



## Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVBKV 2004)

### Rücktrittsrecht gemäß § 5b Abs 2 Versicherungsvertragsgesetz 1958 (VersVG )

Sie sind berechtigt, innerhalb von zwei Wochen ab Erhalt dieses Hinweises vom Vertrag zurückzutreten, wenn Sie bei Antragstellung

- keine Kopie Ihrer Vertragserklärung,
- die Versicherungsbedingungen nicht erhalten haben oder die Prämienhöhe nicht bekanntgegeben wurde, oder
- die Mitteilungen gemäß der §§ 9a und 18b VAG und, bei Vermittlung durch Versicherungsvermittler in der Form "Versicherungsagent", die gemäß §§ 137f Abs. 7 bis 8 und 137g GewO 1994 unter Beachtung des § 137h GewO 1994 vorgesehenen Mitteilungen nicht erhalten haben.

Der Rücktritt muss schriftlich erfolgen und innerhalb der Frist abgeschickt werden.

Das Rücktrittsrecht erlischt spätestens einen Monat ab Zugang dieses Hinweises.

### INHALTSVERZEICHNIS

DER VERSICHERUNGSSCHUTZ .....	3
§ 1 Gegenstand und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes .....	3
§ 2 Abschluss des Versicherungsvertrages .....	4
§ 3 Beginn des Versicherungsschutzes .....	4
§ 4 Wartezeiten .....	5
§ 5 Art und Umfang des Versicherungsschutzes .....	6
A) Leistungen für ambulante Heilbehandlung.....	6
B) Leistungen für stationäre Heilbehandlung .....	6
C) Gemeinsame Bestimmungen .....	8
§ 6 Einschränkung des Versicherungsschutzes .....	8
§ 7 Auszahlung der Versicherungsleistungen .....	9
§ 8 Ruhen des Versicherungsschutzes.....	10
§ 9 Ende des Versicherungsschutzes.....	11

PFLICHTEN DES VERSICHERUNGSNEHMERS .....	11
§ 10 .....	11
A) Prämien, Gebühren und Abgaben.....	11
B) Zahlungsverzug und dessen Folgen.....	12
§ 11 Obliegenheiten.....	13
A) Anzeigepflicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages .....	13
B) Folgen der Verletzung der Anzeigepflicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages	13
C) Pflichten des Versicherungsnehmers und des Versicherten während des Bestehens des Versicherungsvertrages .....	14
D) Folgen der Verletzung von Pflichten während des Bestehens des Versicherungsvertrages .....	14
§ 12 Ansprüche gegen Dritte .....	14
ENDE DES VERSICHERUNGSVERTRAGES .....	15
§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer .....	15
§ 14 Kündigung durch die Generali .....	16
§ 15 Sonstige Beendigungsgründe.....	16
SONSTIGE BESTIMMUNGEN .....	16
§ 16 Form und Empfänger von Willenserklärungen und Anzeigen.....	16
§ 17 Erfüllungsort, Gerichtsstand.....	17
§ 18 Änderung des Versicherungsschutzes und der Prämie .....	17
§ 19 Gewinnbeteiligung/Prämienrückvergütung .....	18

# DER VERSICHERUNGSSCHUTZ

## § 1

### Gegenstand und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherte hat im Versicherungsfall Anspruch auf Versicherungsschutz im Rahmen der gewählten Tarife.
- (2) a) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung des Versicherten wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung, er endet, wenn nach medizinischem Befund die Notwendigkeit der Heilbehandlung nicht mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolgen ausgedehnt werden, die mit der (den) bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängen, so entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall.  
  
b) Als Versicherungsfälle gelten auch:
  - die Entbindung einschließlich der wegen der Schwangerschaft erforderlichen Untersuchungen sowie die damit im Zusammenhang stehende medizinisch notwendige Heilbehandlung;
  - sonstige im Tarif angeführte Versicherungsfälle.  
c) Als Versicherungsfall gelten nicht:
  - kosmetische Behandlungen und Operationen und deren Folgen, soweit diese Maßnahmen nicht der Beseitigung von Unfallfolgen dienen, sowie Geschlechtsumwandlungen;
  - Zahnimplantationen und deren Folgen, soweit sie nicht Folge eines Unfalles sind, sowie auch damit im ursächlichen Zusammenhang stehende vorbereitende Maßnahmen;
  - nichtärztliche Hauspflege sowie Maßnahmen der Geriatrie, der Rehabilitation, und der Heilpädagogik;
  - alle Formen der künstlichen Befruchtung (z.B. In vitro fertilisation, Insemination);
  - sonstige im Tarif oder in der Police angeführte Fälle.
- (3) Heilbehandlung ist eine medizinische Behandlung, die nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft geeignet erscheint, die Gesundheit wiederherzustellen, den Zustand zu bessern oder eine Verschlechterung zu verhindern.
- (4) Krankheit ist ein nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft anormaler körperlicher oder geistiger Zustand.
- (5) Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.
- (6) Versichert können nur gesunde Personen werden, die in Österreich ihren ordentlichen Wohnsitz haben. Andere Personen können zu besonderen Bedingungen versichert werden.
- (7) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Versicherungsfälle in der ganzen Welt, sofern im Tarif der örtliche Geltungsbereich nicht anders bestimmt ist.

## § 2

### Abschluss des Versicherungsvertrages

- (1) Versicherungsnehmer kann nur eine Person sein, die in Österreich ihren ordentlichen Wohnsitz hat.
- (2) Der Antragsteller ist sechs Wochen an seinen Antrag gebunden. Die Frist beginnt mit dem Tag der Antragstellung bzw. mit der Absendung des Antrages.
- (3) Die Annahme des Antrages kann auch von einer ärztlichen Untersuchung oder von der Beibringung eines ärztlichen Zeugnisses abhängig gemacht werden.
- (4) Über die Antragsannahme entscheidet die Geschäftsleitung der Generali. Anträge können ohne Angabe von Gründen abgelehnt werden. Die Entscheidung ist dem Antragsteller schriftlich mitzuteilen. Mit der Zustellung (Aushändigung) der Polizza oder einer schriftlichen Annahmeerklärung ist der Versicherungsvertrag abgeschlossen.
- (5) Bei neugeborenen Kindern, für die eine Anspruchsberechtigung gegenüber einem Träger der sozialen Krankenversicherung nicht besteht und auch nicht begründet werden kann, verzichtet die Generali in der Krankheitskostenversicherung unter folgenden Voraussetzungen auf das Recht der Ablehnung (Abs.4) und auf einen Leistungsausschluss gemäß § 6 Abs. 1 und 2:
  - der Versicherungsnehmer (ein Elternteil) ist selbst nach einem Tarif versichert, der dem für das Kind beantragten Versicherungsschutz entspricht;
  - die Mitversicherung des Kindes muss innerhalb zweier Monate nach der Geburt mit Wirkung ab dem 1. des Geburtsmonats beantragt werden;
  - bei Vorliegen eines erhöhten Risikos (körperliche oder geistige Beeinträchtigung) wird ein angemessener Prämien(Risiko-) zuschlag bezahlt.
- (6) Bei neugeborenen Kindern, für die eine Anspruchsberechtigung gegenüber einem Träger der sozialen Krankenversicherung besteht, verzichtet die Generali in der Krankheitskostenversicherung unter folgenden Voraussetzungen auf das Recht der Ablehnung (Abs. 4):
  - der Versicherungsnehmer (ein Elternteil) ist selbst nach einem Tarif versichert, der dem für das Kind beantragten Versicherungsschutz entspricht;
  - die Mitversicherung des Kindes muss innerhalb zweier Monate nach der Geburt mit Wirkung ab dem 1. des Geburtsmonats beantragt werden;
  - wenn schon Kinder vorhanden sind, müssen alle im gemeinsamen Haushalt lebenden Kinder unter 18 Jahren im Anschluss an die Versicherung der Eltern schon versichert sein.

## § 3

### Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt mit Abschluss des Versicherungsvertrages, jedoch nicht vor Bezahlung der ersten Prämie, nicht vor Ablauf der Wartezeiten und nicht vor dem in der Polizza bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn). Wird die Polizza nach diesem Zeitpunkt ausgehändigt, die Prämie sodann aber innerhalb von 14 Tagen bezahlt, so beginnt der Versicherungsschutz, abgesehen von den Bestimmungen über die Wartezeiten, mit dem in der Polizza bezeichneten Zeitpunkt.

Nach diesem Zeitpunkt (ursprünglicher Versicherungsbeginn) wird in der Folge auch das Versicherungsjahr gerechnet.

## § 4

### Wartezeiten

- (1) Die Wartezeiten werden ab Versicherungsbeginn, bei Erhöhung oder Ausweitung des Versicherungsschutzes ab dem Änderungszeitpunkt, gerechnet.
- (2) Die allgemeine Wartezeit beträgt 3 Monate.  
Sie entfällt:
  - a) bei Unfällen.  
Bauch- oder Unterleibsbrüche, die durch einen Unfall herbeigeführt oder verschlechtert worden sind, gelten nicht als Unfallfolgen.
  - b) bei folgenden akuten Infektionskrankheiten:  
Röteln, Masern, Windpocken (Varicellen), Scharlach, Diphtherie, Keuchhusten, Mumps, spinale Kinderlähmung, Meningitis, Ruhr, Paratyphus, Flecktyphus (Fleckfieber), Typhus, Cholera, Pocken, Rückfallfieber, Malaria, Milzbrand, Rotlauf, Gelbfieber, Pest, Tularämie, Psittakose.
  - c) bei Mitversicherung von neugeborenen Kindern für Leistungen im Ausmaß der bestehenden Versicherung, wenn die Mitversicherung innerhalb zweier Monate nach der Geburt mit Wirkung vom 1. des Geburtsmonats beantragt wird.
  - d) bei Mitversicherung von Ehegatten für Leistungen im Ausmaß der bestehenden Versicherung,
    - wenn die Versicherung mindestens 3 Monate bestanden hat und
    - wenn die Mitversicherung innerhalb eines Monats nach der Eheschließung mit Wirkung vom 1. des Monats der Eheschließung beantragt wird.
- (3) Besondere Wartezeiten
  - a) Die Bestimmungen über die allgemeine Wartezeit gelten, sofern in den Tarifen oder in der Police keine besonderen Wartezeiten festgelegt sind.
  - b) Für Entbindungen einschließlich der wegen Schwangerschaft erforderlichen Untersuchungen sowie der mit der Schwangerschaft in Verbindung stehenden medizinisch notwendigen Heilbehandlung (§ 1 Abs. 2 lit. b) besteht Versicherungsschutz nach Ablauf einer Wartezeit von neun Monaten.  
Wenn der Versicherungsnehmer beweist, dass die Schwangerschaft nachweislich nach dem Versicherungsbeginn eingetreten ist, besteht keine Wartezeit.  
Es gilt als Nachweis, wenn der ärztlich errechnete Geburtstermin neun Monate nach Versicherungsbeginn liegt.
- (4) Wird eine Krankheitskostenversicherung nachweislich innerhalb eines Monats nach Beendigung einer Pflichtversicherung in unmittelbarem Anschluss an diese abgeschlossen, so wird deren Versicherungszeit auf die Wartezeit angerechnet; dies gilt sinngemäß auch für gegenüber einem Träger der sozialen Krankenversicherung bisher Anspruchsberechtigte. Für stationäre Heilbehandlung besteht aber innerhalb der allgemeinen Wartezeit Versicherungsschutz höchst-

tens im Ausmaß der Leistung aus der Pflichtversicherung. Die Voraussetzungen für Anrechnung der Pflichtversicherung sind der Generali durch geeignete Belege nachzuweisen.

## **§ 5**

### **Art und Umfang des Versicherungsschutzes**

- (1) Art und Umfang des Versicherungsschutzes ergeben sich aus dem Tarif, den ergänzenden Versicherungsbedingungen und der Polizze. Soweit dort Leistungen für ambulante und/oder stationäre Heilbehandlungen vorgesehen sind, gelten folgende Bestimmungen.

#### **A) Leistungen für ambulante Heilbehandlung**

- (2) Der Versicherte hat freie Wahl unter den niedergelassenen, zur selbständigen Ausübung des ärztlichen Berufes zugelassenen Ärzten, Zahnärzten und Dentisten. Bei medizinischer Notwendigkeit werden während eines Versicherungsfalles auch die Kosten der Beiziehung mehrerer Ärzte erstattet.
- (3) Die Kosten für Fahrten des Versicherten zu einem Arzt bzw. von diesem nach Hause werden nicht erstattet.
- (4) Bei Behandlung durch Ehegatten, Eltern oder Kinder des Versicherten werden nur die nachgewiesenen Sachkosten erstattet.
- (5) Die Kosten besonderer Untersuchungen (z.B. Laboratoriumsuntersuchungen, Röntgendiagnostik, Ultraschalluntersuchungen) und die Kosten ärztlich verordneter besonderer Heilbehandlungen (z.B. physikalische Heilbehandlung, Heilbäder) werden erstattet, wenn sie durch einen Arzt oder einen zur freiberuflichen Ausübung dieser Dienste Berechtigten durchgeführt wurden. Zusätzliche Kosten für Ordinationen oder Hausbesuche werden hierbei nicht vergütet.
- (6) Die Kosten ärztlich verordneter Heilbehelfe (Hilfsmittel) werden ersetzt. Als solche gelten z.B. Brillen, Kontaktlinsen, Bruchbänder, Gliederprothesen, Hörapparate, orthopädische Korsette, orthopädische Schuheinlagen und die orthopädische Ausstattung von Schuhen, Bandagen und Bauchmieder, nicht jedoch z.B. Irrigatoren, Inhalationsapparate, Milchpumpen, Mundduschen, Eisbeutel, Heizkissen, Fieberthermometer sowie alle sonst zur Körper- und Krankenpflege dienenden Apparate und Behelfe. Hat die Generali für Heilbehelfe Kostenersatz geleistet, so besteht ein neuerlicher Anspruch auf Leistung erst nach Ablauf der üblichen Nutzungsdauer, sofern nicht zu einem früheren Zeitpunkt aus medizinischen Gründen eine Neuanschaffung notwendig ist.

#### **B) Leistungen für stationäre Heilbehandlung**

- (7) Stationäre Heilbehandlung im Sinne dieser Versicherungsbedingungen ist eine Heilbehandlung im Rahmen eines medizinisch notwendigen stationären Aufenthaltes in sanitätsbehördlich genehmigten Krankenanstalten oder Abteilungen von Krankenanstalten, sofern diese ständig ärztliche Anwesenheit vorsehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen, ausschließlich nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft arbeiten, nicht auf die Anwendung bestimmter Behandlungsmethoden ausgerichtet sind

sowie Krankengeschichten führen. Als stationär gilt ein Aufenthalt nur, wenn die Art der Heilbehandlung einen Aufenthalt von mindestens 24 Stunden erfordert.

Stationäre Aufenthalte für Zahnbehandlung sowie zahn- und kieferchirurgische Eingriffe gelten nur dann als medizinisch notwendig, wenn eine ambulante Heilbehandlung aus medizinischen Gründen nicht möglich ist.

Als medizinisch notwendig gilt ein stationärer Aufenthalt insbesondere nicht, wenn er lediglich im Mangel an häuslicher Pflege oder sonstigen persönlichen Verhältnissen des Versicherten begründet ist.

- (8) Für eine stationäre Heilbehandlung im Sinne des Abs. 7 werden in den nachstehend angeführten Anstalten (oder Abteilungen von Anstalten) Leistungen nur insoweit erbracht, als die Generali diese vor Beginn schriftlich zugesagt hat:
- in Anstalten die nicht ausschließlich nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft arbeiten oder in derartigen Abteilungen aller Krankenanstalten;
  - in Anstalten, in denen neben stationärer Heilbehandlung auch Rehabilitationsmaßnahmen oder Kurbehandlungen durchgeführt werden oder in derartigen Abteilungen aller Krankenanstalten;
  - in Anstalten, in denen neben stationärer Heilbehandlung auch Langzeitbehandlungen durchgeführt werden oder in derartigen Abteilungen aller Krankenanstalten;
  - in Anstalten, in denen auch Rekonvaleszente oder Pflegefälle aufgenommen werden oder in derartigen Abteilungen aller Krankenanstalten;
  - in Anstalten für Geriatrie (z.B. medizinische, neurologische, psychiatrische Geriatrie) oder in derartigen Abteilungen aller Krankenanstalten;
  - in privaten Krankenanstalten außerhalb Österreichs;
  - in Anstalten für Nerven- und/oder Geisteskranke und in Anstalten für Psychosomatik (mit Ausnahme von selbständig geführten Abteilungen für Neurologie und Neurochirurgie) oder in derartigen Abteilungen aller Krankenanstalten (mit Ausnahme von selbständig geführten Abteilungen für Neurologie und Neurochirurgie) und/oder in Zentren für seelische Gesundheit;
  - sowie in Anstalten für Lungenkranke oder in derartigen Abteilungen aller Krankenanstalten.
- (9) Kein Versicherungsschutz besteht für Aufenthalte in folgenden Anstalten (einschließlich deren Krankenabteilungen) oder in Abteilungen von Anstalten:
- in Anstalten, die vornehmlich auf Rehabilitation ausgerichtet sind oder in derartigen Abteilungen aller Krankenanstalten;
  - in Anstalten für Alkohol und Drogenabhängige oder in derartigen Abteilungen aller Krankenanstalten;
  - in Sanitätseinrichtungen des Bundesheeres;
  - in Inquisitenspitälern (oder Inquisitenabteilungen);
  - in Anstalten für geistig abnorme Rechtsbrecher oder in derartigen Abteilungen aller Krankenanstalten;
  - in selbständigen Ambulatorien (auch wenn die durchzuführende Untersuchung oder Behandlung eine kurzfristige Unterbringung erforderlich macht);
  - in Kuranstalten, Erholungs-, Diät- und Genesungsheimen;
  - in Anstalten für chronisch Kranke oder in derartigen Abteilungen aller Krankenanstalten;
  - in Anstalten zur Pflege wegen Alters, Hinfälligkeit, Siechtums oder mangels häuslicher Pflege oder in derartigen Abteilungen aller Krankenanstalten sowie
  - in Tag- oder Nachtkliniken.

- (10) Die Generali kann sich auf die Leistungsfreiheit nach Abs. 8 und 9 insoweit und solange nicht berufen, als die Dringlichkeit der stationären Heilbehandlung das Aufsuchen einer Krankenanstalt im Sinne des Abs. 7 bzw. die Einholung einer schriftlichen Zusage nach Abs. 8 vor Beginn der Behandlung nicht zulässt.
- (11) Bei einer medizinisch notwendigen Überführung in ein Krankenhaus zu stationärer Heilbehandlung und bei einem notwendigen Heimtransport werden die Kosten für Krankenwagen, Bahn- oder Autotaxi ersetzt.

### **C) Gemeinsame Bestimmungen**

- (12) Als Operationskosten gelten das Honorar des Operateurs, des Anästhesisten, der bei der Operation assistierenden Ärzte und die Kosten der Vor- und Nachbehandlung sowie die gesondert in Rechnung gestellten Sachkosten. Bei gleichzeitiger Ausführung mehrerer Operationen wird die am höchsten ein zustufende tariflich voll, jede weitere in verschiedenen Operationsfeldern mit höchstens 50%, im gleichen Operationsfeld mit höchstens 25% des tariflichen Ausmaßes vergütet.
- (13) Als Kosten der Strahlentherapie gelten das Honorar des behandelnden Arztes und der Assistenz, die Kosten für die Benützung von Geräten, für strahlendes Material und sonstigen Sachaufwand sowie alle Nebenkosten.
- (14) Die Kosten der im Rahmen einer Heilbehandlung ärztlich verordneten, dem Arzneimittelgesetz entsprechenden und aus einer Apotheke bezogenen Arzneimittel (Heilmittel) werden ersetzt. Nicht erstattet werden die Kosten für alle nicht in Österreich registrierten Heilmittel. Bei Heilmittelbezug im Rahmen einer Heilbehandlung im Ausland gelten hinsichtlich der Registrierung die jeweils örtlichen Vorschriften.  
Keinesfalls erstattet werden die Kosten für Heil- und Mineralwässer, Medizinalweine, Nähr- und Stärkungsmittel, geriatrische Mittel, Tonika und kosmetische Mittel.

## **§ 6**

### **Einschränkung des Versicherungsschutzes**

- (1) Vom Versicherungsschutz ausgenommen sind Heilbehandlungen, die vor Versicherungsbeginn begonnen haben.
- (2) Krankheiten und Unfallfolgen, die vor Versicherungsbeginn entstanden sind, aber erst nach Versicherungsbeginn zu einer Heilbehandlung führen, sind nur nach Maßgabe des Abs. 6 und des § 11 in den Versicherungsschutz einbezogen.
- (3) Für Krankheiten und Unfallfolgen, die während der allgemeinen Wartezeit (§ 4 Abs. 2) erstmalig behandelt worden sind, besteht bis zur Beendigung des Versicherungsfalles, längstens bis drei Jahre nach Abschluss, Abänderung oder Wiederinkraftsetzung des Versicherungsvertrages kein Versicherungsschutz; dasselbe gilt für Krankheiten, die mit diesen in einem unmittelbar ursächlichen Zusammenhang stehen.  
Die Generali ist jedoch zur Leistung verpflichtet, wenn der Versicherungsnehmer oder der Versicherte beweist, dass die Krankheit erst nach Vertragsabschluss für ihn erkennbar wurde.

(4) Kein Versicherungsschutz besteht

- für Krankheiten und Unfälle sowie deren Folgen, die aufgrund eines missbräuchlichen Genusses von Alkohol oder Suchtgiften eintreten oder verschlechtert werden oder deren Heilbehandlung infolge eines missbräuchlichen Genusses von Alkohol oder Suchtgiften wesentlich erschwert ist, sowie für Entziehungsmaßnahmen und Entziehungskuren;
- für Anhaltung bzw. Unterbringung wegen Selbst- oder Fremdgefährdung, sowie für die Heilbehandlung der Folgen von Selbstmordversuchen;
- für Krankheiten und Unfälle sowie deren Folgen, die durch aktive Beteiligung an Unruhen, durch schuldhaftige Beteiligung an Schlägereien oder bei der Begehung einer gerichtlich strafbaren Handlung, die Vorsatz voraussetzt, entstehen;
- für auf Vorsatz des Versicherungsnehmers oder des Versicherten beruhende Krankheiten und Unfälle, einschließlich deren Folgen; hat der Versicherungsnehmer die Krankheit oder den Unfall eines anderen Versicherten vorsätzlich herbeigeführt, so bleibt die Generali diesem gegenüber zur Leistung verpflichtet, der Schadenersatzanspruch des Versicherten an den Versicherungsnehmer geht jedoch auf die Generali über.
- für Krankheiten und Unfälle sowie deren Folgen, die durch Kriegseignisse jeder Art, einschließlich Neutralitätsverletzungen, entstehen.

(5) Krankheiten und Unfallfolgen gemäß Abs. 1 bis 3 können zu besonderen Bedingungen (höhere Prämie, besondere Wartezeiten) in den Versicherungsschutz eingeschlossen werden.

(6) Für die Heilbehandlung von Krankheiten und Unfallfolgen, die vom Versicherungsnehmer bzw. vom Versicherten vor Abschluss des Versicherungsvertrages angegeben wurden, kann der Versicherungsschutz nur durch ausdrückliche schriftliche Erklärung der Generali ausgeschlossen werden.

(7) Geht die Heilbehandlung über das notwendige Maß hinaus, so ist die Generali berechtigt, die Erstattung auf das angemessene Ausmaß herabzusetzen.

(8) Die Generali kann in begründeten Fällen Behandlungen durch bestimmte Ärzte, Zahnärzte oder Dentisten bzw. in bestimmten Krankenanstalten oder Abteilungen von Anstalten vom Versicherungsschutz ausnehmen. Dies gilt für Behandlungen, die nach Zustellung der Mitteilung durchgeführt werden.

Für laufende Versicherungsfälle besteht jedoch Versicherungsschutz längstens bis zum Ablauf des 3. Monats nach Zustellung der Mitteilung.

## § 7

### **Auszahlung der Versicherungsleistungen**

(1) Die Auszahlung von Versicherungsleistungen erfolgt aufgrund von saldierten Originalrechnungen oder Aufenthaltsbestätigungen. Diese Belege müssen den Vor- und Zunamen, die Adresse, die Polizzennummer, das Geburtsdatum der behandelten Person sowie die Bezeichnung der Krankheit und der erbrachten Leistungen und die Daten der Behandlungen enthalten.

Ist der Versicherte noch anderweitig (gesetzlich oder privat) krankenversichert, können auch Zweitschriften samt der dazugehörigen Abrechnung oder detaillierte Abrechnungen der anderen Versicherer vorgelegt werden.

- (2) Die Generali darf vorbehaltlich der Bestimmungen in Abs. 5 den Überbringer von Belegen als zum Empfang der darauf entfallenden Versicherungsleistungen berechtigt ansehen.
- (3) Die Belege gehen in das Eigentum der Generali über.
- (4) Die in ausländischer Währung entstandenen Kosten werden zum Devisenmittelkurs der Wiener Börse des letzten Behandlungstages im Ausland in Euro umgerechnet.
- (5) Die Ansprüche auf Versicherungsleistungen können ohne Zustimmung der Generali weder verpfändet noch abgetreten werden.  
Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen der Generali nur aufrechnen, wenn es sich um Gegenforderungen handelt, die im rechtlichen Zusammenhang mit seiner Forderung stehen und die gerichtlich festgestellt oder von der Generali anerkannt worden sind.
- (6) Geldleistungen der Generali sind mit Beendigung des zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfanges der Leistung der Generali 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 der Generali verlangt, aus welchen Gründen die Erhebungen noch nicht beendet werden konnten, und die Generali diesem Verlangen nicht binnen eines Monats entspricht.
- (7) Die Generali 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 die Generali dem Versicherungsnehmer gegenüber den erhobenen Anspruch schriftlich abgelehnt hat. Die Entscheidung der Generali muss zumindest mit der Anführung einer der Ablehnung derzeit zugrundegelegten Tatsache und der gesetzlichen oder vertraglichen Bestimmung begründet sein und die Angabe der mit dem Ablauf verbundenen Rechtsfolge enthalten; sie ist für die Dauer von Vergleichsverhandlungen über den erhobenen Anspruch und für die Zeit, in der der Versicherungsnehmer ohne sein Verschulden an der rechtzeitigen gerichtlichen Geltendmachung des Anspruches gehindert ist, gehemmt.
- (8) Die Ansprüche auf Versicherungsleistungen verjähren in drei Jahren. Steht der Anspruch einem Dritten zu, so beginnt die Verjährung zu laufen, sobald diesem sein Recht auf die Leistung der Generali bekannt geworden ist; ist dem Dritten dieses Recht nicht bekannt geworden, so verjähren seine Ansprüche erst nach zehn Jahren.

Ist ein Anspruch des Versicherungsnehmers bei der Generali angemeldet worden, so ist die Verjährung bis zum Einlangen einer schriftlichen Entscheidung der Generali 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.

## **§ 8**

### **Ruhen des Versicherungsschutzes**

- (1) Auf Antrag des Versicherungsnehmers kann in begründeten Fällen für einen im voraus bestimmten Zeitraum von nicht mehr als zwölf Monaten das Ruhen der Rechte und Pflichten aus dem Versicherungsvertrag vereinbart werden.

- (2) Eine vom Versicherungsnehmer beantragte Wiederinkraftsetzung der Versicherung vor Ablauf des vereinbarten Zeitraumes kann von einer Gesundheitsprüfung abhängig gemacht werden.
- (3) Für Versicherungsfälle, die während des Ruhens des Versicherungsvertrages eingetreten sind, besteht kein Versicherungsschutz.

#### **Anwartschaftsversicherung**

- (4) Wird für den Zeitraum der Ruhendstellung der Versicherung eine Anwartschaftsprämie vereinbart und im voraus entrichtet (Anwartschaftsversicherung) besteht nach Wiederinkraftsetzung der Versicherung Versicherungsschutz für die Fortsetzung der Heilbehandlung von während des Ruhens eingetretenen Versicherungsfällen.  
Die Dauer der Anwartschaftsversicherung wird auf die Wartezeiten (§ 4) angerechnet.

#### **Stilllegung der Versicherung**

- (5) Wird für den Zeitraum der Ruhendstellung keine Anwartschaftsprämie bezahlt, besteht für die Fortsetzung der Heilbehandlung von während des Ruhens eingetretenen Versicherungsfällen nach Wiederinkraftsetzung der Versicherung kein Versicherungsschutz.  
Ein Einschluss in den Versicherungsschutz kann zu besonderen Bedingungen (Prämienzuschlag, besondere Wartezeiten) vereinbart werden.

### **§ 9**

#### **Ende des Versicherungsschutzes**

Der Versicherungsschutz endet, auch für laufende Versicherungsfälle, mit der Beendigung des Versicherungsvertrages.

### **PFLICHTEN DES VERSICHERUNGSNEHMERS**

### **§ 10**

#### **A) Prämien, Gebühren und Abgaben**

- (1) Die Prämie ist eine Jahresprämie und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Sie ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten, kann aber auch in gleichen monatlichen Prämienraten bezahlt werden, die jeweils bis zur Fälligkeit der Prämienrate gestundet gelten. Die Prämienraten sind am 1. eines jeden Monats fällig. Die erste Prämie ist spätestens bei Auslieferung bzw. Angebot der Police und Aufforderung zur Prämienzahlung fällig.
- (2) Hat ein versichertes Kind das 18. Lebensjahr vollendet, so sind ab dem nächstfolgenden Monatsersten die Prämien zu bezahlen, die für erwachsene Personen zu entrichten sind.
- (3) Die Prämien sind an die von der Generali zu bezeichnende Stelle zu entrichten.
- (4) Allfällige Abgaben (Steuern) aus dem Versicherungsvertrag trägt der Versicherungsnehmer. Ansonsten können dem Versicherungsnehmer nur Gebühren angelastet werden, die der Abgel-

tung von Mehraufwendungen dienen, die durch das Verhalten des Versicherungsnehmers oder des Versicherten veranlasst worden sind.

## **B) Zahlungsverzug und dessen Folgen.**

(5) Ist die erste Prämie oder die erste Prämienrate innerhalb von 14 Tagen nach dem Abschluss des Versicherungsvertrages und nach der Aufforderung zur Prämienzahlung nicht gezahlt, so ist die Generali, 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.

(6) Wird in der Folge eine fällige Prämie oder eine fällige Prämienrate nicht rechtzeitig gezahlt, so kann die Generali den Versicherungsnehmer unter Angabe der Höhe der Prämien- und Kostenschuld und der Rechtsfolgen weiterer Säumnis schriftlich auffordern, die Schuld innerhalb einer Zahlungsfrist von 14 Tagen, vom Empfang der Aufforderung an gerechnet, an die von der Generali bezeichnete Stelle ohne Abrechnung von Überweisungsspesen zu bezahlen.

Neben Postgebühr und Mahnkosten können Verzugszinsen in Höhe der gesetzlichen Verzugszinsen eingehoben werden.

(7) Tritt der Versicherungsfall nach Ablauf der Zahlungsfrist ein und ist der Versicherungsnehmer zu dieser Zeit mit der Zahlung der Prämien im Verzug, so ist die Generali von der Verpflichtung zur Leistung frei, es sei denn, dass der Versicherungsnehmer an der rechtzeitigen Zahlung der Prämie ohne sein Verschulden verhindert war.

Die Leistungspflicht der Generali lebt nach Bezahlung aller rückständigen Prämien wieder auf, jedoch besteht für Versicherungsfälle, die nach Ablauf der Zahlungsfrist und vor Nachzahlung der rückständigen Prämien eingetreten sind, und deren Folgen kein Anspruch auf Leistung.

(8) Ist der Versicherungsnehmer bloß mit nicht mehr als 10 v.H. der Jahresprämie, höchstens aber mit dem in § 39a VersVG genannten Betrag (derzeit EUR 60,--) in Verzug, so tritt die in Abs. 7 vorgesehene Leistungsfreiheit der Generali nicht ein.

(9) Die Generali ist berechtigt, den Versicherungsvertrag ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist zu kündigen, wenn der Versicherungsnehmer nach Ablauf der Frist von 14 Tagen mit der Zahlung der Prämien im Verzug ist. Die Generali kann bereits bei der Bestimmung der Zahlungsfrist den Versicherungsvertrag so kündigen, dass die Kündigung mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer in diesem Zeitpunkt mit der Zahlung der Prämien im Verzug ist.

(10) Die Wirkungen der Kündigung fallen fort, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach Kündigung oder, falls die Kündigung mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach dem Ablauf der Zahlungsfrist die Zahlung der Prämien nachholt.

(11) Die Nichtzahlung von Zinsen oder Kosten löst die Rechtsfolgen der Abs. 7 und 9 nicht aus.

## § 11

### Obliegenheiten

#### A) Anzeigepflicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages

- (1) Der Versicherungsnehmer und der Versicherte haben bei der Antragstellung und zwischen Antragstellung und Zustellung (Aushändigung) der Polizza alle erheblichen Gefahrenumstände anzuzeigen. Jeder Gefahrenumstand, nach dem die Generali in schriftlicher Form ausdrücklich und genau umschrieben gefragt hat, gilt im Zweifel als erheblich.

#### B) Folgen der Verletzung der Anzeigepflicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages

- (2) Hat der Versicherungsnehmer oder der Versicherte die Anzeigepflicht über erhebliche Gefahrenumstände schuldhaft verletzt, so kann die Generali vom Vertrag zurücktreten. Die Anzeigepflicht ist auch dann verletzt, wenn Fragen um Gefahrenumstände unvollständig beantwortet werden.
- (3) Der Rücktritt vom Versicherungsvertrag ist innerhalb eines Monats von dem Tag an zulässig, an dem die Generali von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erlangt hat.
- (4) Tritt die Generali zurück, nachdem ein Versicherungsfall eingetreten ist, so bleibt der Versicherungsschutz bestehen, wenn der Umstand, in Ansehung dessen die Anzeigepflicht verletzt wurde, keinen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalles oder auf den Umfang der Leistung der Generali gehabt hat.  
Die Generali kann jedoch die Rückzahlung der Leistungen verlangen, die sich auf Tatsachen beziehen, die zum Rücktritt geführt haben.
- (5) Treffen die Voraussetzungen für den Rücktritt nur auf einzelne versicherte Personen zu, so kann er auf diese beschränkt werden. Der Versicherungsnehmer hat in diesem Fall das Recht, innerhalb eines Monats nach Erhalt der Rücktrittserklärung den Versicherungsvertrag mit sofortiger Wirkung zur Gänze zu kündigen.
- (6) Wegen einer Verletzung der dem Versicherungsnehmer beim Abschluss des Vertrags obliegenden Anzeigepflicht kann die Generali vom Vertrag nicht mehr zurücktreten oder den Vertrag kündigen, wenn seit dem Abschluss drei Jahre verstrichen sind. Das Rücktrittsrecht bleibt jedoch bestehen, wenn die Anzeigepflicht arglistig verletzt worden ist.
- (7) Bei schuldloser Verletzung der Anzeigepflicht kann die Generali, wenn der Geschäftsplan bei Vorliegen der ihr unbekannt gebliebenen Gefahrenumstände eine höhere Prämie vorsieht, vom Beginn des laufenden Versicherungsjahres an die entsprechend höhere Prämie verlangen. Wird die höhere Gefahr nach den für den Geschäftsbetrieb der Generali maßgebenden Grundsätzen auch gegen eine höhere Prämie nicht übernommen, so kann die Generali das Versicherungsverhältnis unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von einem Monat kündigen.

### **C) Pflichten des Versicherungsnehmers und des Versicherten während des Bestehens des Versicherungsvertrages**

- (8) Der Versicherungsnehmer und der Versicherte haben auf Verlangen der Generali jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Art und des Umfanges des Versicherungsschutzes erforderlich ist.  
Dies umfasst auch die Verpflichtung des Versicherten, sich auf Verlangen der Generali durch einen von dieser beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
- (9) Der Versicherungsnehmer und der Versicherte haben im Krankheitsfall den vom Arzt oder von der Generali gegebenen zumutbaren Verhaltensregeln Folge zu leisten.
- (10) Wird für eine versicherte Person bei einem anderen Versicherer ein Krankenversicherungsvertrag abgeschlossen, so ist die Generali vom weiteren Versicherungsvertrag unverzüglich zu unterrichten.

### **D) Folgen der Verletzung von Pflichten während des Bestehens des Versicherungsvertrages**

- (11) Verletzt der Versicherungsnehmer oder der Versicherte die Auskunftspflicht des Abs. 8, so ist die Generali von der Verpflichtung zur Leistung frei, sofern die Verletzung vorsätzlich oder grob fahrlässig erfolgt ist.

Wird die Auskunftspflicht nicht mit dem Vorsatz verletzt, die Leistungspflicht der Generali zu beeinflussen oder die Feststellung solcher Umstände zu beeinträchtigen, die erkennbar für die Leistungspflicht der Generali bedeutsam sind, so bleibt die Generali zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung weder auf die Feststellung des Versicherungsfalles noch auf die Feststellung oder den Umfang der der Generali obliegenden Leistung Einfluss gehabt hat.

- (12) Wird die in Abs. 9 genannte Verhaltenspflicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt, so ist die Generali von der Verpflichtung zur Leistung frei und berechtigt, den Versicherungsvertrag fristlos zu kündigen.
- (13) Wird die in Abs. 10 genannte Informationspflicht schuldhaft verletzt, so ist die Generali von der Verpflichtung zur Erbringung von Summenleistungen, wie z.B. Krankenhaus-Tagegeld, Krankenhaus-Ersatztaggeld, Krankengeld oder Kurzuschüssen frei. Die Generali kann überdies den Versicherungsvertrag zur Gänze oder nur hinsichtlich der betreffenden versicherten Person innerhalb eines Monats, nachdem sie von der Obliegenheitsverletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen. Kündigt die Generali innerhalb eines Monats nicht, so kann sie sich auf die Leistungsfreiheit nicht berufen.

## **§ 12**

### **Ansprüche gegen Dritte**

- (1) Bestehen für einen Versicherungsfall neben dem Anspruch gegen die Generali gleichartige Ansprüche gegenüber dritten Personen oder öffentlichrechtlichen oder privaten Versicherungsträgern, so gehen diese Ansprüche insoweit auf die Generali über, als diese die Kosten ersetzt.

Der Anspruchsberechtigte ist verpflichtet, diese Abtretung auf Verlangen der Generali schriftlich zu bestätigen.

- (2) Soweit der Anspruchsberechtigte von schadenersatzpflichtigen dritten Personen oder aufgrund anderer Versicherungsverträge schon Ersatz der ihm entstandenen Kosten erhalten hat, ist die Generali berechtigt, den Ersatz auf seine Leistungen anzurechnen.
- (3) Die Abs. 1 und 2 gelten nicht für Leistungen, die auch ohne Kostennachweis gebühren.
- (4) Die Verpflichtung der Generali zur Leistung für Kosten, deren teilweisen Ersatz der Anspruchsberechtigte von einem öffentlich-rechtlichen Versicherungsträger fordern kann, tritt erst ein, wenn letzterer die ihm obliegenden Leistungen gewährt hat.
- (5) Gibt der Anspruchsberechtigte seinen Anspruch gegen Dritte oder ein zur Sicherung des Anspruches dienendes Recht ohne Zustimmung der Generali auf, so wird die Generali insoweit von der Ersatzpflicht frei, als sie aus dem Anspruch oder dem Recht hätte Ersatz erlangen können.

## **ENDE DES VERSICHERUNGSVERTRAGES**

### **§ 13**

#### **Kündigung durch den Versicherungsnehmer**

- (1) Der Versicherungsvertrag wird auf unbestimmte Zeit abgeschlossen. Der Versicherungsnehmer hat das Recht, den Versicherungsvertrag zum Ende eines Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer, mit einer Frist von drei Monaten zu kündigen.
- (2) Das Versicherungsjahr richtet sich nach dem ursprünglichen Versicherungsbeginn.
- (3) Die Kündigung muss schriftlich erfolgen und ist an die Geschäftsleitung der Generali zu richten.
- (4) a) Kündigt der Versicherungsnehmer den Versicherungsvertrag hinsichtlich einzelner Personen, hat die Generali das Recht, innerhalb einer Frist von einem Monat den Versicherungsvertrag hinsichtlich der übrigen Personen zum gleichen Termin zu kündigen.  
  
b) Kündigt der Versicherungsnehmer den Versicherungsvertrag hinsichtlich einzelner Tarife, hat die Generali das Recht, innerhalb eines Monats den Vertrag hinsichtlich der übrigen Tarife der Person zum gleichen Termin zu kündigen. Diese Regelung gilt nur für jene Tarife, die zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses nur in Kombination mit anderen Tarifen versicherbar waren. Das Recht auf Gegenkündigung gemäß Abs. 4 lit. a steht der Generali auch in diesem Fall jedenfalls zu.  
  
c) Der Versicherungsnehmer hat innerhalb eines Monats nach Gegenkündigung durch die Generali das Recht, die ursprünglich ausgesprochene Kündigung zurückzuziehen.
- (5) Werden Prämien erhöht oder Leistungen vermindert (§ 11 B) Abs. 7), hat der Versicherungsnehmer das Recht, den Versicherungsvertrag hinsichtlich der betroffenen Personen innerhalb eines Monats vom Zugang der Mitteilung über die Änderung zum Zeitpunkt des Wirksamwer-

dens der Änderung zu kündigen.

Eine Anpassung des Versicherungsvertrages gemäß § 178f VersVG (siehe auch § 18) berechtigt zur Kündigung jedoch nicht.

- (6) Wird ein Versicherungsnehmer oder ein Versicherter in eine Pflegeanstalt für chronisch Kranke aufgenommen, so hat der Versicherungsnehmer das Recht, den Versicherungsvertrag zum Ende des Monats zu kündigen, in welchem er die Aufnahme in eine solche Anstalt nachweist.

## **§ 14**

### **Kündigung durch die Generali**

- (1) Die Generali verzichtet auf eine Kündigung des Vertrages abgesehen von den Fällen des § 10 Abs. 9, § 11 Abs. 12 und 13, § 13 Abs. 4 und § 14 Abs. 2.
- (2) Wenn der Versicherungsnehmer oder ein Versicherter durch wissentlich falsche Angaben, insbesondere durch Vortäuschung einer Krankheit, Versicherungsleistungen erschleicht oder zu erschleichen versucht oder bei einer solchen Handlung mitwirkt, so ist die Generali von der Verpflichtung zur Leistung frei und hat das Recht, den Versicherungsvertrag fristlos zu kündigen.
- (3) Kündigt die Generali gemäß § 11 Abs. 13 den Versicherungsvertrag hinsichtlich einzelner Personen, hat der Versicherungsnehmer das Recht, den Versicherungsvertrag hinsichtlich der übrigen Personen innerhalb einer Frist von einem Monat zum gleichen Termin zu kündigen.

## **§ 15**

### **Sonstige Beendigungsgründe**

- (1) Der Versicherungsvertrag endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die Versicherten haben jedoch das Recht, den Versicherungsvertrag unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb von zwei Monaten nach dem Tod des Versicherungsnehmers abzugeben.
- (2) Beim Tod eines Versicherten endet der Versicherungsvertrag hinsichtlich dieser Person.
- (3) Der Versicherungsvertrag endet ferner durch Verlegung des Wohnsitzes des Versicherungsnehmers oder des Versicherten ins Ausland, es sei denn, dass eine andere Vereinbarung getroffen wird. Die Bestimmungen des Abs. 1 gelten sinngemäß.

## **SONSTIGE BESTIMMUNGEN**

## **§ 16**

### **Form und Empfänger von Willenserklärungen und Anzeigen**

- (1) Alle für die Generali bestimmten Anzeigen und Erklärungen sind schriftlich abzufassen und an die Geschäftsleitung der Generali zu richten.

- (2) Hat der Versicherungsnehmer seine Wohnung gewechselt, dies aber nicht der Generali mitgeteilt, so genügt zur Rechtswirksamkeit von Willenserklärungen der Generali dem Versicherungsnehmer gegenüber die Absendung des Briefes an die letzte der Generali bekanntgegebene Anschrift.

## **§ 17**

### **Erfüllungsort, Gerichtsstand**

- (1) Erfüllungsort für die beiderseitigen Verpflichtungen aus dem Versicherungsvertrag ist der Sitz der Generali.
- (2) Klagen gegen die Generali können bei dem Gericht am Sitz der Generali oder bei dem Gericht des Ortes anhängig gemacht werden, wo der Vermittlungsagent zur Zeit der Vermittlung seine gewerbliche Niederlassung oder in Ermangelung einer solchen seinen Wohnsitz hatte.
- (3) Für Klagen gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht örtlich zuständig, in dessen Sprengel der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz, seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat oder der Ort seiner Beschäftigung liegt.

## **§ 18**

### **Änderung des Versicherungsschutzes und der Prämie**

- (1) Die Generali ist verpflichtet, die Prämie oder den Versicherungsschutz (allgemeine und ergänzende Versicherungsbedingungen und Tarife) nach Vertragsabschluss ohne Altersbegrenzung, ohne Wartezeiten für die Mehrleistungen und ungeachtet eines etwa verschlechterten Gesundheitszustandes einseitig zu ändern, wenn mindestens einer der folgenden Umstände eintritt. Dabei ist die Generali bei Vorliegen der vereinbarten Voraussetzungen für eine Prämienänderung auch zu einer Herabsetzung der Prämien verpflichtet:
- a) Änderung eines vereinbarten Index,
  - b) Änderung der durchschnittlichen Lebenserwartung,
  - c) Änderung der Häufigkeit der Inanspruchnahme von Leistungen nach Art der vertraglich vorgesehenen und deren Aufwändigkeit, bezogen auf die zu diesem Tarif Versicherten,
  - d) Änderung des Verhältnisses zwischen den vertraglich vereinbarten Leistungen und den entsprechenden Kostenersätzen der gesetzlichen Sozialversicherung,
  - e) Änderung der durch Gesetz, Verordnung, sonstige behördlichen Akte oder durch Vertrag zwischen der Generali und im Versicherungsvertrag bezeichneten Einrichtungen des Gesundheitswesens festgesetzten Entgelte für die Inanspruchnahme dieser Einrichtungen und
  - f) Änderung des Gesundheitswesens oder der dafür geltenden gesetzlichen Bestimmungen.
- (2) Zur Festsetzung der erforderlichen Anpassung vergleicht die Generali laufend die der letzten Tarifikalkulation zugrundeliegenden Faktoren mit den zu erwartenden Faktoren. Ergibt dieser Vergleich eine Änderung der zu erwartenden Leistungen, werden die Leistungen und Prämien dem geänderten Bedarf angepasst. Für die Bemessung der Teilprämie für die Anpassung ist das Alter im Zeitpunkt der Anpassung maßgebend.

- (3) Die neuen Leistungen und Prämien werden zum Ersten des Monats wirksam, der der schriftlichen Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.
- (4) Die Anpassung ist nicht durchzuführen, wenn ihr der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach Empfang der Mitteilung der Generali schriftlich widerspricht. Diese Mitteilung hat einen Hinweis auf die Möglichkeit der Ablehnung der Anpassung zu enthalten.  
Im Falle eines Widerspruchs wird die Versicherung mit höchstens gleichbleibender Prämie und angemessen geänderten Leistungen (Ersatztarif) fortgeführt und die Generali ist späterhin nicht mehr verpflichtet, eine Anpassung der Versicherungsleistungen durchzuführen.
- (5) Der Widerspruch kann jedoch vom Versicherungsnehmer innerhalb von 3 Monaten ab dem Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Anpassung zurückgezogen werden. In diesem Fall tritt die Anpassung in ursprünglicher Form zum ursprünglichen Zeitpunkt in Kraft.
- (6) Der Versicherungsnehmer hat das Recht, während der Laufzeit des Vertrages unter Anrechnung der aus der Vertragslaufzeit erworbenen Rechte und der Altersrückstellung in einen anderen im Geschäftsplan vorgesehenen Tarif derselben Versicherungsart (§ 178b VersVG) bis zum bisherigen Deckungsumfang zu wechseln.

## **§ 19**

### **Gewinnbeteiligung/Prämienrückvergütung**

Die Zuordnung zu einem bestimmten Gewinnverband richtet sich nach den versicherten Tarifen. Die Zuordnung ist in den Ergänzenden Versicherungsbedingungen des jeweiligen Tarifes beschrieben.

#### **A. Gewinnverband A**

Die Heilkostenversicherungen, das sind Versicherungen nach einem Tarif für ambulante Heilbehandlung in Kombination mit einem Tarif für stationäre Heilbehandlung und/oder Krankenhaustagegeld, bilden den Gewinnverband A.

#### **B. Gewinnverband B**

Zu Gewinnverband B zählen Krankenhauskostenversicherungen, Krankenhaustagegeldversicherungen, Krankengeldversicherungen, Pflegegeldversicherungen, Versicherungen für Kur und Rehabilitation und Vorsorgeversicherungen.

#### **C. Gewinnermittlung**

Der Gewinnrückstellung des Gewinnverbandes A und des Gewinnverbandes B werden 85% des nach Maßgabe des Geschäftsplanes ermittelten Gewinnes zugewiesen. Aus der Gewinnrückstellung sind die auf einzelne Versicherungsnehmer entfallenden Gewinnanteile nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen auszuschütten:

- (1) Erstens sind nur diejenigen Versicherungen des Gewinnverbandes teilnahmeberechtigt, für welche die Prämien des abgelaufenen ganzen Kalenderjahres voll gezahlt worden sind.  
Änderungen des Versicherungsschutzes oder der Tarife während des Kalenderjahres können eine Teilnahmeberechtigung nicht begründen. Haben sich die Prämien während des Kalenderjahres geändert, bemisst sich die Höhe der Gewinnbeteiligung nach der niedrigsten Monatsprä-

mie.

Weiters ist Voraussetzung, dass für die ganze Dauer des letzten Kalenderjahres keine Leistungen von der Generali bezogen worden sind.

Ausgeschlossen sind die Versicherungen, bei denen im abgelaufenen Kalenderjahr durch Prämienzahlungsverzug Leistungsfreiheit der Generali eingetreten ist, oder die in Form einer Anwartschaftsversicherung bestanden haben (§ 8 Abs. 4).

(2) Auszahlung von Versicherungsleistungen:

Bei Feststellung der Teilnahmeberechtigung an der Gewinnbeteiligung gelten die Versicherungen von erwachsenen Personen als Einheit, d.h. diese Versicherungen sind nur dann teilnahmeberechtigt, wenn von keiner der erwachsenen Personen im abgelaufenen Geschäftsjahr Versicherungsleistungen in Anspruch genommen worden sind.

Leistungen aus Vorsorgeversicherungen bleiben dabei unberücksichtigt.

(3) Kinderprämien sowie Prämien zu Vorsorgeversicherungen sind nicht gewinnberechtigt.

(4) Der auf die einzelne Versicherung entfallende Gewinnanteil wird entsprechend dem Geschäftsplan ermittelt. Er muss stets ein ganzzahliges Vielfaches einer Monatsprämie betragen. Verbleibende Reste in der Gewinnrücklage der Versicherten werden auf das Folgejahr vorgetragen.

(5) Bei Gewinnverband A wird die Gewinnbeteiligung in der Höhe von drei Monatsprämien garantiert (Prämienrückvergütung).

(6) Die Verrechnung der Gewinnbeteiligung erfolgt nach Veröffentlichung der Bilanz, frühestens jedoch zum 1.7. des dem abgelaufenen Geschäftsjahr folgenden Kalenderjahr. Für zum Zeitpunkt der Verrechnung ausgeschiedene Versicherungsverträge erfolgt keine Verrechnung. Die Gewinnbeteiligung wird von der Generali auf die Prämien der Monate, die der Verrechnung folgen, in Anrechnung gebracht.

(7) Bei Ansprüchen auf Versicherungsleistung für das abgelaufene Geschäftsjahr nach Empfang der Gewinnbeteiligung, wird diese auf die Leistung der Generali angerechnet; eine zu Unrecht erhaltene Gewinnbeteiligung (Prämienrückvergütung) ist zurückzuerstatten.

## Information zur Datenanwendung (gemäß § 24 DSGVO)

---

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

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, Ärzte 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 oder eines Arztes geführt (Vertragsdaten).

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, Ärzte, Krankenhäuser etc.) und von Auskunftspersonen (z.B. Zeugen, Behörden, etc.) sowie die von uns geleisteten Zahlungen (Leistungsdaten).

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

#### 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 Polizzenummer, 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.

#### Übermittlung von Gesundheitsdaten

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

#### 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  
Generali Versicherung AG, Wien  
Generali Bank AG, Wien  
Generali Capital Management GmbH, Wien  
Generali VIS Informatik GmbH, Wien,  
Generali IT-Solutions GmbH, Wien  
Europäische Reiseversicherung Aktiengesellschaft, Wien  
Allgemeine Immobilien-Verwaltungs-Gesellschaft m.b.H., Wien  
Care Consult Versicherungsmakler GmbH  
Europ Assistance Gesellschaft m.b.H., Wien  
Generali Leasing GmbH, Wien  
Generali Immobilien AG  
Generali Pensionskassa AG

## **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. Zur Zeit kooperieren wir mit:

3 Banken-Generali Investment-Gesellschaft mbH,  
3 Banken Gruppe (Oberbank, BTV, BKS)  
ABV Allgemeine Bausparkasse reg. GenmbH  
Autobank AG  
AVS Privatkunden Versicherungsservice GmbH  
BONUS Mitarbeitervorsorgekassen AG  
Bonus Pensionskasse AG  
GE-Capital Bank GmbH  
Kreditbank GmbH  
LeasFinanz AG  
Österreichische Hagelversicherung V.a.G.  
ÖAMTC Österreichischer Automobil-, Motorrad- und Touring Club  
PSK LHS Leasing und Fuhrparkmanagement GmbH  
s-Bausparkasse Bausparkasse der österr. Sparkassen AG  
Volkswagen Versicherungsdienst GmbH  
Wüstenrot Bausparkassen AG

Die jeweils aktuelle Liste der Gesellschaften der Unternehmensgruppe der Generali Holding Vienna AG und unserer Kooperationspartner finden Sie im Internet unter <http://datenschutz.generali.at>

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. An Kooperationspartner werden nur jene Kundendaten weitergeleitet, die sie für die Bearbeitung eines beantragten oder bereits bestehenden Vertrages unbedingt benötigen; eine Weitergabe von Kundendaten ausschließlich zu Werbezwecken erfolgt jedoch nicht. **Sensible Daten, wie z.B. über Ihren Gesundheitszustand, werden an Kooperationspartner keinesfalls übermittelt.**

### 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. Polizzenummer, 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 Zustimmungserklärung und Widerspruch gegen die Datenverarbeitung

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

Wird die Zustimmungserklärung bei Antragstellung ganz oder teilweise gestrichen bzw. verweigert oder der Datenverarbeitung widersprochen, erfolgt die weitere Verwendung Ihrer Daten im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen. Wir behalten uns in einem solchen Fall jedoch vor, Ihren Antrag abzulehnen oder den Vertrag aufzulösen, wenn eine automationsunterstützte Bearbeitung und Verwaltung Ihres Vertrages nicht (mehr) möglich ist.

### 3. Informationsverbundsystem des Versicherungsverbandes

Beim Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs, 1030 Wien, Schwarzenbergplatz 7, ist ein Informationsverbundsystem unter der Bezeichnung „ZIS“ eingerichtet. Über dieses Informationsverbundsystem werden in der Personenversicherung (Leben, Kranken, Unfall) zum Zwecke der Antragsprüfung Personenidentifikationsdaten und in den anderen Versicherungszweigen darüber hinaus Daten zum Versicherungsfall auch zum Zwecke der Leistungsbearbeitung an die am ZIS angeschlossenen Versicherer übermittelt. In der Kfz-Haftpflichtversicherung dient diese Datenübermittlung auch der Prämieinstufung 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 Nicht-Beantwortung von Fragen kann daher die Ablehnung des Antrages oder im Versicherungsfall die Nichtzahlung der Versicherungsleistung bewirken.

### 5. Entbindung von der Verschwiegenheitspflicht

Die Ermittlung von Gesundheitsdaten bedarf nicht nur der Zustimmung gemäß DSG, 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://datenschutz.general.at>

Für allfällige Anfragen und Auskünfte steht Ihnen unser Datenschutzbeauftragter (Tel.: 0800/22 01 03; e-mail: [datenschutz@general.at](mailto:datenschutz@general.at)) zur Verfügung.