung zu laufen, sobald diesem sein Recht auf die Leistung des Versicherers bekanntgeworden ist; ist dem Dritten dieses Recht nicht bekanntgeworden, so verjähren seine Ansprüche erst nach zehn Jahren.

(2) Ist ein Anspruch des Versicherungsnehmers beim Versicherer angemeldet worden, so ist die Verjährung bis zum Einlangen einer schriftlichen Entscheidung des Versicherers gehemmt, die zumindest mit der Anführung einer der Ablehnung derzeit zugrundegelegten Tatsache und gesetzlichen oder vertraglichen Bestimmungen begründet ist. Nach zehn Jahren tritt jedoch die Verjährung jedenfalls ein.

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

§ 16. (1) Der Versicherungsnehmer hat beim Abschluß des Vertrages alle ihm bekannten Umstände, die für die Übernahme der Gefahr erheblich sind, dem Versicherer anzuzeigen. Erheblich sind jene Gefahrumstände, die geeignet sind, auf den Entschluß des Versicherers, den Vertrag überhaupt oder zu den vereinbarten Bestimmungen abzuschließen, einen Einfluß auszuüben. Ein Umstand, nach welchem der Versicherer ausdrücklich und schriftlich gefragt hat, gilt im Zweifel als erheblich.

(2) Ist dieser Vorschrift zuwider die Anzeige eines erheblichen Umstandes unterblieben, so kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten. Das gleiche gilt, wenn die Anzeige eines erheblichen Umstandes deshalb unterblieben ist, weil sich der Versicherungsnehmer der Kenntnis des Umstandes arglistig entzogen hat.

(3) Der Rücktritt ist ausgeschlossen, wenn der Versicherer den nicht angezeigten Umstand kannte. Er ist auch ausgeschlossen, wenn die Anzeige ohne Verschulden des Versicherungsnehmers unterblieben ist; hat jedoch der Versicherungsnehmer einen Umstand nicht angezeigt, nach dem der Versicherer nicht ausdrücklich und genau umschrieben gefragt hat, so kann dieser vom Vertrag nur dann zurücktreten, wenn die Anzeige vorsätzlich oder grob fahrlässig unterblieben ist.

§ 17. (1) Der Versicherer kann vom Vertrag auch dann zurücktreten, wenn über einen erheblichen Umstand eine unrichtige Anzeige gemacht ist.

(2) Der Rücktritt ist ausgeschlossen, wenn die Unrichtigkeit dem Versicherer bekannt war oder die Anzeige ohne Verschulden des Versicherungsnehmers unrichtig gemacht worden ist.

§ 18. Hatte der Versicherungsnehmer die Gefahrumstände an der Hand schriftlicher, vom Versicherer gestellter Fragen anzuzeigen, so kann der Versicherer wegen unterbliebener Anzeige eines

Umstandes, nach dem nicht ausdrücklich und genau umschrieben gefragt worden ist, nur im Falle arglistiger Verschweigung zurücktreten.

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

§ 20. (1) Der Rücktritt ist nur innerhalb eines Monats zulässig. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, in welchem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erlangt.

(2) Der Rücktritt ist gegenüber dem Versicherungsnehmer zu erklären. Im Falle des Rücktrittes sind, soweit dieses Bundesgesetz nicht in Ansehung der Prämie etwas anderes bestimmt, beide Teile verpflichtet, einander die empfangenen Leistungen zurückzugewähren; eine Geldsumme ist von dem Zeitpunkt des Empfanges an zu verzinsen.

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

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

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

§ 24. (1) Verletzt der Versicherungsnehmer die Vorschrift des § 23 Abs. 1, so kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen. Beruht die Verletzung nicht auf einem Verschulden des Versicherungsnehmers, so muß dieser die Kündigung erst mit dem Ablauf eines Monats gegen sich gelten lassen.

(2) Das Kündigungsrecht erlischt, wenn es nicht innerhalb eines Monats von dem Zeitpunkt an ausgeübt wird, in welchem der Versicherer von der Erhöhung der Gefahr Kenntnis erlangt, oder wenn der Zustand wiederhergestellt ist, der vor der Erhöhung bestanden hat.

§ 25. (1) Der Versicherer ist im Fall einer Verletzung der Vorschrift des § 23 Abs. 1 von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Versicherungsfall nach der Erhöhung der Gefahr eintritt.

(2) Die Verpflichtung des Versicherers bleibt bestehen, wenn die Verletzung nicht auf einem Verschulden des Versicherungsnehmers beruht. Der Versicherer ist jedoch auch in diesem Fall von der Verpflichtung zur Leistung

frei, wenn die im § 23 Abs. 2 vorgesehene Anzeige nicht unverzüglich gemacht wird und der Versicherungsfall später als einen Monat nach dem Zeitpunkt eintritt, in welchem die Anzeige dem Versicherer hätte zugehen müssen, es sei denn, daß ihm in diesem Zeitpunkt die Erhöhung der Gefahr bekannt war.

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

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

§ 27. (1) Tritt nach dem Abschluß des Vertrages unabhängig vom Willen des Versicherungsnehmers eine Erhöhung der Gefahr ein, so ist der Versicherer berechtigt, das Versicherungsverhältnis unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von einem Monat zu kündigen. Das Kündigungsrecht erlischt, wenn es nicht innerhalb eines Monats von dem Zeitpunkt an ausgeübt wird, in dem der Versicherer von der Erhöhung der Gefahr Kenntnis erlangt hat, oder wenn der Zustand wiederhergestellt ist, der vor der Erhöhung bestanden hat.

(2) Der Versicherungsnehmer hat, sobald er von der Erhöhung der Gefahr Kenntnis erlangt, dem Versicherer unverzüglich Anzeige zu machen.

(3) Ist die Erhöhung der Gefahr durch allgemein bekannte Umstände verursacht, die nicht nur auf die Risiken bestimmter Versicherungsnehmer einwirken, etwa durch eine Änderung von Rechtsvorschriften, so erlischt das Kündigungsrecht des Versicherers nach Abs. 1 erst nach einem Jahr und ist Abs. 2 nicht anzuwenden.

§ 28. (1) Wird die im § 27 Abs. 2 vorgesehene Anzeige nicht unverzüglich gemacht, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Versicherungsfall später als einen Monat nach dem Zeitpunkt eintritt, in welchem die Anzeige dem Versicherer hätte zugehen müssen.

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

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

§ 30. Die Vorschriften der §§ 23 bis 29 sind auch auf eine in der Zeit zwischen Stellung und Annahme des

Versicherungsantrages eingetretene Erhöhung der Gefahr anzuwenden, die dem Versicherer bei der Annahme des Antrages nicht bekannt war.

§ 31. (1) Liegen die Voraussetzungen, unter denen der Versicherer nach den Vorschriften dieses Kapitels zum Rücktritt oder zur Kündigung berechtigt ist, nur für einen Teil der Gegenstände oder Personen vor, auf die sich die Versicherung bezieht, so steht dem Versicherer das Recht des Rücktritts oder der Kündigung für den übrigen Teil nur zu, wenn anzunehmen ist, daß für diesen allein der Versicherer den Vertrag unter den gleichen Bestimmungen nicht geschlossen hätte.

(2) Macht der Versicherer von dem Recht des Rücktritts oder der Kündigung für einen Teil der Gegenstände oder Personen Gebrauch, so ist der Versicherungsnehmer berechtigt, das Versicherungsverhältnis für den übrigen Teil zu kündigen; die Kündigung kann jedoch nicht für einen späteren Zeitpunkt als den Schluß der Versicherungsperiode erklärt werden, in welcher der Rücktritt des Versicherers oder seine Kündigung wirksam wird.

(3) Liegen die Voraussetzungen, unter denen der Versicherer wegen einer Verletzung der Vorschriften über die Erhöhung der Gefahr von der Verpflichtung zur Leistung frei ist, für einen Teil der Gegenstände oder Personen vor, auf die sich die Versicherung bezieht, so ist die Vorschrift des Abs. 1 auf die Befreiung entsprechend anzuwenden.

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

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

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

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

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

(2) Tritt der Versicherungsfall nach dem Ablauf der Frist ein und ist der Versicherungsnehmer zur Zeit des Eintritts mit der Zahlung der Folgeprämie in Verzug, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, es sei denn, daß der Versicherungsnehmer an der

rechtzeitigen Zahlung ohne sein Verschulden verhindert war.

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

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

§ 39a. (1) Ist der Versicherungsnehmer bloß mit nicht mehr als 10 vH der Jahresprämie, höchstens aber mit € 60,-- im Verzug, so tritt eine im § 38 oder § 39 vorgesehene Leistungsfreiheit des Versicherers nicht ein.

§ 64. (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.

§ 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 Gefahrtragung entspricht.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

§ 75. (1) Bei der Versicherung für fremde Rechnung stehen die Rechte aus dem Versicherungsvertrag dem Versicherten zu. Die Aushändigung eines Versicherungsscheines kann jedoch nur der Versicherungsnehmer verlangen.

(2) Der Versicherte kann ohne Zustimmung des Versicherungsnehmers über seine Rechte nur dann verfügen und diese Rechte nur dann gerichtlich geltend machen, wenn er im Besitz eines Versicherungsscheines ist.

§ 76. (1) Der Versicherungsnehmer kann über die dem Versicherten aus dem Versicherungsvertrag zustehenden Rechte im eigenen Namen verfügen.

(2) Ist ein Versicherungsschein ausgestellt, so ist der Versicherungsnehmer ohne Zustimmung des Versicherten nur dann zur Annahme der Zahlung und zur Übertragung der Rechte des Versicherten befugt, wenn er im Besitz des Scheines ist.

(3) Der Versicherer ist zur Zahlung an den Versicherungsnehmer nur verpflichtet, wenn dieser ihm gegenüber nachweist, daß der Versicherte seine Zustimmung zur Versicherung erteilt hat.

§ 77. (1) Der Versicherungsnehmer ist nicht verpflichtet, dem Versicherten oder, falls über das Vermögen des Versicherten der Konkurs eröffnet ist, der Konkursmasse den Versicherungsschein auszuliefern, bevor er wegen der ihm gegen den Versicherten in bezug auf die versicherte Sache zustehenden Ansprüche befriedigt ist. Er kann sich für seine Ansprüche aus der Entschädigungsforderung gegen den Versicherer und nach der Einziehung der Forderung aus der Entschädigungssumme vor dem Versicherten und dessen Gläubigern befriedigen.

§ 78. (1) Soweit nach den Vorschriften dieses Bundesgesetzes die Kenntnis und das Verhalten des Versicherungsnehmers von rechtlicher Bedeutung ist, kommt bei der Versicherung für fremde Rechnung auch die Kenntnis und das Verhalten des Versicherten in Betracht.

§ 79. (1) Auf die Kenntnis des Versicherten kommt es nicht an, wenn der Vertrag ohne sein Wissen abgeschlossen worden ist oder eine rechtzeitige Benachrichtigung des Versicherungsnehmers nicht tunlich war.

(2) Hat der Versicherungsnehmer den Vertrag ohne Auftrag des Versicherten abgeschlossen und beim Abschluß das Fehlen des Auftrages dem Versicherer nicht angezeigt, so braucht dieser die Einwendung, daß der Vertrag ohne Wissen des Versicherten abgeschlossen worden ist, nicht gegen sich gelten zu lassen.