Besondere Bedingungen für die Unfallinvalidität-Zusatzversicherung

Es gelten die auszugsweise wiedergegebenen Bedingungen für die Unfallversicherung (AUVB 1965) - genehmigt durch das Bundesministerium für Finanzen mit den Bescheiden Zl. 39.605-19/65 vom 26. Juli 1965, Zl. 82.030-19/65 vom 6. August 1965, Zl. 380.795-V/6/75 vom 13. März 1975 und GZ 90 1406/4-V/6/84 vom 1. Oktober 1984 - soweit sie den Versicherungsfall der dauernden Invalidität betreffen mit folgenden Änderungen:

1. Anspruch auf Versicherungsleistung besteht, wenn dem Versicherten während der Beitragszahlungsdauer ein Unfall zustößt. Ergibt sich innerhalb eines Jahres vom Unfalltage an gerechnet, daß eine dauernde Invalidität zurückbleibt, so ist aus der hiefür versicherten Summe die dem Grad der Invalidität entsprechende Versicherungsleistung im Sinne des Artikel 10 der AUVB 1965 zu erbringen.

Die Haftung aus der Unfallinvalidität-Zusatzversicherung besteht solange, als die Lebensversicherung voll in Kraft steht. Die Umwandlung der Zusatzversicherung in eine beitragsfreie und ihr Rückkauf sind ausgeschlossen. Die Zusatzversicherung ist nicht gewinnberechtigt.

2. Im Falle des Zahlungsverzuges gelten die einschlägigen Bestimmungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen des zugehörigen Lebensversicherungsvertrages. Anstelle Artikel 16 und 17, I. der AUVB 1965 treten daher die Bestimmungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen des zugehörigen Lebensversicherungsvertrages hinsichtlich des Beginnes des Versicherungsschutzes, der Versicherungsdauer, der Beitragszahlung und der Kündigung.

3. Bei Kündigung der Unfallinvalidität-Zusatzversicherung nach dem Eintritt des Versicherungsfalles gelten die Bestimmungen des Artikel 17, II. und III. der AUVB 1965.

4. Die Erweiterung des Versicherungsschutzes auf die Folgen der Kinderlähmung entfällt.

5. Von den im Auszug aus den AUVB 1965 aufgenommenen Artikeln gelten nur jene Bestimmungen, die in diesem Auszug wiedergegeben sind.

6. Der Versicherungsschutz aus der Unfallinvalidität-Zusatzversicherung endet mit sofortiger Wirkung

a) bei der Beitragsfreistellung oder Auflösung des zugehörigen Lebensversicherungsvertrages,

b) ohne Kündigung, sobald der Versicherte versicherungsunfähig geworden ist. Versicherungsunfähigkeit tritt ein,

- im Sinne des Artikel 5 der AUVB 1965,

- mit Vollendung des 70. Lebensjahres des Versicherten.

Mit Eintritt der Versicherungsunfähigkeit entfällt die Weiterzahlung des Beitrages für die Zusatzversicherung."

AUSZUG AUS DEN ALLGEMEINEN BEDINGUNGEN FÜR DIE UNFALLVERSICHERUNG (AUVB 1965)

I. DER VERSICHERUNGSSCHUTZ

Artikel 1.

Gegenstand der Versicherung.

Versicherungsleistungen werden nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen im Rahmen der versicherten Beträge erbracht, wenn dem Versicherten während der Wirksamkeit des Versicherungsschutzes ein Unfall zustößt.

Artikel 2.

Begriff des Unfalles.

1. Als Unfall im Sinne des Vertrages gilt jedes vom Willen des Versicherten unabhängige Ereignis, das, plötzlich von außen mechanisch oder chemisch auf seinen Körper einwirkend, eine körperliche Schädigung oder den Tod des Versicherten nach sich zieht.

2. Als Unfälle gelten auch folgende, vom Willen des Versicherten unabhängige Ereignisse:

a) Verrenkungen, Zerrungen und Zerreißen - jedoch nicht der inneren Organe und Gefäße - infolge plötzlicher ungewohnter Kraftanstrengung (siehe auch Art. 3, Z. III, Pkt. 9);

b) Tod oder körperliche Schädigung durch Verbrennungen, Blitzschlag oder elektrischen Strom;

c) Wundinfektion infolge einer Unfallverletzung;

d) aa) Einatmen von Gasen oder Dämpfen;

bb) Vergiftungen oder Verätzungen infolge Einnehmens von giftigen oder ätzenden Stoffen,

es sei denn, daß diese Einwirkungen allmählich erfolgen (siehe auch den Ausschluß von Berufs- und Gewerbekrankheiten unter Pkt. 3, lit. a)) oder, daß es sich um körperliche Schädigungen durch Einnehmen von Arznei-, Nahrungs- und Genußmitteln handelt.

3. Als Unfälle gelten nicht:

a) Krankheiten aller Art, insbesondere Berufs- und Gewerbekrankheiten, Malaria, Flecktyphus und sonstige übertragbare Krankheiten;

b) körperliche Schädigungen infolge der Einflüsse von Strahlen aller Art, es sei denn, daß der Versicherte diesen Einflüssen bei der ärztlichen Behandlung von Folgen eines Versicherungsfalles ausgesetzt war;

c) körperliche Schädigungen infolge der Einflüsse von Licht, Temperatur und Witterung, es sei denn, daß der Versicherte diesen Einflüssen oder Einwirkungen durch einen Versicherungsfall oder bei der ärztlichen Behandlung von Folgen eines Versicherungsfalles ausgesetzt war.

Artikel 3.

Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes.

I. 1. Eine Versicherungsleistung wird nur für die durch den eingetretenen Unfall hervorgerufenen Folgen (körperliche Schädigung) erbracht.

Werden somit

a) die Unfallfolgen durch nicht mit dem Unfall zusammenhängende Krankheiten oder Gebrechen beeinflusst, so wird die Leistung entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens an diesen Folgen gekürzt. Der Anteil bleibt unberücksichtigt, sobald er weniger als 25 % beträgt;

b) solche Körperteile oder Organe von dem Unfall betroffen, die bereits vor dem Unfälle ganz oder teilweise verkrüppelt, verstümmelt oder gebrauchsunfähig waren, oder wird durch die Unfallfolgen ein bestehendes organisches Leiden verschlimmert, so wird eine Versicherungsleistung nur im Ausmaße der Steigerung des Invaliditätsgrades erbracht.

2. Für psychische und nervöse Störungen wird eine Leistung nur erbracht, wenn und soweit diese Störungen auf eine durch Unfall verursachte organische Erkrankung des Nervensystems oder auf eine Epilepsie zurückzuführen sind, die durch den Unfall erstmals entstanden ist.

II. Luftfahrt:

1. Der Versicherungsschutz erstreckt sich auch auf Unfälle, die der Versicherte als Fluggast eines zum zivilen Luftverkehr zugelassenen Motor- oder Strahlflugzeuges oder als ziviler Fluggast eines Militärflugzeuges, das zur Personenbeförderung eingesetzt ist, erleidet.

III. Ausgeschlossen von der Versicherung sind

1.a) Unfälle im Falle von Kriegseignissen jeder Art (einschließlich Neutralitätsverletzungen), wenn der Versicherte nicht nachweist, daß der Unfall mit diesen Ereignissen weder unmittelbar noch mittelbar zusammenhängt;

b) Unfälle im Zusammenhang mit Auflauf, Aufstand, Aufruhr, öffentlicher Gewalttätigkeit, wenn der Versicherte bei diesen Ereignissen auf seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;

2. Unfälle, die der Versicherte bei der Begehung gerichtlich strafbarer Handlungen erleidet, für die böser Vorsatz Tatbestandsmerkmal ist;

3. Unfälle des Versicherten als Lenker von Kraftfahrzeugen, wenn er nicht die vorgeschriebene Fahrerlaubnis (Führerschein) besitzt, ferner Unfälle unter jedweder Benützung von Kraftfahrzeugen bei der Beteiligung an Fahrtveranstaltungen, bei denen es auf die Erzielung einer Höchstgeschwindigkeit ankommt, und bei den dazugehörigen Übungsfahrten;

4. Unfälle, die der Versicherte bei der Teilnahme

a) an Landes-, Bundes- oder internationalen Wettbewerben auf dem Gebiete des Schilaulaufens, Schispringens, Bobsleighfahrens und Schibobfahrens und

b) am öffentlichen Training für die unter lit. a) angeführten Rennen und Wettbewerbe erleidet;

5. Unfälle bei der Benützung von Luftfahrzeugen, soweit sie nicht unter die Bestimmung der Z. II fallen, ferner bei der Benützung von Luftfahrtgeräten und bei Fallschirmabsprüngen;

6. Unfälle, die durch einen Herzinfarkt herbeigeführt wurden; ferner gilt ein Herzinfarkt in keinem Falle als Unfallsfolge;

7. Unfälle infolge von Schlaganfällen, von Geistes- oder Bewußtseinsstörungen (auch durch Alkohol- oder Rauschgifteinfluß), es sei denn, daß diese Anfälle oder Störungen durch ein unter die Versicherung fallendes Unfallereignis hervorgerufen wurden;

8. körperliche Schädigungen bei Heilmaßnahmen und Eingriffen, die der Versicherte an seinem Körper vornimmt oder vornehmen läßt, soweit nicht ein Versicherungsfall hierzu der Anlaß war. Der Versicherer haftet aber für Unfälle beim Schneiden von Nägeln, Hühneraugen und harter Haut;

9. als Unfallsfolgen (auch Verschlimmerungen): Bauch- oder Unterleibsbrüche irgendwelcher Art, Wasserbrüche, Unterschenkelgeschwüre oder Bandscheibenhernien. Sie fallen jedoch unter die Versicherung, sofern der Versicherte beweist, daß die Brüche der bezeichneten Art bzw. die

Unterschenkelgeschwüre durch eine gewaltsame, von außen kommende und mechanische oder chemische Einwirkung direkt herbeigeführt worden sind und nicht anlagebedingt waren, bzw. daß die Bandscheibenhernien durch direkte schwere Verletzungen der sonst gesunden Wirbelsäule aufgetreten sind und es sich nicht um eine Verschlimmerung solcher schon vor dem Unfall bestehender Krankheitserscheinungen handelt;

10. als Unfallsfolgen: Krampfadern, Darmverschlüßungen, Blinddarmentzündungen, gleichgültig, ob die vorgenannten Krankheiten durch den Unfall herbeigeführt oder verschlimmert worden sind.

Artikel 4.

Örtliche Geltung.

Der Versicherungsschutz gilt für die ganze Erde.

Artikel 5.

Nicht versicherungsfähige Personen.

Versicherungsunfähig und jedenfalls nicht versichert sind Personen, die von Epilepsie oder schwerem Nervenleiden befallen sind, ferner Geisteskranke, Blinde, Taube, Gelähmte und solche Personen, die nach den Bestimmungen des Art. 10 mehr als 70 % dauernd invalid sind.

Artikel 6.

Gefahränderung.

1. Veränderungen des im Antrag angegebenen Berufes oder der im Antrag angegebenen Beschäftigung sind unverzüglich anzuzeigen. Solche Veränderungen, auch wenn sie eine Erhöhung der Gefahr zur Folge haben, sind ohne Einfluß auf den Fortbestand der Versicherung, sofern der Versicherer für den neuen Beruf (Beschäftigung) überhaupt Versicherungsschutz gewährt. Einberufungen zu einer kurzfristigen militärischen Reserveübung gelten nicht als Gefahrerhöhung.

2. Eine Verschlechterung in den Gesundheitsverhältnissen des Versicherten ist, sofern nicht Versicherungsunfähigkeit gemäß Artikel 5 vorliegt, auf den Fortbestand des Versicherungsvertrages ohne Einfluß.

II. DER VERSICHERUNGSFALL

Artikel 7.

Pflichten nach Eintritt eines Unfalles.

Nach Eintritt eines Unfalles haben der Versicherungsnehmer, die Versicherten und sonstigen Personen, die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag geltend machen können, folgende Pflichten zu erfüllen:

1. Der Unfall ist dem Versicherer unverzüglich schriftlich anzuzeigen.

2. Nach dem Unfall ist unverzüglich ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen und die ärztliche Behandlung bis zum Abschluß des Heilverfahrens regelmäßig fortzusetzen; ebenso ist für eine angemessene Krankenpflege, sowie überhaupt nach Möglichkeit für die Abwendung und Minderung der Unfallsfolgen zu sorgen.

3. Nach Erhalt des Formulars für Unfallanzeigen ist dieses ohne Verzug dem Versicherer sorgfältig ausgefüllt zuzusenden; außerdem sind dem Versicherer alle verlangten sachdienlichen Auskünfte zu erteilen.

4. Der behandelnde Arzt sowie diejenigen Ärzte, von denen der Versicherte 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. Ist der Unfall einem Sozialversicherer gemeldet, so ist auch dieser im vorstehenden Sinne zu ermächtigen.

5. Der Versicherer kann verlangen, daß sich der Versicherte durch die vom Versicherer bezeichneten Ärzte untersuchen läßt.

Artikel 8.

Leistungen des Versicherers.

II. 1. Ergibt sich innerhalb eines Jahres vom Unfalltage an gerechnet, daß eine dauernde Invalidität zurück bleibt, so ist aus der hiefür versicherten Summe die dem Grade der Invalidität entsprechende Versicherungsleistung (vergleiche Art. 10) zu erbringen.

2. Ein Anspruch auf Leistung für dauernde Invalidität ist innerhalb von fünfzehn Monaten vom Unfalltage an geltend zu machen und unter Vorlage eines ärztlichen Befundberichtes zu begründen.

Artikel 9.

Nebenleistungen.

Neben den in Art. 8 angeführten Leistungen übernimmt der Versicherer

- a) alle notwendigen Kosten, die durch die Erfüllung der in Art. 7, Pkt. 6, angeführten Pflichten entstehen;
- b) die Kosten der sonst vom Versicherer befragten Ärzte (siehe jedoch Art. 14, Pkt. 6);
- c) die Gebühren für die zur Begründung des Versicherungsanspruches erforderlichen Zeugnisse bis zu 1/2 ‰ der Versicherungssumme.

Artikel 10.

Feststellung des Grades der dauernden Invalidität.

1. Für die Bemessung der Leistung gelten unter Ausschluß des Nachweises einer höheren oder geringeren Arbeitsfähigkeit folgende Invaliditätsgrade:
bei völligem Verlust oder völliger Gebrauchsunfähigkeit

- eines Armes ab Schultergelenk 70 %
- eines Armes bis oberhalb des Ellenbogengelenkes 65 %
- eines Armes unterhalb des Ellenbogengelenkes oder einer Hand 60 %
- eines Daumens 20 %
- eines Zeigefingers 10 %
- eines anderen Fingers 5 %
- eines Beines bis über die Mitte des Oberschenkels 70 %
- eines Beines bis zur Mitte des Oberschenkels 60 %
- eines Beines bis zur Mitte des Unterschenkels oder eines Fußes 50 %
- einer großen Zehe 5 %
- einer anderen Zehe 2 %
- bei völligem Verlust der Sehkraft beider Augen 100 %
- bei völligem Verlust der Sehkraft eines Auges 30 %
sofern jedoch die Sehkraft des anderen Auges vor Eintritt des Versicherungsfalles bereits verloren war 60 %
- bei völligem Verlust des Gehörs beider Ohren 60 %
- bei völligem Verlust des Gehörs eines Ohres 15 %
sofern jedoch das Gehör des anderen Ohres vor Eintritt des Versicherungsfalles bereits verloren war 30 %
- bei völligem Verlust des Geruchssinnes 10 %
- bei völligem Verlust des Geschmackssinnes 5 %

2. Bei teilweisem Verluste oder teilweiser Gebrauchsunfähigkeit der vorgenannten Glieder oder Sinnesorgane werden die vorstehenden Sätze entsprechend herabgesetzt. Wenn durch einen Unfall die Sehkraft eines Auges oder das Gehör eines Ohres zur Gänze und gleichzeitig die Sehkraft des anderen Auges oder das Gehör des anderen Ohres teilweise verlorengehen oder wenn es zu einer teilweisen Herabsetzung der Sehkraft beider Augen oder des Gehörs beider Ohren kommt, so bilden 50 % der unter Punkt 1 für den völligen Verlust der Sehkraft beider Augen oder der für den völligen Verlust des Gehörs beider Ohren festgelegten höchsten Invaliditätsgrenze die Grundlage für die Bemessung der Leistung für das einzelne Sinnesorgan.

3. Soweit sich der Invaliditätsgrad nach Vorstehendem nicht bestimmen läßt, wird bei der Bemessung in Betracht gezogen, inwieweit der Versicherte imstande ist, Erwerb durch einen Beruf (Beschäftigung) zu erzielen, der seinen Kräften und Fähigkeiten entspricht und ihm unter billiger Berücksichtigung seiner Ausbildung und seines bisherigen Berufes zugemutet werden kann.

4. Bei dem Verluste oder der Gebrauchsunfähigkeit von mehreren der vorgenannten Glieder oder Sinnesorgane bzw. bei Vorliegen eines nach Pkt. 3 festgestellten Invaliditätsgrades werden die sich ergebenden Prozentsätze zusammengerechnet, wobei jedoch nie mehr als 100 % insgesamt geleistet werden.

Artikel 11.

Feststellung und Form der Leistung des Versicherers.

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

II. Die Leistung des Versicherers erfolgt in Form der Kapitalzahlung.

Artikel 12.

Fälligkeit der Leistung des Versicherers.

1. Ist die Leistung des Versicherers dem Grunde und der Höhe nach feststehend, so ist sie nach zwei Wochen fällig.

Artikel 13.

Verwirkung der Leistung.

Die Verletzung einer der dem Versicherer gegenüber nach Art. 7 zu erfüllenden Pflichten hat den Verlust des Rechtes auf die Leistung des Versicherers zur Folge, es sei denn, daß die Verletzung weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruht. Bei grober Fahrlässigkeit bleibt der Versicherer zur Leistung insoweit verpflichtet, als die Verletzung weder Einfluß auf die Feststellung des Versicherungsfalles noch auf die Feststellung oder den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung gehabt hat.

Artikel 14.

Ärztelkommission.

1. Im Falle von Meinungsverschiedenheiten über Art und Umfang der Unfallsfolgen oder darüber, in welchem Umfange der eingetretene Schaden auf den Versicherungsfall zurückzuführen ist, ferner über die Beeinflussung der Unfallsfolgen durch Krankheit oder Gebrechen entscheidet die Ärztelkommission. Die Feststellung, die die Ärztelkommission im Rahmen ihrer Zuständigkeit trifft, ist verbindlich, wenn nicht nachgewiesen wird, daß sie offenbar von der wirklichen Sachlage erheblich abweicht.

2. In den nach Pkt. 1 der Ärztelkommission vorbehaltenen Streitfällen hat der Versicherungsnehmer innerhalb von sechs Monaten, nachdem ihm die Erklärung des Versicherers gemäß Art. 11, Z. 1, zugegangen ist, unter Bekanntgabe seiner Forderung Widerspruch zu erheben und die Entscheidung der Ärztelkommission zu beantragen; andernfalls sind weitergehende Ansprüche als sie vom Versicherer anerkannt sind, ausgeschlossen. Auf diese Rechtsfolgen hat der Versicherer in seiner Erklärung hinzuweisen. Das Recht, die Entscheidung der Ärztelkommission zu beantragen, steht auch dem Versicherer zu.

3. Für die Ärztelkommission werden regelmäßig zwei Ärzte bestimmt, von denen jede Partei einen der anderen Partei mittels eingeschriebenem Brief namhaft zu machen hat. Wenn eine Partei innerhalb von 14 Tagen ab Zustellung keinen Arzt benennt, wird dieser auf Antrag einer Partei von der für den Wohnsitz des Versicherten zuständigen Landesärztekammer 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 auf Grund der Versicherungsbedingungen entscheidet. Wenn sich die beiden Ärzte über die Wahl des Obmannes nicht einigen, erfolgt dessen Bestellung auf Antrag einer Partei durch die für den Wohnsitz des Versicherten zuständige Landesärztekammer. Wenn ein bestellter Arzt oder der bestellte Obmann die Annahme der Bestellung ablehnt oder die Erfüllung seiner Pflichten verweigert oder ungebührlich verzögert oder aus sonstigen Gründen ausfällt, so hat die Bestellung eines entsprechenden Ersatzmannes unter sinngemäßer Anwendung der Bestimmungen des ersten bzw. zweiten Absatzes zu erfolgen.

4. Der Versicherte ist verpflichtet, sich von den Mitgliedern der Ärztelkommission untersuchen zu lassen und sich jenen Maßnahmen zu unterziehen, die diese Kommission für notwendig hält. Die Ärztelkommission hat die Parteien zu hören.

5. Die Ärztelkommission hat über ihre Tätigkeit ein Protokoll zu führen; in diesem ist die Entscheidung schriftlich zu begründen. Soweit sich die Mitglieder nicht einigen, hat jeder seine Auffassung im Protokoll gesondert niederzulegen. Ist eine Entscheidung durch den Obmann erforderlich, dann legt auch er sie in einem Protokoll nieder. Die Akten dieses Verfahrens werden vorn Versicherer verwahrt.

6. Die Kosten der Ärztelkommission werden von ihr festgesetzt und sind im Verhältnis des Obsiegens von den Parteien zu tragen, wobei der Anteil der Kosten, die der Versicherungsnehmer zu tragen hat, mit 1 % der für Tod und Invalidität zusammen versicherten Summe - höchstens jedoch mit 25 % des Streitwertes - beschränkt wird.

III. DAS VERSICHERUNGSVERHÄLTNIS

Artikel 15.

Rechtsverhältnis Dritter.

1. Die Unfallversicherung kann gegen Unfälle, die dem Versicherungsnehmer, oder gegen Unfälle, die einem anderen zustoßen, genommen werden.

2. Eine Versicherung gegen Unfälle, die einem anderen zustoßen, gilt im Zweifel als für Rechnung des anderen genommen. Die Vorschriften der §§ 75 bis 79 VersVG. (siehe Anhang) finden entsprechende Anwendung.

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

4. Soweit im Falle des Abs. 3 die Kenntnis und das Verhalten des Versicherungsnehmers nach den Vorschriften des VersVG. von rechtlicher Bedeutung ist, kommt auch die Kenntnis und das Verhalten des anderen in Betracht.

Artikel 17.

Vertragsdauer, Kündigung.

II. 1. Nach Eintritt des Versicherungsfalles kann

a) der Versicherungsnehmer kündigen, wenn der Versicherer die Anerkennung eines begründeten Versicherungsanspruches ganz oder teilweise verweigert oder verzögert hat. Die Kündigung kann nur innerhalb eines Monats nach Ablehnung der Versicherungsleistung im Falle eines Rechtsstreites über diese auch innerhalb eines Monats nach Rechtskraft des Urteiles erfolgen; im Falle der Verzögerung der Anerkennung muß die Kündigung innerhalb eines Monats nach Fälligkeit der Versicherungsleistung ausgesprochen werden.

Hat der Versicherungsnehmer bei Verzögerung der Anerkennung des begründeten Versicherungsanspruches nicht innerhalb eines Monats nach Fälligkeit der Versicherungsleistung gekündigt und erfolgt nachher eine Ablehnung der Versicherungsleistung durch den Versicherer, so kann der Versicherungsnehmer noch innerhalb eines Monats nach dieser Ablehnung kündigen. Die Kündigung kann spätestens für den Zeitpunkt des Ablaufes der laufenden Versicherungsperiode erfolgen.

b) der Versicherer kündigen, wenn er eine Versicherungsleistung erbracht hat oder der Versicherungsnehmer einen unbegründeten Leistungsanspruch arglistig erhoben hat. Die Kündigung muß innerhalb eines Monats nach erbrachter Leistung oder Ablehnung des unbegründeten Versicherungsanspruches erklärt werden. Bei Kündigung nach erbrachter Leistung ist eine Kündigungsfrist von mindestens einem Monat einzuhalten; die Kündigung wegen arglistiger Erhebung eines unbegründeten Versicherungsanspruches kann mit sofortiger Wirkung erfolgen.

III. Der Vertrag endet ohne Kündigung mit sofortiger Wirkung, sobald der Versicherte versicherungsunfähig im Sinne des Art. 5 geworden ist.

Artikel 18.

Klagefrist.

Wenn der Anspruch auf die Leistung nicht innerhalb einer Frist von sechs Monaten gerichtlich geltend gemacht wird, nachdem der Versicherer ihn unter Angabe der mit dem Ablauf der Frist verbundenen Rechtsfolge dem Versicherungsnehmer oder Bezugsberechtigten gegenüber schriftlich abgelehnt hat, ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei. Falls eine Entscheidung der Ärztekommision beantragt wird, endet die Frist erst einen Monat nach dieser Entscheidung.

Genehmigt zuletzt mit Bescheid des Bundesministeriums für Finanzen vom 11. 3. 1988, GZ
96.905112-VI10/88