

Vertragsgrundlagen zur Unfallversicherung

Allgemeine Bedingungen
für den Premium-Unfallschutz (AUVB 2006)
in der Fassung 07/2012

Unter den Flügeln des Löwen.



**Sehr geehrte Kundin,
sehr geehrter Kunde,**

die Generali ist eines der führenden Versicherungsunternehmen in Österreich. Und auch international zählen wir zu den ganz Großen.

Wir wissen, dass die Basis für die Nachhaltigkeit unseres Erfolges einzig und allein im Kundenvertrauen liegt. Dieses Vertrauen erlangt man nur durch erstklassige, kompetente Betreuung, individuelle Produktlösungen und überzeugende Servicequalität.

Unser Anspruch ist es, die Wünsche, Ziele und Pläne unserer Kunden zu erkennen und bestmöglich zu erfüllen.

Es ist uns ein besonders wichtiges Anliegen, noch mehr Transparenz hinsichtlich der Vertragsgrundlagen für Sie zu erreichen und damit Ihr Vertrauen in die von uns angebotenen Versicherungsprodukte zu bestärken.

Daher finden Sie auf den folgenden Seiten die Bedingungen, welche Ihrem Versicherungsvertrag zu Grunde liegen.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre Generali



Danke. Für Ihr Vertrauen.



Inhaltsverzeichnis

	Seite
A. Wer sind die Vertragspartner?	6
B. Was ist versichert?	6
C. Wer ist versichert?	6
D. Wo und wann besteht Versicherungsschutz?	6
E. Was ist ein Unfall?	7
F. Welche Infektionskrankheiten gelten als Unfallfolgen?	8
G. Was versteht man unter „Dauernder Invalidität“? Wie wird der Invaliditätsgrad bemessen?	8
H. Welche Leistungsarten können versichert werden?.....	10
I. Was ist bei den jeweiligen Leistungsarten zu beachten?	18
J. Was ist zur Wahrung des Versicherungsschutzes zu beachten?	19
K. Was ist nicht versichert? Was ist eingeschränkt versichert?	19
L. Was gilt bei erheblicher Verschlechterung des Gesundheitszustandes der versicherten Person?	21
M. Wann sind die Prämien zu zahlen?	21
N. Was ist bei einer Änderung der Berufstätigkeit, Beschäftigung oder sportlichen Betätigung zu beachten?	22
O. Was ist bei einem Premium-Unfallschutz für Kinder zu beachten?	22
P. Was ist bei einem Premium-Unfallschutz für Jugendliche zu beachten?	22
Q. Was ist bei einem Premium-Unfallschutz für Erwachsene zu beachten?	23
R. Was gilt bei Meinungsverschiedenheiten?	23
S. Was gilt als Versicherungsperiode? Wann verlängert sich der Vertrag?	24
T. Wann kann der Vertrag gekündigt werden? Wann erlischt der Vertrag ohne Kündigung?	24
Anhang:	25
Leistungsart „Unfallkapital“ – Beispiele zur Leistungsberechnung	25
Leistungsart „Unfallkapital“ – Leistungsbeträge für alle Invaliditätsgrade	26
Übersicht zu Ablösekapital für lebenslange Unfallrenten	28
Auszug aus wichtigen gesetzlichen Bestimmungen zu den Rücktrittsrechten gemäß §§ 5b und 5c VersVG	28
Welche gesetzlichen Bestimmungen sind besonders wichtig?	31
Information zur Datenanwendung (gemäß § 24 DSGVO)	36

Bitte beachten Sie:

Versicherungsnehmer

ist die Person, die den Versicherungsvertrag mit dem Versicherer abschließt.

Versicherte Person

ist die Person deren Gesundheitsschädigung infolge eines Unfalles versichert ist.

Anspruchsberechtigter (Begünstigter, Bezugsberechtigter)

ist die Person, die für den Empfang der Leistung benannt ist.

Versicherungsprämie

ist das vom Versicherungsnehmer zu zahlende Entgelt.

Anzuwendendes Recht:

Für diesen Vertrag gilt österreichisches Recht.

Neben anderen Gesetzen enthält insbesondere das Versicherungsvertragsgesetz 1958 (VersVG) zahlreiche Regelungen die für Ihren Versicherungsvertrag maßgeblich sind. Diese Bestimmungen gelten unmittelbar kraft Gesetzes.

Die vorliegenden Versicherungsbedingungen wurden durch Annahme Ihres Antrags als Vertragsgrundlage vereinbart und entsprechen den gesetzlichen Vorschriften.

Einige Bestimmungen des VersVG haben wir in den Text dieser Bedingungen aufgenommen und mit Hinweis auf den betreffenden Paragraphen gekennzeichnet. Den genauen Wortlaut der Vorschriften des VersVG, auf die in diesen Bedingungen Bezug genommen wird, finden Sie im Anhang ab Seite 31.

Gerichtsstand

Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach unserer auf der Polizze angeführten Niederlassung.

Hat ein Versicherungsagent den Vertrag vermittelt oder abgeschlossen, so ist für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen uns das Gericht zuständig, in dessen Sprengel der Agent zur Zeit der Vermittlung oder des Abschlusses des Vertrages seine gewerbliche Niederlassung oder in deren Ermangelung seinen Wohnsitz hatte (§ 48 Abs 1 VersVG).

Der allgemeine Gerichtsstand für Klagen durch Sie oder gegen Sie ist in Österreich und bleibt auch dann erhalten, wenn Sie nach Vertragsabschluss Ihren Wohnsitz ins Ausland verlegen und österreichische Entscheidungen in diesem Land vollstreckbar sind.

Form von Erklärungen

Alle Erklärungen und Informationen von Ihnen, versicherten Personen und sonstigen Dritten im Zusammenhang mit dem Versicherungsvertrag bedürfen zu ihrer Gültigkeit der geschriebenen Form (schriftlich jedoch ohne Unterschrift). Die Erklärungen und Informationen müssen dem Empfänger zugehen, von ihm dauerhaft aufbewahrt werden können (ausdrucken oder abspeichern, wie etwa bei Fax oder Email, aber nicht SMS-Nachrichten) und aus dem Text muss die Person des Erklärenden zweifelsfrei hervorgehen. Schriftliche Erklärungen und Informationen (mit Unterschrift) sind selbstverständlich auch gültig, bloß mündliche aber unwirksam.

Änderung der Wohnanschrift

Änderungen Ihrer Anschrift sind uns bekannt zu geben. Solange Sie die Änderung Ihrer Anschrift nicht bekannt geben, gelten unsere Zusendungen an die zuletzt bekannt gegebene Anschrift als Ihnen zugegangen.

A. Wer sind die Vertragspartner?

1. **Vertragspartner** dieser Unfallversicherung sind
 - **Sie, als Versicherungsnehmerin bzw. Versicherungsnehmer**
und
 - **wir, die Generali Versicherung AG als Versicherer.**
2. Die **Rechte** aus diesem Vertrag werden ausschließlich von den **Vertragspartnern** ausgeübt.
3. Alle für Sie getroffenen Bestimmungen gelten sinngemäß auch für die versicherte Person und jene Personen, die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag geltend machen. Diese Personen sind neben Ihnen für die Erfüllung der Obliegenheiten, der Schadensminderungs- und Rettungspflicht (Abschnitt J) verantwortlich (§§ 182 und 183 VersVG).

B. Was ist versichert?

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

Art und Umfang des Versicherungsschutzes ergeben sich aus der Polizze, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen, vereinbarten Besonderen Bedingungen und den gesetzlichen Bestimmungen.

C. Wer ist versichert?

1. Versichert werden können Personen mit dauerndem Aufenthalt in Österreich. Falls die versicherte Person ihren dauernden Aufenthalt außerhalb Österreichs nimmt, sind wir berechtigt, den Vertrag innerhalb eines Monats ab Kenntnis schriftlich zu kündigen. Dieses Recht steht auch Ihnen zu.
2. In der Einzelversicherung sind **neugeborene Kinder** bereits versicherter Personen (Vater oder Mutter) bis zur Vollendung des ersten Lebensjahres prämienfrei mit 50% der Versicherungssummen (ohne Taggeld, ohne Freizeitplus) mitversichert. Diese Mitversicherung verlängert sich nicht automatisch. Besteht für die versicherten Personen mehrfacher, unterschiedlicher Versicherungsschutz, so ist der Vertrag mit dem höchsten Kapitalbetrag (Maximalleistung) für dauernde Invalidität maßgeblich.
3. Die Unfallversicherung kann gegen Unfälle, die Ihnen oder gegen Unfälle, die einem anderen zustoßen, genommen werden.
4. Eine Versicherung gegen Unfälle, die einem anderen zustoßen, gilt im Zweifel als **für Rechnung des anderen** genommen, das bedeutet, dass diesem die Versicherungsleistung zusteht (§ 179 Abs 2 VersVG). 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.
5. Wird eine Versicherung gegen Unfälle, die einem anderen zustoßen, von Ihnen **für eigene Rechnung** genommen (die Versicherungsleistung steht Ihnen zu), 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 (§ 179 Abs 3 VersVG).

D. Wo und wann besteht Versicherungsschutz?

1. Den örtlichen und zeitlichen Geltungsbereich des Vertrages entnehmen Sie bitte Ihrer Polizze. Sofern nichts abweichendes vereinbart wurde, besteht Versicherungsschutz für Unfälle, die sich während der Wirksamkeit des Versicherungsschutzes
 - auf der ganzen Welt
 - rund um die Uhrereignen.
2. Der **Versicherungsschutz wird** mit der Einlösung der Polizze (siehe Abschnitt M, Punkt 1), jedoch nicht vor dem vereinbarten Versicherungsbeginn **wirksam**. Wird die erste oder einmalige Prämie erst danach eingefor-

dert, aber innerhalb von 14 Tagen oder ohne schuldhaften Verzug gezahlt, ist der Versicherungsschutz bereits ab dem vereinbarten Versicherungsbeginn gegeben.

3. Soll der Versicherungsschutz schon vor der Einlösung der Polizza beginnen (**vorläufige Deckung**), ist die ausdrückliche Zusage der vorläufigen Deckung durch uns erforderlich. Ist eine vorläufige Deckung vereinbart, endet diese mit der Aushändigung der Polizza.
Kommt der Vertrag wegen Ablehnung des Antrages oder Nichteinigung über Art oder Umfang des Versicherungsschutzes oder die Prämienhöhe nicht zustande, steht uns die auf die Zeit der vorläufigen Deckung entfallende anteilige Prämie zu (§ 1a Abs. 2 VersVG).

E. Was ist ein Unfall?

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

Gesundheitsschädigungen, die die versicherte Person bei rechtmäßiger Verteidigung oder bei der Bemühung zur **Rettung von Menschenleben** oder Sachen erleidet, gelten als unfreiwillig erlitten.

Bei **Vergiftungen durch plötzlich ausströmende Gase und Dämpfe** wird der Begriff der Plötzlichkeit auch dann angenommen, wenn die versicherte Person durch besondere Umstände den Einwirkungen von Gasen oder Dämpfen mehrere Stunden lang unfreiwillig ausgesetzt war. Ausgeschlossen bleiben jedoch Berufskrankheiten.

- 1.1. Versichert sind auch Gesundheitsschädigungen durch Ertrinken bzw. Ersticken unter Wasser sowie **tauchtypische Gesundheitsschädigungen** (Barotraumen (kompressionsbedingt und dekomppressionsbedingt, auch Gasembolie), Dekomppressionskrankheit).
- 1.2. Für Gesundheitsschädigungen, die aufgrund akuter Mangeldurchblutung des Herzmuskels entstanden sind (z.B. **Herzinfarkt**), wird 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.

Für Gesundheitsschädigungen, die aufgrund akuter Mangeldurchblutung des Gehirns entstanden sind (z.B. **Schlaganfall**, ischämischer Insult), wird eine Leistung erbracht, wenn ein überwiegender Kausalzusammenhang mit einer unmittelbaren Verletzung oder einem Verschluss des betreffenden Blutgefäßes besteht und diese durch eine direkte mechanische Einwirkung von außen verursacht worden sind.
- 1.3. Für organisch bedingte **Störungen des Nervensystems** wird eine Leistung von uns erbracht, wenn und soweit diese Störung auf eine durch den Unfall verursachte organische Schädigung zurückzuführen ist.
- 1.4. Für **Bandscheibenhernien** jeder Art wird eine Leistung erbracht, wenn sie durch direkte Verletzung der Wirbelsäule entstehen, oder als Unfallgeschehen ein maximaler Dreh-, Dehn- oder Stauchmechanismus vorliegt und die Verletzung als „neu“ durch entsprechende bildgebende Verfahren (wie MRT) dokumentiert ist.
- 1.5. Für **Bauch- und Unterleibsbrüche** jeder Art wird eine Leistung erbracht, wenn sie durch eine von außen kommende mechanische Einwirkung direkt herbeigeführt worden sind und nicht anlagenbedingt waren.
2. Als Unfall gelten auch:
 - wenn durch eine erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule ein Gelenk **verrenkt** oder durch ein gleichartiges Ereignis Muskeln, Sehnen, Bänder, Kapseln oder Menisci **gezerrt** oder **zerrissen** werden. Hinsichtlich krankhaft abnützungsbedingter Einflüsse findet Abschnitt I „Einschränkungen der Leistung“, Punkt 1 Anwendung;
 - Folgen des **Verschluckens von Gegenständen** bei Kindern bis zum vollendeten 7. Lebensjahr;
 - Folgen der **versehentlichen Einnahme** von für den Verzehr nicht vorgesehenen Stoffen;
Ausgeschlossen sind die Folgen der unabsichtlichen Einnahme verdorbener, bakteriell oder virologisch belasteter Lebensmittel (z.B. Nahrungsmittelvergiftung, Salmonelleninfektion);
 - Unfälle, die durch einen **Herzinfarkt** oder **Schlaganfall** der versicherten Person herbeigeführt wurden.
3. Eine **Gesundheitsschädigung** als Folge eines Unfalles gemäß Punkt 1 und 2 gilt als nachgewiesen, wenn diese unverzüglich nach dem Unfallereignis medizinisch festgestellt und ärztlich behandelt wurde.

F. Welche Infektionskrankheiten gelten als Unfallfolgen?

1. Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf die Folgen der **Kinderlähmung** und der durch Zeckenbiss übertragenen **Frühsommer-Meningoencephalitis** und **Borreliose**, wenn die Erkrankung serologisch festgestellt wurde und frühestens 15 Tage nach Beginn bzw. 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, Frühsommer-Meningoencephalitis oder Borreliose diagnostizierten Krankheit konsultiert wurde.

Eine Leistung wird von uns nur für Tod oder dauernde Invalidität erbracht.

2. Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf die Folgen des **Wundstarrkrampfes** und der **Tollwut**, wenn diese durch einen Unfall gemäß Abschnitt E, Punkt 1 verursacht wurden.
3. Nicht als Versicherungsfall gelten andere Infektionskrankheiten, wenn sie
 - durch Insektenstiche oder -bisse oder
 - durch sonstige geringfügige Haut- oder Schleimhautverletzungenverursacht wurden, durch die Krankheitserreger sofort oder später in den Körper gelangten.
4. Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf **Wundinfektionen** infolge einer Unfallverletzung.

G. Was versteht man unter „Dauernder Invalidität“? Wie wird der Invaliditätsgrad bemessen?

1. Dauernde Invalidität liegt vor, wenn die versicherte Person durch den Unfall auf Lebenszeit in ihrer **körperlichen** oder **geistigen Leistungsfähigkeit** beeinträchtigt ist.
Der Eintritt dauernder Invalidität ist notwendige Voraussetzung für Zahlungen aus den Leistungsarten „**Unfallkapital**“, „**Zusatzkapital**“ und „**Unfallrente**“.

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

2. Die dauernde Invalidität muss
 - **innerhalb eines Jahres** nach dem Unfall eingetreten sein und
 - **innerhalb von 15 Monaten** nach dem Unfall durch einen ärztlichen Befundbericht festgestellt und bei uns geltend gemacht werden. Aus dem ärztlichen Befundbericht müssen Art und Umfang der Gesundheitsschädigung und die Möglichkeit einer auf Lebenszeit dauernden Invalidität hervorgehen.
3. Maßgeblich für die Ermittlung der dauernden Invalidität ist der Zustand der Beeinträchtigung der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit zum Zeitpunkt der ärztlichen Untersuchung bzw. zum Zeitpunkt der Erstellung des medizinischen Gutachtens.

Bei völligem Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane gelten zur Bemessung des **Invaliditätsgrades** ausschließlich, soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, die folgenden Bewertungsgrundlagen (Gliedertaxe):

eines Armes	70%
eines Daumens	20%
eines Zeigefingers oder Mittelfingers	10%
eines anderen Fingers	5%
eines Beines	70%
einer großen Zehe	5%
einer anderen Zehe	2%
der Sehkraft beider Augen	100%
der Sehkraft eines Auges	60%

sofern jedoch die Sehkraft des anderen Auges vor Eintritt	
des Versicherungsfalles bereits verloren war	80%
des Gehörs beider Ohren	60%
des Gehörs eines Ohres	20%
sofern jedoch das Gehör des anderen Ohres vor Eintritt	
des Versicherungsfalles bereits verloren war	50%
des Geruchssinnes	10%
des Geschmackssinnes	10%
der Milz	10%
einer Niere	20%
beider Nieren oder wenn die Funktion der zweiten Niere	
vor dem Eintritt des Versicherungsfalles bereits verloren war	50%
der Stimme	30%
des Magens	20%
der männlichen Geschlechtsorgane	30%
der weiblichen Brust (je Seite)	15%

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.

4. Bei **Teilverlust oder Funktionsbeeinträchtigung** gilt der entsprechende Teil des jeweiligen Prozentsatzes.
5. Ist die Funktion mehrerer Körperteile oder Sinnesorgane durch den Unfall beeinträchtigt, werden die ermittelten Invaliditätsgrade zusammengerechnet. Mehr als 100% werden jedoch nicht berücksichtigt.
6. Bei der Bemessung des Invaliditätsgrades wird ein Abzug in Höhe einer **Vorinvalidität** vorgenommen, wenn durch den Unfall eine körperliche oder geistige Funktion betroffen ist, die schon vorher beeinträchtigt war.
7. Steht der **Grad der dauernden Invalidität nicht eindeutig** fest, sind sowohl die versicherte Person als auch wir berechtigt, den Invaliditätsgrad jährlich bis vier Jahre ab dem Unfalltag ärztlich neu bemessen zu lassen.
8. 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.

H. Welche Leistungsarten können versichert werden?

Die Leistungsarten, die Sie vereinbaren können, werden im Folgenden beschrieben.

Die von Ihnen mit uns vereinbarten Leistungsarten und die Versicherungssummen ergeben sich aus der Polizza.

Leistungsart	Leistungsumfang
I. Unfallkapital	1. Die Versicherungssumme für das Unfallkapital ergibt sich aus der in der Polizza angeführten Variante. Die Höhe der Leistung wird aus der Versicherungssumme berechnet, die für den unfallbedingten Invaliditätsgrad vorgesehen ist (siehe Anhang). 2. Entsteht aufgrund eines Unfalles innerhalb von 2 Jahren eine schwere Entstellung des Gesichtes (z.B. Narben), die eine eindeutige Erschwerung des wirtschaftlichen Fortkommens oder eine schwere psychische Belastung der versicherten Person zur Folge hat, zahlen wir 5% der Maximalleistung
II. Zusatzkapital	1. Zusatzkapital ab 50% Für einen unfallkausalen Gesamtinvaliditätsgrad von 50% bis 99% leisten wir die für „Zusatzkapital“ vereinbarte Versicherungssumme. Bei einem unfallkausalen Gesamtinvaliditätsgrad von 100% wird die für „Zusatzkapital“ vereinbarte Versicherungssumme verdoppelt. 2. Zusatzkapital ab 25% Für einen unfallkausalen Gesamtinvaliditätsgrad von 25% bis 49% leisten wir 50% der für „Zusatzkapital“ vereinbarten Versicherungssumme. Beträgt der festgestellte unfallkausale Gesamtinvaliditätsgrad 50% oder mehr leisten wir 100% der für „Zusatzkapital“ vereinbarten Versicherungssumme.
III. Unfallrente	1. Unfallrente ab 50% Ab einem unfallkausalen Gesamtinvaliditätsgrad von 50% wird die Unfallrente gezahlt. 2. Unfallrente ab 30% Wir zahlen ab einem unfallkausalen Gesamtinvaliditätsgrad - von 30%.....30% der vereinbarten Unfallrente; - von 50%,.....50% der vereinbarten Unfallrente; - von 70%.....die Unfallrente in voller Höhe. 3. Wir zahlen die Unfallrente unabhängig vom Lebensalter der versicherten Person. Die Rentenzahlung erfolgt monatlich im vorhinein. Die Rentenzahlung erfolgt rückwirkend ab dem Monat, in welchem sich der Unfall ereignet hat. Die Rentenzahlung endet mit Ablauf der vereinbarten Dauer, jedenfalls jedoch mit dem Tod der versicherten Person. Wertsicherung Wenn im Vertrag (Polizza) vereinbart, wird die Unfallrente für die Dauer des Leistungsbezuges zum 1. Jänner jedes Jahres um 2% erhöht.

Leistungseinschränkungen	Besonderheiten
1. Für Invaliditätsgrade von weniger als 50% wird keine Leistung erbracht. 2. Für Invaliditätsgrade von weniger als 25% wird keine Leistung erbracht.	Eine Erhöhung der Versicherungssumme aufgrund „Freizeitplus“ findet nicht statt.
1. Für Invaliditätsgrade von weniger als 50% wird keine Leistung erbracht. 2. Für Invaliditätsgrade von weniger als 30% wird keine Leistung erbracht.	3. Invaliditätsgrade aufgrund mehrerer Unfälle werden nicht zusammengerechnet. Sollte eine neuerliche ärztliche Bemessung innerhalb von 4 Jahren nach dem Unfall ergeben, dass der unfall-kausale Invaliditätsgrad gesunken ist, besteht ab dem Tag dieser Feststellung Anspruch auf den jeweils niedrigeren Rentenbetrag bzw. erlischt der Anspruch auf die Rente. Bis zu diesem Zeitpunkt geleistete Rentenzahlungen werden von uns nicht zurückverlangt. Sie können statt der lebenslangen Rente die Auszahlung des Ablösekapitals verlangen, wenn die versicherte Person zum Zeitpunkt dieser Erklärung das 18. Lebensjahr vollendet hat. Das Ablösekapital richtet sich nach dem zum Zeitpunkt des Unfalls vollendeten Lebensjahr der versicherten Person. Ist ein Anspruch auf Unfallrente entstanden, zahlen wir das Ablösekapital frühestens nach Ablauf von 4 Jahren nach dem Unfall aus. Die Auszahlung des Ablösekapitals muss innerhalb von 5 Jahren nach dem Unfall beantragt werden. Vollendet eine minderjährige versicherte Person das 18. Lebensjahr nach Ablauf von 4 Jahren nach dem Unfall, muss das Ablösekapital innerhalb eines Jahres ab diesem Zeitpunkt beantragt werden. Die bis zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme des Ablösekapitals bereits geleisteten Rentenzahlungen werden auf das Ablösekapital angerechnet.

Leistungsart	Leistungsumfang
IV. Unfalltod	1. Tritt innerhalb eines Jahres vom Unfalltag an gerechnet der Tod als Folge des Unfalles ein, wird die für Unfalltod vereinbarte Summe gezahlt. Auf die Todesfalleistung werden nur Zahlungen, die für dauernde Invalidität aus demselben Ereignis geleistet worden sind, angerechnet. Einen Mehrbetrag an Leistung für dauernde Invalidität können wir nicht zurückverlangen. 2. Bei unfallbedingtem Tod einer versicherten und erwerbstätigen Person zahlen wir an deren leibliche oder adoptierte minderjährige Kinder, sofern diese bei uns unfallversichert sind, eine Waisenrente. Bei einer vereinbarten Maximalleistung für „Unfalltod“ von mindestens - EUR 30.000,-- beträgt die monatliche Waisenrente je Kind EUR 100,--; - EUR 100.000,-- beträgt die monatliche Waisenrente je Kind EUR 200,--.
V. Taggeld	Wir zahlen Taggeld bei dauernder oder vorübergehender Invalidität, abgestuft nach dem Grad der Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit der versicherten Person in ihrem ausgeübten Beruf.
VI. Soforthilfe	Wir zahlen eine Soforthilfe, wenn durch einen Unfall eine stationäre Behandlung in einem Spital innerhalb von zwei Jahren nach Eintritt des Unfalles medizinisch notwendig wird. Bei einem Spitalsaufenthalt von mehr als 15 Tagen werden 100%, von mehr als 10 Tagen werden 50%, von mehr als 5 Tagen werden 25% der vereinbarten Summe geleistet. Wenn die versicherte Person unfallbedingt einen Knochenbruch erleidet und die oben angeführte Leistung nicht erbracht wird, zahlen wir eine Soforthilfe in Höhe von 10% der Versicherungssumme.
VII. Spitalgeld nach Unfall	Spitalgeld wird für jeden Kalendertag, an dem sich die versicherte Person wegen eines Versicherungsfalles in medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in einem Spital befindet, gezahlt.

Leistungseinschränkungen	Besonderheiten
1. Für Personen unter 15 Jahren werden im Rahmen der Versicherungssumme nur die nachweislich aufgewendeten Begräbniskosten (Kosten der Überführung des Toten und der Bestattung - einschließlich Grabstelle und Grabstein) ersetzt. 2. Die Rentenleistung endet mit - dem Tod des bezugsberechtigten Kindes, - spätestens jedoch mit Ablauf des Monats, in dem das bezugsberechtigte Kind das 18. Lebensjahr vollendet.	1. Zum Empfang der Begräbniskosten für Personen unter 15 Jahren ist ohne Rücksicht auf die Regelung der Bezugsberechtigung der Überbringer der Originalrechnungen berechtigt.
Die Leistung wird für längstens 365 Tage innerhalb von 4 Jahren ab dem Unfalltag erbracht. Wenn die dauernde Invalidität für Kapitalleistungen noch nicht endgültig festgestellt wurde, wird das Taggeld bis zur endgültigen Feststellung längstens bis zum 730. Tag ab dem Unfalltag bezahlt.	Übt die versicherte Person im Unfallszeitpunkt keinen Beruf aus, wird die Dauer der Arbeitsunfähigkeit nach allgemeiner medizinischer Erfahrung bzw. nach Maßgabe der Beeinträchtigung körperlicher oder geistiger Funktionen ermittelt. Die Mitversicherung des Taggeldes entfällt mit dem Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person die berufliche Tätigkeit beendet, jedenfalls mit Ende des Versicherungsjahres in dem sie das 70. Lebensjahr vollendet.
Sind aufgrund eines Unfalles mehrere stationäre Behandlungen notwendig, werden für die Bemessung der Höhe der Sofortleistung die Aufenthaltstage zusammengerechnet. Für jeden Unfall wird maximal die vereinbarte Summe als Sofortleistung gezahlt. Der Knochenbruch muss unmittelbar nach dem Unfallereignis radiologisch dokumentiert und ärztlich behandelt werden. Der knöcherne Abriss einer Sehne sowie Knochensplitterungen und ähnliche Verletzungen gelten nicht als Knochenbruch. Bei mehreren Knochenbrüchen aufgrund eines Unfalles wird die Soforthilfe in Höhe von 10% der Versicherungssumme nur einmal gezahlt.	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 Sanitätseinrichtungen des Bundesheeres. Nicht als Spitäler gelten z.B. Sonderkrankenanstalten und Pflegeanstalten für Lungenkranke sowie für unheilbar chronisch Erkrankte, Erholungs- und Genesungsheime, Altersheime und deren Krankenabteilungen sowie Kuranstalten, ferner Sonderkrankenanstalten und Pflegeanstalten für Nerven- und Geisteskranke. Die Soforthilfe nach Knochenbruch wird auch gezahlt, wenn bei versicherten Personen vor Vollendung des 18. Lebensjahres durch einen Unfall eine Wachstumsfuge verletzt und daraufhin behandelt wird.
Die Leistung wird längstens 365 Tage innerhalb von 4 Jahren ab dem Unfalltag erbracht.	Die unter Punkt VI. „Soforthilfe“ vorgenommene Definition von Spitälern ist auch für diese Leistungsart maßgeblich.

Leistungsart	Leistungsumfang
VIII. Spitalgeld mit Krankengeld nach Unfall	1. Spitalgeld wird für jeden Kalendertag, an dem sich die versicherte Person wegen eines Versicherungsfalles in medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in einem Spital befindet, gezahlt. 2. Krankengeld wird bezahlt im unmittelbaren Anschluss an eine Leistung gemäß Punkt 1 für jeden Kalendertag, an dem die versicherte Person aufgrund des Versicherungsfalles völlig (100%ig) arbeitsunfähig ist. Völlige (100%ige) Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn eine ausgeübte berufliche Tätigkeit nach objektivem ärztlichen Urteil in keiner Weise ausgeübt werden kann und auch tatsächlich nicht ausgeübt wird.

IX. Unfallassistance und Unfallkosten

Notfallnummer aus dem Inland:

0800/20 444 00

Notfallnummer aus dem Ausland:

+431/20 444 00

Leistungsbeschreibung	Ereignis
Telefon-, Faxnummern und Adressen von Gesundheitsdiensten , Ärzten, Krankenanstalten	Notfall
Telefon-, Faxnummern und Adressen von Apotheken	Notfall
Notfalleinrichtungen , wie z.B. Rettung, Polizei, Feuerwehr, Bergrettung, Vergiftungszentrale	Notfall
Möglichkeiten der weitergehenden ärztlichen Behandlung nach Unfällen und von Behandlungsmöglichkeiten in Rehabilitationseinrichtungen	Unfall
Such-/Rettungs- und Bergeaktionen aus Berg- oder Wassernot; Suchen nach der versicherten Person und ihr Transport bis zur nächsten befahrbaren Straße oder bis zum dem Unfallort nächstgelegenen Spital.	Notfall, Unfall, Unfalltod
Hubschrauberrettung	Notfall, Unfall
Nottransport aus dem Ausland nach Österreich; medizinisch begründet (lebensbedrohende Unfallverletzung oder unzureichende ärztliche Versorgung im Ausland) und ärztlich angeordnet	Unfall
Überführung nach Unfalltod der versicherten Person an ihren letzten Wohnort in Österreich	Unfall
Verletztentransport , wenn die versicherte Person gehunfähig ist, zur Behandlung durch einen Arzt oder ins Krankenhaus; wenn die versicherte Person außerhalb des Wohnsitzes verunfallt ist, von der Unfallstelle bzw. dem Krankenhaus, in das sie nach dem Unfall gebracht wurde, an ihren Wohnort bzw. zum nächstgelegenen Krankenhaus, zusätzlich versichert ist auch der medizinisch notwendige Transport von einem Krankenhaus in ein anderes Krankenhaus	Unfall
Mehrkosten der planwidrigen Rückreise der versicherten Person an ihren Wohnort in Österreich	
- aufgrund der erforderlichen Heilbehandlung vor Ort	Unfall
- im Zuge eines Nottransportes aus dem Ausland auch für die im gemeinsamen Haushalt lebenden Familienangehörigen	Unfall
- bei stationären Heilbehandlungen von mitreisenden Personen bis zum vollendeten 16. Lebensjahr werden auch die Kosten der Hotelübernachtung einer Begleitperson übernommen - über den geplanten Zeitpunkt der Rückreise hinaus	Unfall
- Rückreise der Kinder mit Begleitung für mitreisende Personen bis zum vollendeten 16. Lebensjahr infolge Todes oder einer andauernden Heilbehandlung nach einem Unfall der verantwortlichen Familienangehörigen zum ständigen Wohnsitz	Unfall
Heilbehandlungen zur Behebung der Unfallfolgen, die nach ärztlicher Verordnung notwendig sind. Hierzu zählen auch	
- physikalische Behandlungen (medizinische Rehabilitation);	Unfall
- erstmalige Anschaffung künstlicher Gliedmaßen und eines Zahnersatzes sowie der Wiederbeschaffung bzw. Reparatur festsitzender, nicht abnehmbarer Zahnersätze und andere, nach ärztlichem Ermessen erforderliche, erstmalige Anschaffungen;	Unfall
- Leihgebühren für Heilbehelfe (z.B. Krücken, Rollstuhl, etc.);	Unfall
Kosmetische Operationen zur Behebung der Unfallfolgen	Unfall

Leistungseinschränkungen	Besonderheiten
1. Die Leistung wird längstens 365 Tage innerhalb von 4 Jahren ab dem Unfalltag erbracht. 2. Das Krankengeld wird innerhalb von 4 Jahren ab dem Unfalltag bezahlt: - je Krankenhausaufenthalt: ab Entlassung bis zu durchgehend 28 Tagen; - bei mehreren Krankenhausaufenthalten aufgrund des Versicherungsfalles: bis zu 42 Tagen.	1. Die unter Punkt VI. „Soforthilfe“ vorgenommene Definition von Spitälern ist auch für diese Leistungsart maßgeblich. 2. Die unter Punkt V. „Taggeld“ enthaltenen Regelungen zur mangelnden Ausübung eines Berufes im Unfallszeitpunkt und zum Entfall der Mitversicherung des Taggeldes gelten sinngemäß.

	Ort der Leistungserbringung	Art der Leistungserbringung	Kostenersatz
	weltweit	Information	voll, über unsere Notfallnummer
	Europa	Information	voll, über unsere Notfallnummer
	Österreich	Herstellung der Verbindung	voll, über unsere Notfallnummer
	weltweit	Information	voll, über unsere Notfallnummer
	weltweit	Herstellung der Verbindung zu einer hierfür eingerichteten Organisation (wie Bergrettung), Kostenersatz	bis zur 5-fachen Versicherungssumme
	weltweit	Herstellung der Verbindung zu einer hierfür eingerichteten Organisation (wie Bergrettung), Kostenersatz	voll, wenn Versicherungssumme mindestens EUR 3.000,--; sonst bis zur 5-fachen Versicherungssumme
	Ausland	Organisation, Kostenersatz	voll, wenn von uns organisiert; sonst bis zur 5-fachen Versicherungssumme
	weltweit	Organisation, Kostenersatz	voll, wenn von uns organisiert; sonst bis zur 5-fachen Versicherungssumme
	weltweit	Organisation und Kostenersatz für konzessionierte Transportunternehmen (auch Krankenwagen, Krankentaxi) und öffentliche Verkehrsmittel	bis Versicherungssumme
	weltweit	Organisation und Kostenersatz	voll, wenn von uns organisiert; sonst bis zur Versicherungssumme
	weltweit	Organisation und Kostenersatz	bis Versicherungssumme
	weltweit	Organisation und Kostenersatz	EUR 70,-- pro Nacht bis Versicherungssumme
	weltweit	Organisation und Kostenersatz	bis Versicherungssumme
	weltweit	Kostenersatz	bis Versicherungssumme
	weltweit	Kostenersatz	bis Versicherungssumme; für Zahnersatz 30% (bei versicherten Personen bis zum vollendeten 15. Lebensjahr 100% der Versicherungssumme)
	weltweit	Kostenersatz	bis Versicherungssumme
	weltweit	Kostenersatz	bis zur 5-fachen Versicherungssumme

Druckkammerbehandlungen	Unfall
Kosten der Begleitperson für die Dauer der stationären Heilbehandlung einer versicherten Person bis zum vollendeten 15. Lebensjahr	Unfall
Psychologische Betreuung der versicherten Person, wenn diese einen Unfall mit einer voraussichtlichen dauernden Invalidität von mindestens 30% erleidet; bei Unfalltod auch der nahen Angehörige (Eltern, Ehegatten, Kinder)	Unfall
Pflege der pflegebedürftigen Person durch eine dafür ausgebildete und gesetzlich autorisierte Person oder dafür zugelassene Einrichtung, und wenn sie von uns organisiert wird; Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge eines Unfalles (Abschnitt E) so hilflos ist, dass sie zumindest für drei der gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Grundverrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens in erheblichem Umfang täglich der Hilfe einer anderen Person bedarf. Zu diesen Grundverrichtungen zählen Aufstehen und Zubettgehen, An- und Auskleiden, Körperpflege, Zubereitung und Aufnahme der Nahrung, Aufsuchen der Toilette, Einnahme von Medikamenten und Wundpflege. Eine versicherte Person gilt jedenfalls als pflegebedürftig, wenn sie dauernd bettlägerig ist und nicht ohne fremde Hilfe aufstehen kann.	Unfall
REHAB-Management: Medizinische, soziale und berufliche Rehabilitation, innerhalb von 2 Jahren, für Personen bis zum vollendeten 15. Lebensjahr innerhalb von 5 Jahren vom Unfalltag an. Medizinische Rehabilitation, wie - ärztliche Begleitung der Rehabilitationsmaßnahmen; - Physio-, Logo-, Bewegungs-, Wärme- und Kälte-, Elektro- sowie Unterwassertherapie und Massagen durch zur selbständigen Berufsausübung Berechtigte; - Behandlung in Rehabilitationseinrichtungen. Soziale Rehabilitation, wie - Soziale Einrichtungen: Hilfestellung bei Kontakten zu Ämtern/Behörden, Sozialversicherungsträgern, Versicherungen, Organisationen von Transport, Pflege, Essen auf Rädern, Haushaltshilfen, etc.; - Wohnung: Analyse und Planung von notwendigen baulichen Adaptierungen des Wohnraumes, sowie Kontakte zu spezialisierten Bauunternehmen und Architekten; - Mobilität: Hilfestellung bei Beschaffung eines behindertengerechten Fahrzeuges, Hilfestellung bei Organisation eines Behinderten-Parkplatzes, Hilfestellung bei Inanspruchnahme der öffentlichen Verkehrsmittel; - Nachhilfeunterricht. Berufliche Rehabilitation, wie - Perspektivenentwicklung mit umfangreicher Diagnostik, Berufsorientierung und Berufsfindung, möglichen Fördermaßnahmen; - Maßnahmen zur beruflichen Qualifizierung: Arbeitsrelevante Maßnahmen der Bildung und beruflichen Praxis;	Unfall
Bitte beachten Sie! Definition „Notfall“: Ein Notfall liegt vor, wenn die versicherte Person von einer unmittelbaren Gefahr (z.B. akute Erkrankung, Epidemie am Aufenthaltsort, Zwangslage durch Witterungseinflüsse) für Leben, körperliche Unversehrtheit oder Gesundheit bedroht ist. Voraussetzungen für den Kostenersatz Wir ersetzen Unfallkosten, die innerhalb von 2 Jahren (bei versicherten Personen bis zum vollendeten 15. Lebensjahr innerhalb von 5 Jahren) vom Unfalltag an gerechnet entstehen. Wir bezahlen keine Kosten, soweit von einem Sozialversicherungsträger oder von einem sonstigen Leistungsträger Ersatz zu leisten ist oder geleistet wurde. Grundlage für den Kostenersatz: Die Versicherungssumme für „Unfallassistance und Unfallkosten“ steht einmal pro Versicherungsfall zur Verfügung. Der Kostenersatz für die Leistungsbeschreibungen von Such-/Rettungs- und Bergeaktionen, Hubschrauberrettung, Nottransport sowie Überführung, kosmetische Operationen, Druckkammerbehandlung und REHAB-Management steht jeweils additiv zur Verfügung. Wertsicherung des Kostenersatzes Die Unfallkosten sind wertgesichert. Zur Festsetzung der erforderlichen Anpassung werden von uns laufend die der letzten	

	weltweit	Organisation und Kostenersatz	bis 5-fache Versicherungssumme
	weltweit	Kostenersatz	bis Versicherungssumme
	im deutschsprachigen Raum	Organisation, Kostenersatz	bis 20% der Versicherungssumme
	Österreich	Organisation, Kostenersatz ab Nachweis der Pflegebedürftigkeit	bis Versicherungssumme
	Österreich	Beratung, Begleitung, Organisation, Kostenersatz	bis 5-fache Versicherungssumme, wenn voraussichtlich mit einer dauernden Invalidität von mindestens 30% zu rechnen ist; bis Versicherungssumme, wenn voraussichtlich mit einer dauernden Invalidität bis 29% zu rechnen ist.

Tarifikalkulation zugrunde liegenden Rechnungsbeträge (rechnungsmäßiger Schaden) mit den zu erwartenden Rechnungsbeträgen (tatsächlich angefallener Schaden zuzüglich feststellbarer Kostenenerhöhung) verglichen. Ergibt dieser Vergleich eine Änderung, werden Leistungen und Prämien dem geänderten Bedarf angepasst.

Die neuen Prämien und Leistungen werden zum Ersten des Monats wirksam, der der schriftlichen Benachrichtigung folgt. Sie sind berechtigt, innerhalb eines Monats nach Empfang der Mitteilung schriftlich der Wertanpassung zu widersprechen. In diesem Fall verändern sich die Versicherungssummen in dem Verhältnis, in dem sich die Prämien durch die Wertanpassung verändert haben.

Einschränkung des Kostenersatzes aus Heilkosten

Keine Leistungen werden erbracht für die Folgen von Ausbeißen von Zähnen bzw. Teilen von Zähnen.

Weiters werden nicht ersetzt: Kosten für Kur-, Bade-, Erholungsreisen und –aufenthalte, ferner Kosten der Reparatur oder der Wiederbeschaffung eines abnehmbaren Zahnersatzes, künstlicher Gliedmaßen oder sonstiger künstlicher Behelfe sowie für die Anschaffung von Trainingsgeräten oder Geräten zur Verbesserung der Fortbewegung.

Organisation ärztlicher Behandlung und Behandlung in Rehabilitationseinrichtungen

Wir können die Verfügbarkeit eines bestimmten Behandlers oder einer bestimmten Rehabilitationseinrichtung zu einem bestimmten Zeitpunkt leider nicht garantieren. Unsere Leistung ist von der personellen Ausstattung und der Auslastung der geeigneten Einrichtungen abhängig.

I. Was ist bei den jeweiligen Leistungsarten zu beachten?

1. Einschränkungen der Leistung

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

- 1.1. Haben **Krankheiten oder Gebrechen** bei der durch ein Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, ist im Falle einer Invalidität der Prozentsatz des Invaliditätsgrades, ansonsten die Leistung entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens zu vermindern.
Dies gilt insbesondere auch, wenn die Gesundheitsschädigung durch einen abnutzungsbedingten Einfluss mit Krankheitswert, wie beispielsweise Arthrose, mitverursacht worden ist.
- 1.2. Ausgeschlossen sind krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen (z.B. **Psychosen, Neurosen**), auch wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden.

2. Fälligkeit der Leistung

Wir sind verpflichtet, bei allen Ansprüchen aus der Unfallversicherung 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 Frist beginnt mit dem Eingang der Unterlagen, die der Anspruchsberechtigte zur Feststellung des Unfallherganges, der Unfallfolgen und über den Abschluss des Heilverfahrens uns vorzulegen hat.

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.

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 VersVG)

Vor Abschluss des Heilverfahrens kann ein Vorschuss auf eine Invaliditätsleistung innerhalb eines Jahres nur bis zur Höhe einer für die Leistungsart „Unfalltod“ vereinbarten Summe beansprucht werden. Ist die Leistungsart „Unfalltod“ nicht versichert, höchstens bis einem Viertel der für „Unfallkapital“ versicherten Maximalleistung.

3. Grundlagen der Leistungserledigung

Grundlage der Leistungserledigung sind alle vorliegenden Dokumente, medizinische Befunde und Gutachten von Sachverständigen.

Medizinische Gutachten werden nur von solchen Ärzten anerkannt, die zur selbständigen Ausübung des ärztlichen Berufes als Facharzt im jeweiligen medizinischen Sonderfach berechtigt sind und an der Heilbehandlung der versicherten Person nicht mitgewirkt haben.

Wir bezahlen nur die Kosten jener Gutachten, die von uns in Auftrag gegeben wurden.

4. Verjährung (§ 12 VersVG)

Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren.

Die Verjährungsfrist von Ansprüchen von Personen, die nicht Vertragspartei sind, beginnt zu laufen, sobald diesen ihr Recht auf unsere Leistung bekannt geworden ist. Nach zehn Jahren tritt jedoch jedenfalls Verjährung ein.

Wurde ein Anspruch bei uns angemeldet, ist die Verjährung bis zum Einlangen unserer in geschriebener Form übermittelten Entscheidung gehemmt.

Diese muss zumindest mit

- einer der Ablehnung derzeit zugrunde gelegten Tatsache und
- einer gesetzlichen oder vertraglichen Bestimmung begründet sein.

Nach zehn Jahren tritt jedoch jedenfalls Verjährung ein.

Wir sind von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Leistungsanspruch nicht innerhalb eines Jahres gerichtlich geltend gemacht wird.

Die Frist beginnt erst, nachdem wir Ihnen gegenüber den erhobenen Anspruch in der oben beschriebenen Weise und unter Angabe der mit dem Fristablauf verbundenen Rechtsfolge abgelehnt haben. Die Frist ist für die Dauer von Vergleichsverhandlungen über den erhobenen Anspruch und während Sie ohne Ihr Verschulden an der rechtzeitigen gerichtlichen Geltendmachung des Anspruchs gehindert sind, gehemmt.

J. Was ist zur Wahrung des Versicherungsschutzes zu beachten?

Vor Eintritt des Versicherungsfalles

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

Versichert sind jedoch Unfälle bei der Verwendung von landwirtschaftlichen Fahrzeugen auf Flächen ohne öffentlichen Verkehr auch dann, wenn die kraftfahrrechtliche Berechtigung für das Lenken auf Straßen mit öffentlichem Verkehr nicht vorhanden ist.

Nach Eintritt des Versicherungsfalles

Ohne Ihre Mitwirkung und die der versicherten Person können wir unsere Leistung nicht erbringen.

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

1. Nach einem Unfall, der voraussichtlich eine Leistungspflicht herbeiführt, müssen Sie oder die versicherte Person unverzüglich einen Arzt hinzuziehen, seine Anordnungen befolgen und uns den Unfall unverzüglich melden.
2. Ein von uns übersandtes Unfallmeldeformular müssen Sie oder die versicherte Person wahrheitsgemäß ausfüllen und uns unverzüglich zurücksenden; von uns darüber hinaus geforderte sachdienliche Auskünfte müssen in gleicher Weise erteilt werden.
3. Werden Ärzte von uns beauftragt, muss sich die versicherte Person auch von diesen untersuchen lassen.
4. Die Ärzte die die versicherte Person – auch aus anderen Anlässen – behandelt oder untersucht haben, andere Versicherer, Versicherungsträger und Behörden sind zu ermächtigen, alle erforderlichen Auskünfte gemäß § 11a VersVG zu erteilen und Berichte zu liefern.
5. Hat der Unfall den Tod zur Folge, ist uns dies innerhalb von drei Tagen zu melden, auch wenn uns der Unfall schon angezeigt war
Uns ist das Recht zu verschaffen, gegebenenfalls eine Obduktion durch einen von uns beauftragten Arzt vornehmen zu lassen.
6. Ist auch Spitalgeld nach Unfall versichert oder besteht ein Anspruch auf Soforthilfe so ist uns, wenn die versicherte Person in ein Spital eingewiesen ist, nach der Entlassung aus dem Spital eine Aufenthaltsbestätigung der Spitalverwaltung zuzusenden.
7. Bei Ansprüchen auf Kostenersatz sind uns die aufgewendeten Kosten durch Originalbelege nachzuweisen. Die Belege gehen in unser Eigentum über.

K. Was ist nicht versichert?

Was ist eingeschränkt versichert?

1. Kein Versicherungsschutz besteht für Unfälle:
 - 1.1. der versicherten Person als **Luftfahrzeugführer** (auch Luftsportgeräteführer), soweit sie nach österreichischem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt, sowie als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeuges und bei der Benützung von Raumfahrzeugen;
 - 1.2. die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie vorsätzlich eine **Straftat** ausführt oder versucht;
 - 1.3. die unmittelbar oder mittelbar durch **Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse** verursacht sind.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die versicherte Person auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen wird.

Dieser Versicherungsschutz erlischt am Ende des 14. 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 Unfälle durch ABC-Waffen und im Zusammenhang mit einem Krieg oder kriegsähnlichen Zustand zwischen den Ländern China, Frankreich, Großbritannien, Japan, Russland oder USA.

1.4. 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;

1.5. der versicherten Person infolge einer **Geistes- oder Bewusstseinsstörung**, sowie durch epileptische oder andere **Krampfanfälle**, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen.

Geistes- und Bewusstseinsstörungen sind alle erheblichen Störungen der Aufnahme- und Reaktionsfähigkeit, die auf Krankheit oder künstlichen Mitteln beruhen, die versicherte Person außerstande setzen, den Sicherheitsanforderungen ihrer Umwelt zu genügen, und einen Grad erreicht haben, bei dem sie die Gefahrenlage nicht mehr beherrschen kann.

Unfälle, die durch einen Herzinfarkt oder Schlaganfall verursacht werden, sind versichert.

Es besteht Versicherungsschutz, wenn die Geistes- oder Bewusstseinsstörung durch **Trunkenheit** verursacht wird, beim Lenken von Kraftfahrzeugen jedoch nur, wenn der Blutalkoholgehalt zum Unfallszeitpunkt unter 1,3 Promille liegt.

Versicherungsschutz besteht auch, wenn diese Störungen oder Anfälle durch ein versichertes Unfallereignis verursacht waren.

1.6. bei **Heilmaßnahmen** oder Eingriffen am Körper der versicherten Person. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Heilmaßnahmen oder Eingriffe durch einen versicherten Unfall veranlasst waren.

1.7. bei einer **entgeltlich ausgeübten sportlichen Betätigung** und dem Training. Entgeltlichkeit liegt vor, wenn die versicherte Person mehr als einen bloßen Spesenersatz erhält.

Weiters besteht kein Versicherungsschutz für Unfälle, die die versicherte Person

- als von der österreichischen **Sporthilfe** geförderter Sportler bei der Ausübung der geförderten Sportart,
- bei Ausübung des **Fußballsports** in den beiden höchsten Spielklassen in Österreich,
- bei Ausübung einer anderen **Mannschaftssportart** in der höchsten Spielklasse in Österreich, erleidet. Unfälle beim Training für eine der genannten Sportarten sind ebenfalls nicht versichert.

1.8. bei der Ausübung folgender **gefährlicher Aktivitäten bzw. Sportarten**:

- Bergsteigen/Klettern mit außergewöhnlichem Risiko (z.B. Eisfallklettern); Tauchgänge mit außergewöhnlichem Risiko (z.B. Höhlen-, Wrack- und Eistauchen, Tauchen mit Haien ohne Schutzvorrichtungen) außer als Mitglied einer Rettungsorganisation im Einsatz; Bewerbe im Mountainbike (z.B. Downhill, Four Cross); Teilnahme an Expeditionen; Rekordversuche in den Bereichen Geschwindigkeit, Tauchen, Luftfahrt und Alpinistik; Schwerathletik (z.B. Gewichtheben, Kraftdreikampf); Vollkontakt-Kampfsportarten (z.B. Boxen, Karate);
- als Mitglied eines Nationalkaders auf dem Gebiet des nordischen und alpinen Schisports, des Snowboardens sowie Freestyling, Bob-, Skibob-, Skeletonfahrens oder Rodelns bei der Ausübung dieser Sportart;

1.9. die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeuges an **Fahrtveranstaltungen** einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten beteiligt, bei denen es auf das schnellstmögliche Zurücklegen einer vorgegebenen Fahrtstrecke oder die Bewältigung von Hindernissen bzw. schwierigem Gelände ankommt.

2. Für Unfälle bei den unten angeführten Tätigkeiten wird **eingeschränkt Versicherungsschutz** geboten. Dabei gelten die nachstehenden Summen als Grundlage für die Leistungen. Darüber hinaus besteht für Unfälle bei diesen Tätigkeiten kein Versicherungsschutz:

Unfallkapital	EUR	100.000,--*
Zusatzkapital	EUR	50.000,--*
Unfallrente	EUR	500,--
Unfalltod	EUR	50.000,--*
Taggeld	EUR	0,--
Soforthilfe	EUR	1.000,--
Spitalgeld	EUR	0,--
Unfallassistance und Unfallkosten	EUR	3.000,--

*Maximalleistung: Bei Leistungsart „Unfallkapital“ ist dieser Betrag Grundlage für die Ermittlung der Versicherungssummen aufgrund der vereinbarten Variante.

Dieser eingeschränkte Versicherungsschutz besteht für Unfälle:

- 2.1. der versicherten Person als **Pilot** und sonstiges Besatzungsmitglied bei Linienfluggesellschaften;
- 2.2. der versicherten Person als **Berufssportler** oder von der österreichischen Sporthilfe geförderter Sportler bei der Ausübung folgender sportlicher Betätigungen und dem Training:
 - Schwimmen;
 - Wasserball;
 - Wasserspringen;
 - Segeln;
 - Schießsport;
 - Tanzsport;
 - Fechten;
 - Beachvolleyball;
 - Golf.
- 2.3. der versicherten Person bei der Ausübung folgender **gefährlicher Aktivitäten bzw. Sportarten**:
 - Bergsteigen und Klettern ab Schwierigkeitsgrad 5 sowie Freeclimbing;
- 2.4. der versicherten Person **vor Vollendung des 14. Lebensjahres** bei der Ausübung der in den Punkten 1.7. – 1.9. angeführten gefährlichen Aktivitäten bzw. Sportarten.

L. Was gilt bei erheblicher Verschlechterung des Gesundheitszustandes der versicherten Person?

1. Verschlechtert sich der auf dem Antrag anzugebende Gesundheitszustand während der Vertragslaufzeit erheblich (vollständige Arbeitsunfähigkeit, schweres Nervenleiden oder Geisteskrankheit) sind wir berechtigt, den Versicherungsvertrag nach Maßgabe der individuellen Risikofaktoren der versicherten Person anzupassen. Dies kann durch Änderung der vereinbarten Leistungen (Summenreduktion, Ausschluss oder Anpassung einzelner Leistungsarten) und/oder mittels Prämienzuschlags erfolgen. Kann aufgrund der Schwere der gesundheitlichen Beeinträchtigung nach den Tarifbestimmungen grundsätzlich kein Versicherungsschutz geboten werden, sind wir innerhalb eines Monats ab Kenntnis vom Gesundheitszustand berechtigt, den Vertrag hinsichtlich der versicherten Person mit einer Kündigungsfrist von einem Monat zu kündigen.
2. **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.

Zu den **schweren Nervenleiden** zählen insbesondere Schäden, die eine starke körperliche Einschränkung bzw. Beeinträchtigung der täglichen Verrichtungen des Lebens und der Arbeitsfähigkeit nach sich ziehen. Darunter fallen u.a. Stadien der Multiplen Sklerose, des Morbus Parkinson bzw. Zustand nach Schlaganfall mit Einschränkung der Bewegungsfähigkeit, Epilepsie mit Anfällen trotz Therapie, Gewebeneubildung (Tumore) des Zentralen Nervensystems, Polyneuropathie mit Einschränkung der Bewegungsfähigkeit, schwere Verletzungen des Gehirns oder des Rückenmarks mit Einschränkung der Bewegungsfähigkeit.
3. Zu den **Geisteskrankheiten** zählen insbesondere manisch-depressive Psychosen, schizophrene und paranoide Störungen, Morbus Alzheimer und andere Demenzformen.

M. Wann sind die Prämien zu zahlen?

1. Die **erste** oder einmalige **Prämie** ist von Ihnen innerhalb von 14 Tagen nach dem Abschluss des Versicherungsvertrages (Zugang der Polizze oder einer gesonderten Annahmeerklärung) und nach der Aufforderung zur Prämienzahlung zu bezahlen (Einlösung der Polizze).

Die **Folgeprämien** sind zu den vereinbarten Fälligkeitsterminen zu entrichten.
Für die Folgen nicht rechtzeitiger Prämienzahlung gelten die §§ 38 ff VersVG.

Prämienfreistellungen

2. Wenn Sie während der Vertragsdauer **arbeitslos** werden, wird der Versicherungsschutz ab dem 4. Monat des Bezuges von Arbeitslosengeld, maximal für 12 Monate prämienfrei geboten. Die Prämienfreistellung muss von Ihnen beantragt werden, den Bezug des Arbeitslosengeldes haben Sie durch eine Bestätigung des Arbeitsamtes nachzuweisen.
3. Wenn Sie während der Vertragsdauer zum **Präsenzdienst oder Zivildienst** einberufen werden, wird der Versicherungsschutz für diesen Zeitraum prämienfrei geboten. Die Prämienfreistellung muss von Ihnen beantragt werden, die Ableistung des Präsenz- bzw. Zivildienstes haben Sie entsprechend nachzuweisen.

4. Wenn Sie während der Vertragsdauer **Kinderbetreuungsgeld** beziehen, wird der Versicherungsschutz maximal für die Dauer von 12 Monaten prämienfrei geboten. Die Prämienfreistellung muss von Ihnen beantragt werden, den Bezug des Kinderbetreuungsgeldes haben Sie durch eine Bestätigung des Sozialversicherungsträgers nachzuweisen.
5. In allen drei Fällen der Prämienfreistellung ist eine Beantragung erstmals nach einer Vertragsdauer von einem Jahr möglich, sofern der Grund für die Prämienfreistellung nicht bereits zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses bestanden hat. In allen drei Fällen der Prämienfreistellung wird weder Taggeld noch Krankengeld nach Unfall bezahlt. Innerhalb einer Vertragsdauer von 10 Jahren werden Prämienfreistellungen für maximal 24 Monate geboten.
6. Sollten Sie während der Dauer eines als **Kinderunfallversicherung** abgeschlossenen Vertrages sterben, so wird der Vertrag mit den zu diesem Zeitpunkt geltenden Versicherungssummen bis zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet, prämienfrei weitergeführt.

N. Was ist bei einer Änderung der Berufstätigkeit, Beschäftigung oder sportlichen Betätigung zu beachten?

1. Veränderungen der im Antrag anzugebenden Berufstätigkeit oder Beschäftigung der versicherten Person, sind unverzüglich anzuzeigen. Einberufungen zum ordentlichen Präsenzdienst, zum Zivildienst sowie zu kurzfristigen militärischen Reserveübungen gelten nicht als Änderung der Tätigkeit.
2. Ergibt sich für die **neue Berufstätigkeit** oder **Beschäftigung** der versicherten Person
 - nach unserem zur Zeit der Veränderung gültigen Tarif eine niedrigere Prämie, so ist nur diese vom Zugang der Anzeige an zu bezahlen (§ 41a VersVG).
 - eine höhere Prämie, so besteht für die Dauer von drei Monaten ab dem Zeitpunkt, zu dem uns die Anzeige hätte zugehen müssen, auch für die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung der volle Versicherungsschutz.

Tritt ein auf die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung zurückzuführender Versicherungsfall nach Ablauf der drei Monate ein, ohne dass Einigung über die Mehrprämie erreicht worden wäre, so reduzieren sich die Versicherungssummen in dem Ausmaß, in dem die tatsächlich berechnete Prämie hinter der für die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung erforderlichen Prämie zurückbleibt.

Wir verzichten einmalig auf diese Kürzung der Versicherungssummen beim ersten Versicherungsfall, der **innerhalb der vereinbarten Vertragslaufzeit** (siehe Abschnitt S. Punkt 2) auf die erstmalige Änderung der im Antrag angegebenen Berufstätigkeit oder Beschäftigung folgt.
 - Besteht für die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung grundsätzlich kein Versicherungsschutz, finden die Bestimmungen der §§ 23 ff VersVG (Gefahrenerhöhung) Anwendung.

O. Was ist bei einem Premium-Unfallschutz für Kinder zu beachten?

Für einen als **Premium-Unfallschutz für Kinder** abgeschlossenen Vertrag gelten die Versicherungssummen in der vereinbarten Höhe bis zum Ende des Monats, in dem die versicherte Person das **18. Lebensjahr** vollendet hat.

Ab diesem Zeitpunkt reduzieren sich die Versicherungssummen für die betreffende weibliche Person um 40%, für die betreffende männliche Person um 60%.

Durch Umstellung auf die Prämie für Jugendliche können Sie die Beibehaltung der Versicherungssummen bewirken.

Zu diesem Zweck erstellen wir für Sie eine Neufassung der Polizze mit den Prämien für Jugendliche. Sie können innerhalb eines Monats ab Erhalt des Dokuments der Vertragsänderung widersprechen. Der Vertrag wird in diesem Fall mit unveränderten Prämien und reduzierten Versicherungssummen fortgesetzt.

P. Was ist bei einem Premium-Unfallschutz für Jugendliche zu beachten?

Für einen **Premium-Unfallschutz für Jugendliche** gelten die vereinbarten Versicherungssummen bis zum Ende des Monats, in dem die versicherte Person das **22. Lebensjahr** vollendet hat.

Ab diesem Zeitpunkt reduzieren sich die Versicherungssummen für die betreffende Frau um 23% bzw. für den betreffenden Mann um 25%.

Durch Umstellung auf die Prämie für Erwachsene können Sie die Beibehaltung der Versicherungssummen bewirken.

Zu diesem Zweck erstellen wir für Sie eine Neufassung der Polizze mit den Prämien für Erwachsene. Sie können innerhalb eines Monats ab Erhalt des Dokuments der Vertragsänderung widersprechen. Der Vertrag wird in diesem Fall mit unveränderten Prämien und reduzierten Versicherungssummen fortgesetzt.

Q. Was ist bei einem Premium-Unfallschutz für Erwachsene zu beachten?

Für einen Vertrag, der nicht als Premium-Unfallschutz „Fit lang leben“ oder als „Seniorenunfallvorsorge“ abgeschlossen wurde, gelten die vereinbarten Versicherungssummen bis zum Ende des Monats, in dem die versicherte Person das **70. Lebensjahr** vollendet. Ab diesem Zeitpunkt erfolgt eine Umstellung des Vertrages auf einen Premium-Unfallschutz „Fit lang leben“.

Zu diesem Zweck erstellen wir für Sie eine Neufassung der Polizze mit den geänderten Leistungen und Prämien für Premium-Unfallschutz „Fit lang leben“. Sie können innerhalb eines Monats ab Erhalt des Dokuments der Vertragsänderung widersprechen.

Der Vertrag wird in diesem Fall mit unveränderten Prämien und reduzierten Versicherungssummen fortgesetzt. Die Versicherungssummen reduzieren sich für die betreffende Frau um 50% bzw. für den betreffenden Mann um 25%.

R. Was gilt bei Meinungsverschiedenheiten?

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 Krankheit oder Gebrechen sowie im Falle des Abschnitt G, Punkt 7 entscheidet die **Ärztekommission**.

Die Entscheidung der Ärztekommision kann im Sinne des § 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.

2. In den nach Pkt. 1. der Ärztekommision zur Entscheidung vorbehaltenen Meinungsverschiedenheiten ist der Anspruchsberechtigte berechtigt, innerhalb von 6 Monaten nach Zugang der Ergebnisse bzw. der Entscheidung (siehe Abschnitt I, Punkt 2), Widerspruch zu erheben und mit Vorlage eines medizinischen Gutachtens unter Bekanntgabe seiner Forderung gemäß Abschnitt I, Punkt 2 die Entscheidung der Ärztekommision zu beantragen.

Das Recht, die Entscheidung der Ärztekommision zu beantragen, steht auch uns zu und ist unsererseits binnen 6 Monaten nach Entstehen der Meinungsverschiedenheit zu beantragen. Wenn wir die Entscheidung durch die Ärztekommision beantragen, ist das Verfahren vor der Ärztekommision auch dann vor der Anrufung der ordentlichen Gerichte durchzuführen, wenn der Anspruchsberechtigte bei Erhebung des Widerspruchs die Entscheidung durch ordentliche Gerichte beantragt hat.

3. Für die Ärztekommision bestimmen wir und der Anspruchsberechtigte je einen Facharzt, der zur selbständigen Ausübung des ärztlichen Berufes im jeweiligen medizinischen Sonderfach berechtigt ist und an der Heilbehandlung der versicherten Person nicht mitgewirkt hat. Wenn eine 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 einen weiteren Arzt als **Obmann**, der für den Fall, dass sie sich nicht oder nur zum Teil einigen sollten, im Rahmen der durch die Gutachten der beiden Ärzte gegebenen Grenzen entscheidet. Einigen sich die beiden Ärzte über die Person des Obmannes nicht, wird ein für den Versicherungsfall zuständiger medizinischer Sachverständiger durch die österreichische Ärztekammer als Obmann bestellt.

4. 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.
5. Die Ärztekommision hat über ihre Tätigkeit **Protokoll** zu führen, in welchem sie ihre Entscheidung schriftlich zu begründen hat. 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.

6. Die **Kosten** der Ärztekommision werden von ihr festgesetzt und sind im Verhältnis des Obsiegens der beiden Parteien zu tragen.

Der Anteil der Kosten, den der Anspruchsteller zu tragen hat, ist mit 5% der für Unfalltod und Unfallkapital (jeweils Maximalleistung) zusammen versicherten Summe, höchstens jedoch mit 25% des strittigen Betrages, begrenzt.

Für den Fall der Anrufung der Ärztekommision werden wir dem Anspruchsberechtigten, nach Bekanntgabe der Forderung durch den Anspruchsberechtigten und vor Aufnahme der Tätigkeit der Ärztekommision den maximalen, ihn treffenden Kostenbetrag in geschriebener Form mitteilen.

S. Was gilt als Versicherungsperiode? Wann verlängert sich der Vertrag?

1. Versicherungsperiode

Als Versicherungsperiode gilt, wenn der Versicherungsvertrag nicht für eine kürzere Zeit abgeschlossen wurde, der **Zeitraum eines Jahres** (§ 9 VersVG).

2. Vertragsdauer

Beträgt die vereinbarte Vertragsdauer mindestens ein Jahr, verlängert sich der Vertrag jeweils um ein Jahr, wenn er nicht ein Monat vor Ablauf gekündigt wird.

Bei Versicherungsverträgen, deren Abschluss nicht zum Betrieb Ihres Unternehmens gehört (Verbraucher-Verträge), werden wir Sie vor Beginn der Kündigungsfrist auf die Rechtsfolge der Vertragsverlängerung bei unterlassener Kündigung besonders hinweisen.

Beträgt die Versicherungsdauer weniger als ein Jahr, endet der Vertrag ohne Kündigung (§ 8 Abs 1 VersVG).

T. Wann kann der Vertrag gekündigt werden? Wann erlischt der Vertrag ohne Kündigung?

Kündigung nach Eintritt des Versicherungsfalles

1. 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.

2. Nach Eintritt des Versicherungsfalles können Sie in den in Pkt 1. genannten Fällen kündigen, darüber hinaus auch noch, wenn wir einen gerechtfertigten Anspruch auf die Versicherungsleistung ablehnen oder seine Anerkennung verzögern.

In allen 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 (Abschnitt R);
- nach Fälligkeit der Versicherungsleistung bei Verzögerung der Anerkennung (Abschnitt I, Punkt 2);
- nach Anerkennung dem Grunde nach;
- nach erbrachter Versicherungsleistung; von Ihnen vorzunehmen.

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

3. Uns steht die bis zur Vertragsauflösung anteilige Prämie zu.

4. Erlischt der Vertrag, weil die versicherte Person verstorben ist, so steht uns die bis zur Vertragsauflösung anteilige Prämie zu.

Anhang:

Leistungsart „Unfallkapital“ – Beispiele zur Leistungsberechnung

Beispiel 1:

Unsere Entschädigungsleistung berechnet sich bei einer angenommenen Versicherungssumme von **EUR 50.000,--** und vereinbarter Variante „**Unfallkapital 10-fach**“.

Dauernde Invalidität von 01% bis 19%	EUR 50.000,--
Dauernde Invalidität von 20% bis 39%	EUR 100.000,--
Dauernde Invalidität von 40% bis 69%	EUR 250.000,--
Dauernde Invalidität von 70% bis 89%	EUR 350.000,--
Dauernde Invalidität von 90% bis 100%	EUR 500.000,--

Für nachstehend angeführte Unfallfolgen leisten wir daher:

Verlust oder dauernde, vollständige Funktionsunfähigkeit	Invaliditätsgrad	vereinbarte Summe	Leistung in EUR
Vollinvalidität	100%	von 500.000,--	500.000,--
eines Beines	70%	von 350.000,--	245.000,--
der Sehkraft eines Auges	60%	von 250.000,--	150.000,--
Einschränkung der Funktionsfähigkeit eines Beines um 50% (=50% Teilinvalidität von 70% Beinwert lt. Gliedertaxe)	35%	von 100.000,--	35.000,--
eines Daumens	20%	von 100.000,--	20.000,--
eines Zeigefingers	10%	von 50.000,--	5.000,--
eines anderen Fingers	5%	von 50.000,--	2.500,--

Beispiel 2:

Unsere Entschädigungsleistung berechnet sich bei einer angenommenen Versicherungssumme von **EUR 80.000,--** und vereinbarter Variante „**Unfallkapital 7-fach**“.

Dauernde Invalidität von 01% bis 19%	EUR 80.000,--
Dauernde Invalidität von 20% bis 59%	EUR 120.000,--
Dauernde Invalidität von 60% bis 89%	EUR 240.000,--
Dauernde Invalidität von 90% bis 100%	EUR 560.000,--

Für nachstehend angeführte Unfallfolgen leisten wir daher:

Verlust oder dauernde, vollständige Funktionsunfähigkeit	Invaliditätsgrad	vereinbarte Summe	Leistung in EUR
Vollinvalidität	100%	von 560.000,--	560.000,--
eines Beines	70%	von 240.000,--	168.000,--
der Sehkraft eines Auges	60%	von 240.000,--	144.000,--
Einschränkung der Funktionsfähigkeit eines Beines um 50% (=50% Teilinvalidität von 70% Beinwert lt. Gliedertaxe)	35%	von 120.000,--	42.000,--
eines Daumens	20%	von 120.000,--	24.000,--
eines Zeigefingers	10%	von 80.000,--	8.000,--
eines anderen Fingers	5%	von 80.000,--	4.000,--

Leistungsart „Unfallkapital“ – Leistungsbeträge für alle Invaliditätsgrade

Aus der nachstehenden Tabelle können Sie für jeden Invaliditätsgrad die Leistungsbeträge ersehen, die sich aufgrund der gewählten (fixen) Variante für Unfallkapital und einer angenommenen Versicherungssumme von EUR 50.000,-- errechnen:

DI-Grad	Kapital 10-fach		Kapital 8-fach		Kapital 7-fach	
	VS	Leistung	VS	Leistung	VS	Leistung
1%	50.000	500	50.000	500	50.000	500
2%	50.000	1.000	50.000	1.000	50.000	1.000
3%	50.000	1.500	50.000	1.500	50.000	1.500
4%	50.000	2.000	50.000	2.000	50.000	2.000
5%	50.000	2.500	50.000	2.500	50.000	2.500
6%	50.000	3.000	50.000	3.000	50.000	3.000
7%	50.000	3.500	50.000	3.500	50.000	3.500
8%	50.000	4.000	50.000	4.000	50.000	4.000
9%	50.000	4.500	50.000	4.500	50.000	4.500
10%	50.000	5.000	50.000	5.000	50.000	5.000
11%	50.000	5.500	50.000	5.500	50.000	5.500
12%	50.000	6.000	50.000	6.000	50.000	6.000
13%	50.000	6.500	50.000	6.500	50.000	6.500
14%	50.000	7.000	50.000	7.000	50.000	7.000
15%	50.000	7.500	50.000	7.500	50.000	7.500
16%	50.000	8.000	50.000	8.000	50.000	8.000
17%	50.000	8.500	50.000	8.500	50.000	8.500
18%	50.000	9.000	50.000	9.000	50.000	9.000
19%	50.000	9.500	50.000	9.500	50.000	9.500
20%	100.000	20.000	100.000	20.000	75.000	15.000
21%	100.000	21.000	100.000	21.000	75.000	15.750
22%	100.000	22.000	100.000	22.000	75.000	16.500
23%	100.000	23.000	100.000	23.000	75.000	17.250
24%	100.000	24.000	100.000	24.000	75.000	18.000
25%	100.000	25.000	100.000	25.000	75.000	18.750
26%	100.000	26.000	100.000	26.000	75.000	19.500
27%	100.000	27.000	100.000	27.000	75.000	20.250
28%	100.000	28.000	100.000	28.000	75.000	21.000
29%	100.000	29.000	100.000	29.000	75.000	21.750
30%	100.000	30.000	100.000	30.000	75.000	22.500
31%	100.000	31.000	100.000	31.000	75.000	23.250
32%	100.000	32.000	100.000	32.000	75.000	24.000
33%	100.000	33.000	100.000	33.000	75.000	24.750
34%	100.000	34.000	100.000	34.000	75.000	25.500
35%	100.000	35.000	100.000	35.000	75.000	26.250
36%	100.000	36.000	100.000	36.000	75.000	27.000
37%	100.000	37.000	100.000	37.000	75.000	27.750
38%	100.000	38.000	100.000	38.000	75.000	28.500
39%	100.000	39.000	100.000	39.000	75.000	29.250
40%	150.000	60.000	100.000	40.000	75.000	30.000
41%	150.000	61.500	100.000	41.000	75.000	30.750
42%	150.000	63.000	100.000	42.000	75.000	31.500
43%	150.000	64.500	100.000	43.000	75.000	32.250
44%	150.000	66.000	100.000	44.000	75.000	33.000
45%	150.000	67.500	100.000	45.000	75.000	33.750
46%	150.000	69.000	100.000	46.000	75.000	34.500
47%	150.000	70.500	100.000	47.000	75.000	35.250
48%	150.000	72.000	100.000	48.000	75.000	36.000
49%	150.000	73.500	100.000	49.000	75.000	36.750
50%	150.000	75.000	250.000	125.000	75.000	37.500

DI-Grad	Kapital 10-fach		Kapital 8-fach		Kapital 7-fach	
	VS	Leistung	VS	Leistung	VS	Leistung
51%	150.000	76.500	250.000	127.500	75.000	38.250
52%	150.000	78.000	250.000	130.000	75.000	39.000
53%	150.000	79.500	250.000	132.500	75.000	39.750
54%	150.000	81.000	250.000	135.000	75.000	40.500
55%	150.000	82.500	250.000	137.500	75.000	41.250
56%	150.000	84.000	250.000	140.000	75.000	42.000
57%	150.000	85.500	250.000	142.500	75.000	42.750
58%	150.000	87.000	250.000	145.000	75.000	43.500
59%	150.000	88.500	250.000	147.500	75.000	44.250
60%	150.000	90.000	250.000	150.000	150.000	90.000
61%	150.000	91.500	250.000	152.500	150.000	91.500
62%	150.000	93.000	250.000	155.000	150.000	93.000
63%	150.000	94.500	250.000	157.500	150.000	94.500
64%	150.000	96.000	250.000	160.000	150.000	96.000
65%	150.000	97.500	250.000	162.500	150.000	97.500
66%	150.000	99.000	250.000	165.000	150.000	99.000
67%	150.000	100.500	250.000	167.500	150.000	100.500
68%	150.000	102.000	250.000	170.000	150.000	102.000
69%	150.000	103.500	250.000	172.500	150.000	103.500
70%	350.000	245.000	250.000	175.000	150.000	105.000
71%	350.000	248.500	250.000	177.500	150.000	106.500
72%	350.000	252.000	250.000	180.000	150.000	108.000
73%	350.000	255.500	250.000	182.500	150.000	109.500
74%	350.000	259.000	250.000	185.000	150.000	111.000
75%	350.000	262.500	250.000	187.500	150.000	112.500
76%	350.000	266.000	250.000	190.000	150.000	114.000
77%	350.000	269.500	250.000	192.500	150.000	115.500
78%	350.000	273.000	250.000	195.000	150.000	117.000
79%	350.000	276.500	250.000	197.500	150.000	118.500
80%	350.000	280.000	250.000	200.000	150.000	120.000
81%	350.000	283.500	250.000	202.500	150.000	121.500
82%	350.000	287.000	250.000	205.000	150.000	123.000
83%	350.000	290.500	250.000	207.500	150.000	124.500
84%	350.000	294.000	250.000	210.000	150.000	126.000
85%	350.000	297.500	250.000	212.500	150.000	127.500
86%	350.000	301.000	250.000	215.000	150.000	129.000
87%	350.000	304.500	250.000	217.500	150.000	130.500
88%	350.000	308.000	250.000	220.000	150.000	132.000
89%	350.000	311.500	250.000	222.500	150.000	133.500
90%	500.000	450.000	400.000	360.000	350.000	315.000
91%	500.000	455.000	400.000	364.000	350.000	318.500
92%	500.000	460.000	400.000	368.000	350.000	322.000
93%	500.000	465.000	400.000	372.000	350.000	325.500
94%	500.000	470.000	400.000	376.000	350.000	329.000
95%	500.000	475.000	400.000	380.000	350.000	332.500
96%	500.000	480.000	400.000	384.000	350.000	336.000
97%	500.000	485.000	400.000	388.000	350.000	339.500
98%	500.000	490.000	400.000	392.000	350.000	343.000
99%	500.000	495.000	400.000	396.000	350.000	346.500
100%	500.000	500.000	400.000	400.000	350.000	350.000

Übersicht zu Ablösekapital für lebenslange Unfallrenten

Alter zum Zeitpunkt des Unfalles	Anzahl der Monatsrenten			
	Gleichbleibende Rente		Rente mit jährlich 2 % Erhöhung	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
0- 5	220	221	325	331
6-10	218	220	320	326
11-15	216	219	313	321
16-20	214	217	306	315
21-25	211	215	297	307
26-30	208	212	287	298
31-35	203	208	275	288
36-40	197	203	261	276
41-45	189	197	245	262
46-50	179	189	226	246
51-55	167	180	206	227
56-60	154	168	184	207
61-65	124	137	144	164
66-70	107	121	121	141
71-75	89	102	99	115
76-80	71	82	77	90
ab 81	48	48	48	48

Auszug aus wichtigen gesetzlichen Bestimmungen zu den Rücktrittsrechten gemäß §§ 5b und 5c VersVG

§ 5b VersVG:

- (1) Gibt der Versicherungsnehmer seine Vertragserklärung dem Versicherer oder seinem Beauftragten persönlich ab, so hat dieser ihm unverzüglich eine Kopie dieser Vertragserklärung auszuhändigen.
- (2) Der Versicherungsnehmer kann binnen zweier Wochen vom Vertrag zurücktreten, sofern er
 1. entgegen Abs. 1 keine Kopie seiner Vertragserklärung erhalten hat,
 2. die Versicherungsbedingungen einschließlich der Bestimmungen über die Festsetzung der Prämie, soweit diese nicht im Antrag bestimmt ist, und über vorgesehene Änderungen der Prämie nicht vor Abgabe seiner Vertragserklärung erhalten hat oder
 3. die in den §§ 9a und 18b VAG und, sofern die Vermittlung durch einen Versicherungsvermittler in der Form "Versicherungsagent" erfolgte, die in den §§ 137f Abs. 7 bis 8 und 137g GewO 1994 unter Beachtung des § 137h GewO 1994 vorgesehenen Mitteilungen nicht erhalten hat.
- (3) Dem Versicherer obliegt der Beweis, dass die in Abs. 2 Z 1 und 2 angeführten Urkunden rechtzeitig ausgefolgt und die in Abs. 2 Z 3 angeführten Mitteilungspflichten rechtzeitig erfüllt worden sind.
- (4) Die Frist zum Rücktritt nach Abs. 2 beginnt erst zu laufen, wenn die in Abs. 2 Z 3 angeführten Mitteilungspflichten erfüllt worden sind, dem Versicherungsnehmer der Versicherungsschein und die Versicherungsbedingungen ausgefolgt worden sind und er über sein Rücktrittsrecht belehrt worden ist.
- (5) Der Rücktritt bedarf zu seiner Rechtswirksamkeit der geschriebenen Form; es genügt, wenn die Erklärung innerhalb der Frist abgesendet wird. Das Rücktrittsrecht erlischt spätestens einen Monat nach Zugang des Versicherungsscheins einschließlich einer Belehrung über das Rücktrittsrecht. Hat der Versicherer vorläufige Deckung gewährt, so gebührt ihm hierfür die ihrer Dauer entsprechende Prämie.
- (6) Das Rücktrittsrecht gilt nicht, wenn die Vertragslaufzeit weniger als sechs Monate beträgt.

§ 5c VersVG:

- (1) Ist der Versicherungsnehmer Verbraucher (§ 1 Abs. 1 Z 2 KSchG), so kann er vom Versicherungsvertrag oder seiner Vertragserklärung ohne Angabe von Gründen binnen 14 Tagen in geschriebener Form zurücktreten. Hat der Versicherer dem Versicherungsnehmer vorläufige Deckung gewährt, so gebührt ihm dafür die ihrer Dauer entsprechende Prämie.

- (2) Die Frist zur Ausübung des Rücktrittsrechts beginnt mit dem Tag zu laufen, an dem dem Versicherungsnehmer
1. der Versicherungsschein und die Versicherungsbedingungen einschließlich der Bestimmungen über die Prämienfestsetzung oder -änderung,
 2. die in §§ 9a und 18b VAG sowie in den §§ 137f Abs. 7 und 8 und 137g in Verbindung mit § 137h GewO 1994 vorgesehenen Informationen und
 3. eine Belehrung über das Rücktrittsrecht zugegangen sind
- (3) Das Rücktrittsrecht nach Abs. 1 steht dem Versicherungsnehmer nicht zu, wenn die Vertragslaufzeit weniger als sechs Monate beträgt. Es erlischt spätestens einen Monat nach dem Zugang des Versicherungsscheins und einer Belehrung über das Rücktrittsrecht.

§ 9a VAG:

- (1) Der Versicherungsnehmer ist bei Abschluss eines Direktversicherungsvertrages über ein im Inland belegenes Risiko vor Abgabe seiner Vertragserklärung schriftlich zu informieren über
1. Name, Anschrift des Sitzes und Rechtsform des Versicherungsunternehmens, gegebenenfalls auch der Zweigniederlassung, über die der Versicherungsvertrag abgeschlossen wird,
 2. das auf den Vertrag anwendbare Recht oder, wenn das anwendbare Recht frei gewählt werden kann, das vom Versicherungsunternehmen vorgeschlagene Recht,
 3. Bezeichnung und Anschrift der für das Unternehmen zuständigen Aufsichtsbehörde oder sonstigen Stelle, an die den Versicherungsvertrag betreffende Beschwerden gerichtet werden können,
 4. die Laufzeit des Versicherungsvertrages,
 5. die Prämienzahlungsweise und die Prämienzahlungsdauer,
 6. die Umstände, unter denen der Versicherungsnehmer den Abschluss des Versicherungsvertrages widerrufen oder von diesem zurücktreten kann.

...

§ 18b VAG:

- (1) Der Versicherungsnehmer ist bei Abschluss eines Versicherungsvertrages über ein im Inland belegenes Risiko vor Abgabe seiner Vertragserklärung zusätzlich zu den Informationspflichten gemäß § 9a schriftlich zu informieren über
1. die Leistungen des Versicherers und die dem Versicherungsnehmer hinsichtlich dieser Leistungen zustehenden Wahlmöglichkeiten,
 2. die Voraussetzungen, unter denen der Versicherungsvertrag endet,
 3. die Grundsätze für die Berechnung der Gewinnbeteiligung,
 4. die Rückkaufswerte und die beitragsfreien Versicherungsleistungen,
 5. die Prämienanteile für die Hauptleistung und für Nebenleistungen,
 6. die Kapitalanlagefonds, an denen die Anteilsrechte bestehen, und die Art der darin enthaltenen Vermögenswerte in der fondsgebundenen Lebensversicherung,
 7. die Art der Kapitalanlage, den Bezugswert und die grundlegenden Faktoren, welche zur Berechnung der Versicherungsleistung herangezogen werden, in der indexgebundenen Lebensversicherung,
 8. die Art der Kapitalanlage, die vereinbarte Veranlagungsstrategie sowie die Voraussetzungen einer Änderung der Veranlagungsstrategie in der kapitalanlageorientierten Lebensversicherung,
 9. die für die Versicherung geltenden abgabenrechtlichen Vorschriften, wobei deutlich darauf hinzuweisen ist, dass die jeweilige abgabenrechtliche Behandlung von den persönlichen Verhältnissen des Kunden abhängt und künftigen Änderungen unterworfen sein kann,
 10. bestehende Sicherungssysteme und deren Zugangsmöglichkeiten.

...

§ 137f GewO

....

- (7) Der Versicherungsvermittler ist verpflichtet, dafür zu sorgen, dass dem Versicherungskunden bei Abschluss jedes ersten Versicherungsvertrags und nötigenfalls bei Änderung oder Erneuerung des Vertrags folgende Informationen vor Abgabe der Vertragserklärung des Kunden gegeben werden:
1. seinen Namen und seine Anschrift;
 2. in welches Register er eingetragen wurde und auf welche Weise sich die Eintragung überprüfen lässt;
 3. ob er eine direkte oder indirekte Beteiligung von über 10 vH an den Stimmrechten oder am Kapital eines bestimmten Versicherungsunternehmens hält;
 4. ob ein bestimmtes Versicherungsunternehmen oder dessen Mutterunternehmen an seinem Unternehmen eine direkte oder indirekte Beteiligung von über 10 vH der Stimmrechte oder am Kapital hält;

5. Angaben über Beschwerdemöglichkeiten betreffend die Versicherungsvermittlung

- (8) Bei einem Beratungsgespräch hat der Versicherungsvermittler entweder in der Form "Versicherungsagent" oder in der Form "Versicherungsmakler und Berater in Versicherungsangelegenheiten" tätig zu werden. Im Hinblick auf jeden einzelnen angebotenen Vertrag hat der Versicherungsvermittler vor Abgabe der Vertragserklärung des Kunden diesem mitzuteilen:
1. ob er seinen Rat gemäß Absatz 9 auf eine ausgewogene Marktuntersuchung stützt, oder
 2. ob er vertraglich gebunden ist und entweder
 - a) verpflichtet ist, Versicherungsvermittlungsgeschäfte bezüglich des vertragsgegenständlichen Versicherungsprodukts ausschließlich mit einem Versicherungsunternehmen zu tätigen.
In diesem Fall teilt er dem Kunden auf Nachfrage auch die Namen allfälliger sonstiger Versicherungsunternehmen mit, an die er vertraglich gebunden ist, wobei der Kunde über dieses Recht zu informieren ist oder
 - b) zwar nicht verpflichtet ist, Versicherungsvermittlungsgeschäfte bezüglich des vertragsgegenständlichen Versicherungsprodukts ausschliesslich mit einem Versicherungsunternehmen zu tätigen, aber seinen Rat wegen seiner vertraglichen Bindungen nicht auf eine ausgewogene Marktuntersuchung (Z 1) stützt.
In diesem Fall teilt er dem Kunden auch die Namen der Versicherungsunternehmen mit, mit denen er Versicherungsgeschäfte tätigen darf und auch tätigt.

....

§ 137g GewO

- (1) Der Versicherungsvermittler hat den Kunden, abgestimmt auf die Komplexität des angebotenen Versicherungsvertrags, entsprechend den Angaben, Wünschen und Bedürfnissen des Kunden zu beraten. Bei Abschluss eines Versicherungsvertrags hat der Versicherungsvermittler vor Abgabe der Vertragserklärung des Kunden, insbesondere anhand der vom Kunden gemachten Angaben, zumindest dessen Wünsche und Bedürfnisse sowie die Gründe für jeden diesem zu einem bestimmten Versicherungsprodukt erteilten Rat genau anzugeben.
- (2) Die Verpflichtungen gemäß Abs. 1 und gemäß § 137f Abs. 7 und 8 bestehen nicht bei der Vermittlung von Versicherungen für Großrisiken im Sinne von Artikel 5 Buchstabe d) der Richtlinie 73/239/EWG zur Koordinierung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften betreffend die Aufnahme und Ausübung der Tätigkeit der Direktversicherung (mit Ausnahme der Lebensversicherung), ABl. Nr. L 228 vom 16. August 1973 S. 3 in der Fassung der Richtlinie 02/87/EG zur Änderung der Richtlinie 73/239/EWG über die Solvabilitätsspanne für Schadenversicherungsunternehmen, ABl. Nr. L 77 vom 20. März 2002 S. 17 und bei der Rückversicherungsvermittlung.

§ 137h GewO

- (1) Die den Kunden nach § 137f Abs. 7 und 8 und § 137g zustehenden Auskünfte und Dokumentationen sind wie folgt zu geben:
 1. auf Papier oder auf einem anderen, dem Kunden zur Verfügung stehenden und zugänglichen dauerhaften Datenträger;
 2. in klarer, genauer und für den Kunden verständlicher Form;
 3. in deutscher oder in jeder anderen von den Parteien vereinbarten Sprache.
- (2) Abweichend von Abs. 1 Z 1 reicht eine mündliche Auskunftserteilung aus, wenn der Kunde dies von sich aus nachweislich wünscht oder wenn eine Sofortdeckung erforderlich ist. In diesen Fällen werden die Auskünfte in der nach Abs. 1 vorgeschriebenen Form unmittelbar nach Abschluss des Versicherungsvertrags erteilt.
- (3) Handelt es sich um einen Telefonverkauf, so haben die vor dem Abschluss dem Kunden erteilten Auskünfte den Gemeinschaftsvorschriften über den Fernabsatz von Finanzdienstleistungen an Verbraucher zu entsprechen. Zusätzlich sind die in Abs. 1 genannten Auskünfte in der dort vorgeschriebenen Form unmittelbar nach Abschluss des Versicherungsvertrags zu erteilen.
- (4) Der Bundesminister für Wirtschaft und Arbeit kann nach Anhörung des für Angelegenheiten des Konsumentenschutzes zuständigen Bundesministers und des Bundesministers für Justiz durch Verordnung einen genauen Wortlaut für die Auskunftserteilung nach § 137f Abs. 7 und 8 und § 137g festlegen und Inhalt und Art und Weise der dem Kunden zu erteilenden Auskünfte regeln.

Welche gesetzlichen Bestimmungen sind besonders wichtig?

Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz (VersVG).

§ 1a VersVG

- (1) Stellt der Versicherungsnehmer seinen Antrag auf Schließung eines Versicherungsvertrags auf einem vom Versicherer verwendeten Formblatt, so ist eine Erklärung, während einer bestimmten Frist an den Antrag gebunden zu bleiben, insoweit unwirksam, als diese Frist sechs Wochen übersteigt. Die Vereinbarung einer längeren Bindungsfrist ist nur rechtswirksam, wenn sie im einzelnen ausgehandelt worden ist.
- (2) Stellt der Versicherungsnehmer seinen Antrag auf Schließung eines Versicherungsvertrags auf einem vom Versicherer verwendeten Formblatt, so ist er - soweit nicht vorläufige Deckung gewährt worden ist - darauf hinzuweisen, daß der Versicherungsvertrag erst mit Zugang des Versicherungsscheins oder einer gesonderten Annahmeerklärung zustandekommt und vor diesem Zeitpunkt kein Versicherungsschutz besteht. Kann der Versicherer einen solchen Hinweis nicht beweisen, so hat er den beantragten Versicherungsschutz ab Zugang des Antrags an ihn selbst oder an seinen Versicherungsagenten bis zum Zustandekommen des Vertrags zu gewähren, es sei denn, daß er dieses Risiko nach den für seinen Geschäftsbetrieb maßgebenden Grundsätzen überhaupt nicht versichert; ist ein späterer Beginn der Versicherung beantragt, so besteht diese Deckungspflicht frühestens ab diesem Zeitpunkt. Kommt der Vertrag nicht zustande, so endet die Deckungspflicht, sobald der Versicherungsnehmer nicht mehr an seinen Antrag gebunden ist. Dem Versicherer gebührt für diese Deckungspflicht die ihrer Dauer entsprechende Prämie.

§ 6 VersVG

- (1) Ist im Vertrag bestimmt, dass bei Verletzung einer Obliegenheit, die vor dem Eintritt des Versicherungsfalles dem Versicherer gegenüber zu erfüllen ist, der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei sein soll, so tritt die vereinbarte Rechtsfolge nicht ein, wenn die Verletzung als eine unverschuldete anzusehen ist. Der Versicherer kann den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen, es sei denn, dass die Verletzung als eine unverschuldete anzusehen ist. Kündigt der Versicherer innerhalb eines Monats nicht, so kann er sich auf die vereinbarte Leistungsfreiheit nicht berufen.
- (1a) Bei der Verletzung einer Obliegenheit, die die dem Versicherungsvertrag 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 Abs. 1a - zu erfüllen ist, so kann sich der Versicherer auf die vereinbarte Leistungsfreiheit nicht berufen, wenn die Verletzung keinen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalles oder soweit sie keinen Einfluss auf den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung gehabt hat.
- (3) Ist die Leistungsfreiheit für den Fall vereinbart, dass eine Obliegenheit verletzt wird, die nach dem Eintritt des Versicherungsfalles dem Versicherer gegenüber zu erfüllen ist, so tritt die vereinbarte Rechtsfolge nicht ein, wenn die Verletzung weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruht. Wird die Obliegenheit nicht mit dem Vorsatz verletzt, die Leistungspflicht des Versicherers zu beeinflussen oder die Feststellung solcher Umstände zu beeinträchtigen, die erkennbar für die Leistungspflicht des Versicherers bedeutsam sind, so bleibt der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung weder auf die Feststellung des Versicherungsfalles noch auf die Feststellung oder den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung Einfluss gehabt hat.
- (4) Eine Vereinbarung, nach welcher der Versicherer bei Verletzung einer Obliegenheit zum Rücktritt berechtigt sein soll, ist unwirksam.
- (5) Der Versicherer kann aus 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.

§ 9 VersVG

Als Versicherungsperiode im Sinne dieses Bundesgesetzes gilt, falls nicht die Prämie nach kürzeren Zeitabschnitten bemessen ist, der Zeitraum eines Jahres.

§ 10 VersVG

- (1) Hat der Versicherungsnehmer seine Wohnung geändert, die Änderung aber dem Versicherer nicht mitgeteilt, so genügt für eine Willenserklärung, die dem Versicherungsnehmer gegenüber abzugeben ist, die Absendung eines eingeschriebenen Briefes nach der letzten dem Versicherer bekannten Wohnung. Die Erklärung wird in dem Zeitpunkt wirksam, in welchem sie ohne die Wohnungsänderung bei regelmäßiger Beförderung dem Versicherungsnehmer zugegangen wäre.
- (2) Hat der Versicherungsnehmer die Versicherung in seinem Gewerbebetrieb genommen, so sind bei einer Verlegung der gewerblichen Niederlassung die Vorschriften des Abs. 1 entsprechend anzuwenden.

§ 11 VersVG

- (1) Geldleistungen des Versicherers sind mit Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfanges 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 einer Geldleistung eine Erklärung des Versicherers verlangt, aus welchen Gründen die Erhebungen noch nicht beendet werden konnten, und der Versicherer diesem Verlangen nicht binnen eines Monats entspricht.
- (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 hat.
- (3) Der Lauf der Frist des Abs. 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.

§ 12 VersVG

- (1) Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Steht der Anspruch einem Dritten zu, so beginnt die Verjährung zu laufen, sobald diesem sein Recht auf die Leistung des Versicherers bekanntgeworden ist; ist dem Dritten dieses Recht nicht bekanntgeworden, so verjähren seine Ansprüche erst nach zehn Jahren.
- (2) Ist ein Anspruch des Versicherungsnehmers beim Versicherer angemeldet worden, so ist die Verjährung bis zum Einlangen einer in geschriebener Form übermittelten Entscheidung des Versicherers gehemmt, die zumindest mit der Anführung einer der Ablehnung derzeit zugrunde gelegten Tatsache und gesetzlichen oder vertraglichen Bestimmung begründet ist. Nach zehn Jahren tritt jedoch die Verjährung jedenfalls ein.
- (3) Der Versicherer ist von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Anspruch auf die Leistung nicht innerhalb eines Jahres gerichtlich geltend gemacht wird. Die Frist beginnt erst, nachdem der Versicherer dem Versicherungsnehmer gegenüber den erhobenen Anspruch in einer dem Abs. 2 entsprechenden Weise sowie unter Angabe der mit dem Ablauf der Frist verbundenen Rechtsfolge abgelehnt hat; sie ist für die Dauer von Vergleichsverhandlungen über den erhobenen Anspruch und für die Zeit, in der der Versicherungsnehmer ohne sein Verschulden an der rechtzeitigen gerichtlichen Geltendmachung des Anspruchs gehindert ist, gehemmt.

§ 23 VersVG

- (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 VersVG

- (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 VersVG

- (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 Versicherungsfalls 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 Versicherungsfalls oder soweit sie keinen Einfluss auf den Umfang der Leistung des Versicherers gehabt hat.

§ 26 VersVG

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.

§ 38 VersVG

- (1) Ist die erste oder einmalige Prämie innerhalb von 14 Tagen nach dem Abschluss des Versicherungsvertrags und nach der Aufforderung zur Prämienzahlung nicht gezahlt, so ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, berechtigt, vom Vertrag zurückzutreten. Es gilt als Rücktritt, wenn der Anspruch auf die Prämie nicht innerhalb dreier Monate vom Fälligkeitstag an gerichtlich geltend gemacht wird.
- (2) Ist die erste oder einmalige Prämie zur Zeit des Eintritts des Versicherungsfalls und nach Ablauf der Frist des Abs. 1 noch nicht gezahlt, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, es sei denn, dass der Versicherungsnehmer an der rechtzeitigen Zahlung der Prämie ohne sein Verschulden verhindert war.
- (3) Die Aufforderung zur Prämienzahlung hat die im Abs. 1 und 2 vorgesehenen Rechtsfolgen nur, wenn der Versicherer den Versicherungsnehmer dabei auf diese hingewiesen hat.
- (4) Die Nichtzahlung von Zinsen oder Kosten löst die Rechtsfolgen der Abs. 1 und 2 nicht aus.

§ 39 VersVG

- (1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, so kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten schriftlich eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen bestimmen; zur Unterzeichnung genügt eine Nachbildung der eigenhändigen Unterschrift. Dabei sind die Rechtsfolgen anzugeben, die nach Abs. 2 und 3 mit dem Ablauf der Frist verbunden sind. Eine Fristbestimmung, ohne Beachtung dieser Vorschriften, ist unwirksam.
- (2) Tritt der Versicherungsfall nach dem Ablauf der Frist ein und ist der Versicherungsnehmer zur Zeit des Eintritts mit der Zahlung der Folgeprämie im Verzug, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, es sei denn, dass der Versicherungsnehmer an der rechtzeitigen Zahlung ohne sein Verschulden verhindert war.
- (3) Der Versicherer kann nach dem Ablauf der Frist das Versicherungsverhältnis ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen, wenn der Versicherungsnehmer mit der Zahlung im Verzug ist. Die Kündigung kann bereits mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer in diesem Zeitpunkt mit der Zahlung im Verzug ist; darauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich aufmerksam zu machen. Die Wirkungen der Kündigung fallen fort, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, falls die Kündigung mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach dem Ablauf der Zahlungsfrist die Zahlung nachholt, sofern nicht der Versicherungsfall bereits eingetreten ist.
- (4) Die Nichtzahlung von Zinsen oder Kosten löst die Rechtsfolgen der Abs. 1 bis 3 nicht aus.

§ 39a VersVG

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

§ 41a VersVG

- (1) Ist wegen bestimmter, die Gefahr erhöhender Umstände eine höhere Prämie vereinbart, so kann der Versicherungsnehmer, wenn diese Umstände in der Zeit zwischen Stellung und Annahme des Antrages oder nach Abschluß des Vertrages wegfallen oder ihre Bedeutung verlieren, verlangen, daß die Prämie für die künftigen Versicherungsperioden angemessen herabgesetzt wird.

- (2) Das gleiche gilt, wenn die Bemessung der höheren Prämie durch irrtümliche Angaben des Versicherungsnehmers über einen solchen Umstand veranlaßt worden ist.

§ 48 VersVG

- (1) Hat ein Versicherungsagent den Vertrag vermittelt oder abgeschlossen, so ist für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherer das Gericht zuständig, in dessen Sprengel der Agent zur Zeit der Vermittlung oder des Abschlusses des Vertrages seine gewerbliche Niederlassung oder in deren Ermangelung seinen Wohnsitz hatte.
- (2) Die nach Abs. 1 begründete Zuständigkeit kann durch Vereinbarung nicht ausgeschlossen werden.

§ 75 VersVG

- (1) Bei der Versicherung für fremde Rechnung stehen die Rechte aus dem Versicherungsvertrag dem Versicherten zu. Die Übermittlung 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 VersVG

- (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 VersVG

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 diese Ansprüche aus der Entschädigungsforderung gegen den Versicherer und nach der Einziehung der Forderung aus der Entschädigungssumme vor dem Versicherten und dessen Gläubigern befriedigen.

§ 78 VersVG

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 VersVG

- (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.

§ 179 VersVG

- (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 sind entsprechend anzuwenden.
- (3) Wird eine Versicherung gegen Unfälle, die einem anderen zustoßen, vom Versicherungsnehmer 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 dem Versicherungsnehmer zu, so kann dieser den anderen bei der Erteilung der Zustimmung nicht vertreten.
- (4) Soweit im Falle des Abs. 3 die Kenntnis und das Verhalten des Versicherungsnehmers nach den Vorschriften dieses Gesetzes von rechtlicher Bedeutung sind, kommen auch die Kenntnis und das Verhalten des anderen in Betracht.

§ 182 VersVG

Die Pflicht zur Anzeige des Versicherungsfalles obliegt dem bezugsberechtigten Dritten, wenn ihm das Recht auf die Leistung zusteht; das gleiche gilt von der Pflicht zur Auskunft und zur Beschaffung von Belegen.

§ 183 VersVG

Der Versicherungsnehmer hat für die Abwendung und Minderung der Folgen des Unfalles nach Möglichkeit zu sorgen und dabei die Weisungen des Versicherers zu befolgen, soweit ihm nicht etwas Unbilliges zugemutet wird. Auf eine Vereinbarung, die von dieser Vorschrift zum Nachteil des Versicherungsnehmers abweicht, kann sich der Versicherer nicht berufen.

§ 184 VersVG

- (1) Sollen nach dem Vertrag einzelne Voraussetzungen des Anspruches aus der Versicherung oder das Maß der durch den Unfall herbeigeführten Einbuße an Erwerbsfähigkeit durch Sachverständige festgestellt werden, so ist die getroffene Feststellung nicht verbindlich, wenn sie offenbar von der wirklichen Sachlage erheblich abweicht. Die Feststellung erfolgt in diesem Falle durch Urteil. Das gleiche gilt, wenn die Sachverständigen die Feststellung nicht treffen können oder wollen oder sie verzögern.
- (2) Sind nach dem Vertrag die Sachverständigen vom Gericht zu bestellen, so sind auf die Bestellung die Vorschriften des § 64 Abs. 2 entsprechend anzuwenden.
- (3) Eine Vereinbarung, die von der Vorschrift des Abs. 1 Satz 1 abweicht, ist nichtig.

Information zur Datenanwendung (gem. § 24 Datenschutzgesetz)

Sehr geehrter Kunde,

wir haben Sie als Auftraggeber der Datenanwendung, in der Ihre Daten verwendet werden, gemäß § 24 Datenschutzgesetz 2000 (DSG) über den Zweck, für den Ihre Daten ermittelt und verwendet werden, zu informieren sowie Ihnen weitere Informationen zu geben, soweit dies für die Verarbeitung Ihrer Daten nach Treu und Glauben erforderlich ist.

1. Zweck der Datenanwendung

Ihre Daten werden in unserer Datenanwendung zum Zweck der Antragsbearbeitung, Risikoprüfung, Polizzierung, Vertragsverwaltung, Bearbeitung von Leistungsfällen, der umfassenden Betreuung und Beratung in Versicherungsangelegenheiten (auch in anderen Versicherungszweigen) sowie im Zusammenhang mit sonstigen Finanzdienstleistungen, die von Gesellschaften der Generali-Gruppe angeboten oder für Kooperationspartner vermittelt werden sowie für statistische Auswertungen verwendet. Im Wesentlichen beinhaltet dies:

■ Datenverarbeitung beim Versicherer

a) Im Zuge des Vertragsabschlusses und der Vertragsverwaltung

Wir ermitteln und verwenden Ihre Daten, die für die Erstellung und Bearbeitung Ihres Versicherungsvertrages notwendig sind; das sind vor allem Ihre Angaben im Antrag (Antragsdaten) sowie Auskünfte von Dritten (z.B. Sachverständige, etc.). Zur Verwaltung Ihres Vertrages werden weitere Daten wie etwa Kundennummer (Partnernummer), Versicherungssumme, Versicherungsdauer, -prämie, Bankverbindung, Inkassodaten sowie erforderlichenfalls die Daten eines Dritten, z.B. eines Vermittlers, eines Sachverständigen, geführt (Vertragsdaten).

Sofern personenbezogene Gesundheitsdaten für die Beurteilung, ob und zu welchen Bedingungen Ihr Versicherungsvertrag abgeschlossen werden soll unerlässlich sind, ermitteln wir, Ihre Zustimmung vorausgesetzt, die zur Vertragsbeurteilung erforderlichen Gesundheitsdaten durch Auskünfte und Unterlagen von untersuchenden oder behandelnden Ärzten, Krankenanstalten, sonstigen Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge sowie von Sozialversicherungsträgern. Davon umfasst sind folgende medizinische Unterlagen: Anamnese, Entlassungsberichte, sämtliche diagnostische Befunde, Infusionsblatt, klinische oder ärztliche Aufnahme- und Behandlungsdaten, wobei in Einzelfällen auch mit weniger Unterlagen das Auslangen gefunden werden kann.

b) Im Versicherungsfall

Im Versicherungsfall ermitteln und verarbeiten wir Ihre Angaben zum Schaden- bzw. Leistungsfall und ggf. auch Angaben von Dritten, wie etwa von den mit der Schadens-/Leistungsfeststellung beauftragten Sachverständigen, von den mit der Schadensbehebung und Leistungserbringung betrauten Unternehmen und Einrichtungen (z.B. Reparaturwerkstätte, Handwerker, etc.) und von Auskunftspersonen (z.B. Zeugen, Behörden, etc.) sowie die von uns geleisteten Zahlungen (Leistungsdaten).

Sofern Gesundheitsdaten zur Beurteilung und Erfüllung von Ansprüchen aus einem konkreten Versicherungsfall und zur Überprüfung erbrachter Behandlungsleistungen unerlässlich sind, ermitteln wir, Ihre Zustimmung vorausgesetzt, Gesundheitsdaten durch Auskünfte von untersuchenden oder behandelnden Ärzten, Krankenanstalten oder sonstigen Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge über Diagnose sowie Art und Dauer der Behandlung. Derartige Auskünfte sind die im Einzelfall zur Beurteilung der Leistungspflicht erforderlichen Auskünfte über die mit dem konkreten Versicherungsfall im Zusammenhang stehenden Krankheiten, Unfallfolgen und Gebrechen. Davon umfasst sind folgende medizinische Unterlagen (Daten zum Grund der stationären Aufnahme oder ambulanten Behandlung, zu allfälligen Unfallgründen, zur erbrachten Behandlungsleistung, über die Aufenthalts- und Behandlungsdauer sowie zur Behandlungsentlassung oder -beendigung; etwa Anamnese der aktuellen Behandlung/Aufnahme und Statusblatt, Fieberkurve mit Infusionsplan, sämtliche diagnostische Befunde, OP-Bericht, ärztlicher Verlaufsbericht, Anästhesieprotokoll, Verlaufsbericht der pflegerischen Maßnahmen, Entlassungsbericht, gerichtsmedizinische Befunde, Einsatz-, Behördenprotokolle, wobei in Einzelfällen auch mit weniger Unterlagen das Auslangen gefunden werden kann).

Gesundheitsdaten werden grundsätzlich nur für den Versicherungszweig verwendet, für den sie ermittelt werden; Fragebögen zum Gesundheitszustand sind daher für jede beantragte Versicherung neu auszufüllen. Die Verwendung von personenbezogenen Gesundheitsdaten erfolgt ausschließlich im Rahmen der §§ 11a-d Versicherungsvertragsgesetz.

■ Datenermittlung im Rahmen der Direktverrechnung in der Krankheitskostenversicherung

In der Krankheitskostenversicherung können Leistungen zwischen dem Versicherer und dem Gesundheitsdienstleister direkt verrechnet werden. Dies bedarf eines Auftrags des im Leistungsfall betroffenen Versicherungsnehmers oder Versicherten, welchen dieser an den Gesundheitsdienstleister erteilt. Bei Vorliegen dieses Auftrags darf der Versicherer die nachfolgenden Daten beim Gesundheitsdienstleister ohne ausdrückliche Zustimmung des Versicherungsnehmers oder Versicherten ermitteln:

1. Zwecks Einholung der Deckungszusage des Versicherers: Daten über die Identität des Betroffenen, das Versicherungsverhältnis und die Aufnahmediagnose (Daten zum Grund der stationären Aufnahme oder der ambulanten Behandlung sowie zu der Frage, ob der Behandlung ein Unfall zugrunde liegt);
2. Zwecks Abrechnung und Überprüfung der Leistungen:
 - a. Daten über die erbrachten Behandlungsleistungen (Daten zum Grund einer Behandlung und zu deren Ausmaß) einschließlich des Operationsberichts;
 - b. Daten über die Dauer des stationären Aufenthalts oder der Behandlung;
 - c. Daten über die Entlassung oder die Beendigung der Behandlung.

Diese Datenermittlung im Rahmen der Direktverrechnung können der betroffene Versicherungsnehmer oder Versicherte jederzeit untersagen. Eine Untersagung könnte zur Folge haben, dass der Versicherer zumindest vorerst die Deckung verweigert und der Versicherungsnehmer oder Versicherte dadurch für diejenigen Leistungen zahlungspflichtig bleiben, die sonst gedeckt wären.

■ Übermittlung von Gesundheitsdaten

Gesundheitsdaten werden grundsätzlich nur gemäß §§ 11 a-d Versicherungsvertragsgesetz verwendet und ohne Ihre im Einzelfall ausdrücklich erteilte Zustimmung, nur an folgende Empfänger übermittelt: Gesundheitsdienstleister, Sozialversicherungsträger, Rück- oder Mitversicherer, andere Versicherer, die bei der Abwicklung von Ansprüchen aus dem Versicherungsfall mitwirken, vom Versicherer herangezogene Sachverständige, gesetzliche oder von Ihnen hiezu bevollmächtigte Vertreter, Gerichte, Staatsanwaltschaften, Verwaltungsbehörden, Schlichtungsstellen oder sonstige Einrichtungen der Streitbeilegung und ihre Organe (z.B. Patientenanwalt) einschließlich der von ihnen bestellten Sachverständigen.

■ Übermittlung von nichtsensiblen Daten

Ihre von uns ermittelten und verarbeiteten Daten werden an die mit der Prüfung Ihres Antrages, der Verwaltung Ihres Vertrages sowie der Schaden-/Leistungsfeststellung und -behebung befassten Empfänger (z.B. Ärzte, Banken, Reparaturwerkstätten, andere Versicherer, Behörden) übermittelt, soweit dies für die ordnungsgemäße Erstellung und Verwaltung Ihres Versicherungsvertrages sowie der Leistungsbearbeitung erforderlich ist.

Weiters benötigen unsere Mit- und Rückversicherer im In- und Ausland die erforderlichen versicherungstechnischen Angaben, wie etwa Polizzennummer, Prämie, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos, sowie im Einzelfall auch Ihre Personalien zur Erstellung und Verwaltung der Mit- und Rückversicherungsverträge; soweit Rückversicherer bei der Risiko- und Schadenbeurteilung mitwirken, werden ihnen auch die dafür erforderlichen Unterlagen und Daten von Ihnen zur Verfügung gestellt. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherer weiterer Rückversicherer, denen sie ebenfalls die entsprechenden Daten übermitteln.

Für die Antragsprüfung und Leistungsbearbeitung kann es ferner erforderlich sein, dass Daten zwischen Versicherern ausgetauscht werden (z.B. Bonus/Maluseinstufung, bestehende Doppelversicherungen, gesetzlicher Forderungsübergang sowie Teilungsabkommen, etc.). Die dabei weitergegebenen Daten betreffen vor allem Name und Anschrift, Angaben zur versicherten Sache/Person, Art des Versicherungsschutzes oder Angaben zum Schaden, wie etwa Schadenhöhe und Schadentag.

■ Verwendung von Daten in der Unternehmensgruppe und bei Kooperationspartnern

Um unseren Kunden umfassende Beratungsleistungen anbieten zu können, arbeiten wir innerhalb unserer Unternehmensgruppe und mit Kooperationspartnern zusammen.

Die wichtigsten Gesellschaften unserer Unternehmensgruppe sind zur Zeit:

Generali Holding Vienna AG, Wien	Europäische Reiseversicherung AG, Wien
Generali Versicherung AG, Wien	Generali FinanzService GmbH, Wien
Generali Bank AG, Wien	Generali Leasing GmbH, Wien

Die aktuelle Liste der Gesellschaften der Unternehmensgruppe der Generali Holding Vienna AG und unserer Kooperationspartner finden Sie im Internet unter <http://www.generali.at/generali-gruppe/unternehmen/konzerngesellschaften.html>

Gesundheitsdaten werden an Gruppenunternehmen jedoch im Sinne des DSG 2000 nicht übermittelt.

Weiters arbeiten unsere Gruppenunternehmen und Vermittler zur umfassenden Beratung und Betreuung der Kunden in Finanzdienstleistungen (z.B. Bausparverträge, Investmentfondsvertrieb etc.) auch mit Banken und Finanzdienstleistungsunternehmen außerhalb der Gruppe zusammen.

Die Zusammenarbeit besteht dabei in der gegenseitigen Vermittlung der jeweiligen Produkte und der weiteren Betreuung der so gewonnenen Kunden. So vermitteln z.B. die genannten Kooperationspartner im Rahmen ihrer Kundenberatung/-betreuung unsere Versicherungen als Ergänzung zu den eigenen Finanzdienstleistungsprodukten. Sensible Daten, wie z.B. über Ihren Gesundheitszustand, werden an Kooperationspartner keinesfalls übermittelt.

Eine Weitergabe von Kundendaten ausschließlich zu Werbezwecken erfolgt nur, wenn Sie der Verwendung der Daten zu Werbezwecken zugestimmt haben.

■ **Übermittlungen an Vermittler/Berater**

In Ihren Versicherungsangelegenheiten sowie im Rahmen des sonstigen Dienstleistungsangebots unserer Unternehmensgruppe bzw. unserer Kooperationspartner werden Sie durch Vermittler betreut, die Sie mit Ihrer Einwilligung auch bei sonstigen Finanzdienstleistungen beraten. Vermittler in diesem Sinne sind neben Einzelpersonen auch Vermittlungsgesellschaften sowie im Rahmen der Zusammenarbeit bei Finanzdienstleistungen auch Banken und Wertpapierdienstleistungsunternehmen.

Zum Zwecke der Betreuung und Beratung erhält der Vermittler die notwendigen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten, z.B. Polizzennummer, Prämien, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos, Zahl der Versicherungsfälle und Höhe von Versicherungsleistungen sowie von unseren Partnerunternehmen Angaben über andere finanzielle Dienstleistungen, z.B. Abschluss und Stand Ihres Bausparvertrages etc. Sensible Daten, wie z.B. über Ihren Gesundheitszustand, werden an den Vermittler jedoch nicht übermittelt.

Die Vermittler ermitteln und verarbeiten selbst Daten im Rahmen der genannten Beratung und Betreuung des Kunden und werden von uns über Änderungen dieser Daten informiert. Jeder Vermittler ist gesetzlich und vertraglich verpflichtet, die Bestimmungen des DSG und seine besonderen Verschwiegenheitspflichten (z.B. Berufsgeheimnis und Datengeheimnis) zu beachten.

2. Widerruf der Zustimmungserklärungen und Widerspruch gegen die Datenverarbeitung

In Ihrem Versicherungsantrag sind Zustimmungserklärungen aufgenommen worden, die von Ihnen jederzeit schriftlich widerrufen werden können. Unter den in § 28 DSG genannten Voraussetzungen sind Sie darüber hinaus berechtigt, gegen die Verwendung ihrer Daten Widerspruch zu erheben.

Werden die Zustimmungserklärungen bei Antragstellung ganz oder teilweise verweigert oder der Datenverarbeitung widersprochen, erfolgt die weitere Verwendung Ihrer Daten im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen. Wenn dadurch jedoch eine automationsunterstützte Bearbeitung und Verwaltung Ihres Vertrages nicht (mehr) möglich ist, behalten wir uns vor, Ihren Antrag abzulehnen oder den Vertrag aufzulösen.

3. Informationsverbundsystem des Versicherungsverbandes

Das Zentrale Informationssystem (ZIS) des Verbandes der Versicherungsunternehmen Österreichs, 1030 Wien, Schwarzenbergplatz 7 ist eine Einrichtung der Versicherungswirtschaft zur Verhinderung und Bekämpfung von Geldwäsche, Versicherungsmissbrauch und Versicherungsbetrug. Über dieses Informationsverbundsystem werden in der Personenversicherung (Leben, Kranken, Unfall) zum Zwecke der Antragsprüfung Personenidentifikationsdaten (Name, Geburtsdatum) sowie das Meldedatum, die betroffene Versicherungssparte und Daten zum Meldestatus (jedoch keine Gesundheitsdaten) und in den anderen Versicherungszweigen darüber hinaus Daten zum Versicherungsfall auch zum Zwecke der Leistungsbearbeitung an die bzw. von den am ZIS angeschlossenen Versicherer(n) übermittelt. In der Kfz-Haftpflichtversicherung dient diese Datenübermittlung auch der Prämieineinstufung im Bonus/Malussystem.

4. Nichtbeantwortung von Fragen

Der Versicherungsnehmer ist entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen bei Antragstellung und im Versicherungsfall verpflichtet, dem Versicherer alle für die Beurteilung des zu versichernden Risikos sowie zur Schadens-/Leistungsfeststellung erforderlichen Informationen zu geben. Die schuldhaftige Nicht-Beantwortung von Fragen kann daher unter den in den gesetzlichen Bestimmungen festgelegten Umständen die Ablehnung des Antrages oder im Versicherungsfall die Nichtzahlung der Versicherungsleistung bewirken.

5. Entbindung von der Verschwiegenheitspflicht

Die Ermittlung von Gesundheitsdaten bedarf nicht nur Ihrer Zustimmung, sondern setzt darüber hinaus eine spezielle Erlaubnis des Betroffenen (Entbindung von der gesetzlichen Verschwiegenheitspflicht) voraus. In der Lebens-, Kranken- und Unfallversicherung (Personenversicherung) ist daher im Antrag auch eine Entbindung von Ärzten, Krankenhäusern und von sonstigen Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge sowie von Sozialversicherungsträgern oder anderen Versicherungsunternehmen und Behörden von ihrer gesetzlichen Verschwiegenheitspflicht enthalten. Sie sind auch diesbezüglich berechtigt, Ihre Zustimmungserklärung jederzeit zu widerrufen; in diesem Fall müssen jedoch alle erforderlichen Auskünfte von Ihnen selbst eingeholt werden und eine Direktverrechnung mit Ärzten oder Krankenanstalten ist dann nicht mehr möglich.

6. Weitere Auskünfte und Erläuterungen

Sie haben als Betroffener nach dem Datenschutzgesetz neben dem zuvor erwähnten Widerrufs- und Widerspruchsrecht auch ein Recht auf Auskunft sowie unter bestimmten Voraussetzungen ein Recht auf Richtigstellung oder Löschung Ihrer in einer Datei gespeicherten Daten.

Die jeweils aktuelle Version dieses Informationsblattes finden im Internet unter: <http://www.generali.at/datenschutzhinweise-privacy-statement.html>

Für allfällige Anfragen und Auskünfte zum Thema Datenschutz steht Ihnen unser Datenschutzbeauftragter (Tel.: 01-53401/11399; E-mail: datenschutz@generali.at) zur Verfügung.

