Vertragsgrundlagen zur Kraftfahrzeug-Insassenunfallversicherung

Unter den Flügeln des Löwen.

GENERALI GRUPPE

Generali
CAREConcept

Dafür sein statt dagegen.

CARE heißt: die Wünsche, Ziele und Pläne unserer Kunden in den Mittelpunkt zu stellen.

Begleiten statt bearbeiten.

CARE heißt: ein Leben lang für unsere Kunden da zu sein – mit den richtigen Ideen für jede Lebensphase.

Aktiv handeln statt abwarten.

CARE heißt: die Initiative zu ergreifen und damit Probleme erst gar nicht entstehen zu lassen.

Individuell statt gleich.

CARE heißt: jeden Kunden individuell zu unterstützen – mit einer auf ihn abgestimmten Betreuung und einem ganz besonderen Qualitäts- und Leistungsanspruch.

Lösungen statt Produkte.

CARE heißt: jeden Kunden mit einer persönlichen Gesamtlösung zu überzeugen, die über das reine Produktangebot hinausgeht.

Besser sein statt gut.

CARE heißt: neue Maßstäbe zu setzen – im Service, in der Beratung und im Bestreben, immer einen Schritt voraus zu sein.

Danke. Für Ihr Vertrauen.

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.

Aus dieser Grundüberzeugung heraus haben wir das Generali CAREConcept entwickelt. Es definiert unseren Anspruch, die Wünsche, Ziele und Pläne unserer Kunden zu erfüllen.

Im Sinne unseres CAREConcepts ist es uns ein wichtiges Anliegen, noch mehr Transparenz hinsichtlich der Vertragsgrundlagen für Sie zu erreichen.

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

Mit freundlichen Grüßen

Ihre Generali

Vertragspartner

Diese Vertragsgrundlagen gelten für Verträge mit der Generali Versicherung AG, 1010 Wien, Landskrongasse 1-3

Aufsichtsbehörde

Finanzmarktaufsicht, 1020 Wien, Praterstraße 23

Inhaltsverzeichnis

	Seite
• **Vorbemerkungen**	**4**
• **Allgemeine Bedingungen für die Kraftfahrzeug-Insassenunfallversicherung 2003 (AKIUB 2003)**	**5–13**
• **Anhang**	
Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz 1958 (VersVG 1958)	**14–16**
Auszug aus dem Versicherungsaufsichtsgesetz 1978 (VAG 1978)	**17**
Auszug aus dem Übereinkommen zwischen den nationalen Versicherungsbüros der Mitgliedstaaten des Abkommens des Europäischen Wirtschaftsraums und anderen assoziierten Staaten (Unterzeichnerstaaten)	**17**
• **Information gemäß § 24 Datenschutzgesetz 2000 (DSG 2000)**	**18–19**

Vorbemerkungen

Sehr geehrter Kunde!

Wir freuen uns, Sie zu unseren Kunden zählen zu dürfen, die eine Kraftfahrzeug-Insassenunfallversicherung abgeschlossen haben, und danken Ihnen für das damit bewiesene Vertrauen.

Das beiliegende Dokument und diese Vertragsgrundlagen sind maßgebend für die von Ihnen beantragte Versicherung. Der bei Abschluß des Versicherungsvertrages angestrebte Versicherungsschutz kann gemäß Versicherungsvertragsgesetz erst mit Bezahlung der ersten oder einmaligen Prämie voll wirksam werden. Wird diese Prämie nicht innerhalb 14 Tagen nach Abschluß des Versicherungsvertrages und nach Aufforderung zur Prämienzahlung bezahlt, erlischt eine gegebenenfalls gewährte vorläufige Deckung. Damit der Versicherungsschutz keine Unterbrechung erfährt, zahlen Sie bitte auch bei Zahlscheinzahlung die Folgeprämie stets zeitgerecht. Es ist für Sie von Vorteil, wenn Sie die Prämie im Wege des Lastschriftverfahrens von Ihrem Bankkonto abbuchen lassen. Bei dieser Zahlungsart entfallen die Spesen, welche bei Zahlscheinzahlung hinzugerechnet sind.

Ihr Betreuer oder eine unserer Regionaldirektionen informieren Sie gerne.

Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes:
Naturgemäß können nicht alle denkbaren Schäden im Zusammenhang mit der Verwendung eines Kraftfahrzeuges unter Versicherungsschutz gestellt werden. Wir bitten daher um Verständnis, daß auch im Rahmen der Kraftfahrzeug-Insassenunfallversicherung verschiedene Einschränkungen bestehen. Der Verlust oder die Einschränkung des Versicherungsschutzes tritt unter anderem ein bei:

– Fahren ohne Vorliegen der kraftfahrrechtlichen Berechtigung
– Alkoholisierung
– nicht verkehrssicherem Fahrzeug

Wichtige Hinweise:
– Beachten Sie Ihr Rücktrittsrecht gemäß § 5b Abs. 2 VersVG 1958 (siehe Anhang) .
– Informieren Sie uns prompt über wesentliche Änderungen beim versicherten Risiko (z.B. Adressenänderung, Wechselkennzeichen usw.).
  Bei Verkauf des Fahrzeuges geht der Versicherungsvertrag auf den Erwerber über und kann nur von diesem innerhalb eines Monats gekündigt werden. Geben Sie uns daher bei einem Verkauf Namen und Adresse des neuen Besitzers bekannt.

Aus technischen Gründen beinhaltet die in der Polizze angeführte Fahrgestellnummer möglicherweise nur die letzten vom Hersteller angegebenen Ziffern und Buchstaben.

Verhalten im Versicherungsfall:
– Beachten Sie die Hilfeleistungspflicht und Pflicht zur unverzüglichen Verständigung der nächsten Polizeidienststelle bei Verkehrsunfällen mit Personenschaden
– Nehmen Sie bei Verletzungen sofort nach dem Unfall einen Arzt in Anspruch und bleiben Sie bis zum Abschluß des Heilverfahrens in ärztlicher Behandlung.

Selbstverständlich stehen wir, insbesondere Ihr Betreuer, für alle Fragen und im Schadenfall zur Verfügung.

Allgemeine Bedingungen für die Kraftfahrzeug-Insassenunfallversicherung 2003 (AKIUB 2003)

Inhalt

Artikel 1 **Welche Versicherungsformen sind möglich?**
Für wen gilt die Versicherung?
(Versicherungsformen und versicherte Personen)

Artikel 2 **Was ist versichert?**
(Gegenstand der Versicherung)

Artikel 3 **Was gilt als Versicherungsfall?**
(Versicherungsfall)

Artikel 4 **Wo gilt die Versicherung?**
(Örtlicher Geltungsbereich)

Artikel 5 **Wann gilt die Versicherung?**
(Zeitlicher Geltungsbereich)

Artikel 6 **Wann ist die Prämie zu bezahlen?**
Wann beginnt der Versicherungsschutz im allgemeinen?
Was versteht man unter einer vorläufigen Deckung?
(Prämie, Beginn des Versicherungsschutzes, vorläufige Deckung)

Artikel 7 **Was ist ein Unfall ?**
(Begriff des Unfalles)

Artikel 8 **Was kann versichert werden?**
(Umfang der Versicherung)

Artikel 9 **Was leistet der Versicherer bei dauernder Invalidität?**
(Leistung bei dauernder Invalidität)

Artikel 10 **Was leistet der Versicherer bei Todesfall?**
(Leistung bei Tod)

Artikel 11 **Was leistet der Versicherer bei Versicherung von Taggeld?**
(Leistung von Taggeld)

Artikel 12 **Was leistet der Versicherer bei Versicherung von Unfallkosten?**
(Leistung von Unfallkosten)

Artikel 13 **Was leistet der Versicherer zusätzlich?**
(Zusatzleistungen)

Artikel 14 **Wann und unter welchen Voraussetzungen wird die Versicherungsleistung ausbezahlt?**
Wann verjährt der Anspruch?
(Fälligkeit der Versicherungsleistung und Verjährung)

Artikel 15 **In welchen Fällen kann die Ärztekommission angerufen werden?**
Welchen Regeln unterliegt dieses Verfahren?
(Ärztekommission)

Artikel 16 **Was ist vom Versicherungsschutz ausgeschlossen?**
(Ausschlüsse)

Artikel 17 **Wann wird die Versicherungsleistung nur eingeschränkt erbracht?**
(Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes)

Artikel 18 **Was ist vor bzw. nach Eintritt des Versicherungsfalles zu beachten?**
(Obliegenheiten)

Artikel 19 **Was gilt als Versicherungsperiode ?**
Wie lange läuft der Versicherungsvertrag?
(Versicherungsperiode und Vertragsdauer)

Artikel 20 **Wer kann nach Eintritt des Schadenfalles kündigen?**
Was gilt bei Wegfall des versicherten Risikos?
Was gilt bei Veräußerung des Fahrzeuges?
(Kündigung und Wegfall des versicherten Interesses)

Artikel 21 **Wann können Versicherungsansprüche abgetreten oder verpfändet werden?**
(Abtretungs- und Verpfändungsverbot)

Artikel 22 **Wem steht die Ausübung der Rechte aus dem Versicherungsvertrag zu?**
Wer hat die Pflichten aus dem Versicherungsvertrag zu erfüllen?
(Rechtsstellung der am Vertrag beteiligten Personen)

Artikel 23 **Wo können Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag gerichtlich geltend gemacht werden?**
(Gerichtsstand)

Artikel 24 **In welcher Form sind Erklärungen abzugeben?**
(Form der Erklärungen)

Artikel 25 **Welches Recht ist anzuwenden?**
(Anzuwendendes Recht)

Artikel 1
Welche Versicherungsformen sind möglich?
Für wen gilt die Versicherung?
(Versicherungsformen und versicherte Personen)

1. Die Versicherung kann abgeschlossen werden

1.1. nach dem Pauschalsystem
Die vereinbarte Pauschalversicherungssumme gilt für das im Vertrag bezeichnete Fahrzeug. Die auf die einzelne versicherte Person entfallende Versicherungssumme errechnet sich aus der Teilung der Pauschalversicherungssumme durch die Anzahl der im Unfallszeitpunkt versicherten Personen.

1.2. nach dem Platzsystem
Die vereinbarte Versicherungssumme gilt für jeden einzelnen kraftfahrrechtlich genehmigten Platz des im Vertrag bezeichneten Fahrzeuges.

Sind im Unfallszeitpunkt mehr Personen versichert, als Plätze kraftfahrrechtlich genehmigt sind, oder mehr Plätze vorhanden als im Versicherungsantrag angegeben, wird die Versicherungsleistung für die einzelne Person entsprechend gekürzt.

1.3. für namentlich bezeichnete Personen unabhängig von einem bestimmten Fahrzeug.

2. Versicherte Personen sind solche, die sich mit Willen des Versicherungsnehmers oder des über das Fahrzeug Verfügungsberechtigten in oder auf dem Fahrzeug befinden oder im ursächlichen Zusammenhang mit ihrer Beförderung im Rahmen des Artikel 2 tätig werden.

Artikel 2
Was ist versichert?
(Gegenstand der Versicherung)

Die Versicherung bezieht sich auf Unfälle (Artikel 7) in ursächlichem Zusammenhang mit dem Lenken, Benutzen, Behandeln, dem Be- und Entladen sowie dem Einweisen des Kraftfahrzeuges oder Anhängers. Unfälle beim Ein- und Aussteigen sind mitversichert.

Artikel 3
Was gilt als Versicherungsfall?
(Versicherungsfall)

Versicherungsfall ist der Eintritt eines Unfalles (Artikel 7).

Artikel 4
Wo gilt die Versicherung
(Örtlicher Geltungsbereich)

1. Der Versicherungsschutz erstreckt sich - soweit nichts anderes vereinbart ist - auf Europa im geografischen Sinn, jedenfalls aber auf das Gebiet jener Staaten, die das Übereinkommen zwischen den nationalen Versicherungsbüros der Mitgliedstaaten des Europäischen Wirtschaftsraums und anderen assoziierten Staaten vom 30. Mai 2002, Abl. Nr. L 192 vom 31. Juli 2003, S. 23, unterzeichnet haben (siehe Anhang).

2. Bei Transport des Fahrzeuges zu Wasser wird der Versicherungsschutz nicht unterbrochen, wenn die Verladeorte innerhalb des örtlichen Geltungsbereiches liegen. Sofern der Bestimmungsort außerhalb des örtlichen Geltungsbereichs liegt, endet der Versicherungsschutz mit Beendigung des Beladevorganges.

Artikel 5
Wann gilt die Versicherung?
(Zeitlicher Geltungsbereich)

Versichert sind Unfälle, die während der Wirksamkeit des Versicherungsschutzes (Laufzeit des Versicherungsvertrages unter Beachtung der §§ 38 VersVG) eintreten.

Artikel 6
Wann ist die Prämie zu bezahlen?
Wann beginnt der Versicherungsschutz im allgemeinen?
Was versteht man unter vorläufiger Deckung?
(Prämie, Beginn des Versicherungsschutzes, vorläufige Deckung)

1. Die erste oder die einmalige Prämie einschließlich Gebühren und Versicherungssteuer ist vom Versicherungsnehmer innerhalb von 14 Tagen nach dem Abschluss des Versicherungsvertrages (Zugang der Polizze oder einer gesonderten Antragsannahmeerklärung) und nach der Aufforderung zur Prämienzahlung zu bezahlen (Einlösung der Polizze). Die Folgeprämien einschließlich Gebühren und Versicherungssteuer sind zu den vereinbarten Fälligkeitsterminen zu entrichten.

2. Bei Zahlungsverzug gelten die §§ 38 ff VersVG.

3. Der Versicherungsschutz beginnt mit der Einlösung der Polizze (Pkt. 1.), jedoch nicht vor dem vereinbarten Zeitpunkt. Wird die erste oder einmalige Prämie erst danach eingefordert, dann aber binnen 14 Tagen oder ohne weiteren schuldhaften Verzug gezahlt, ist der Versicherungsschutz ab dem vereinbarten Versicherungsbeginn gegeben.

4. Soll der Versicherungsschutz schon vor Einlösung der Polizze beginnen (vorläufige Deckung), ist die ausdrückliche Zusage der vorläufigen Deckung durch den Versicherer erforderlich.
Die vorläufige Deckung endet bei Annahme des Antrages mit der Einlösung der Polizze. Sie tritt außer Kraft, wenn der Antrag unverändert angenommen wird und der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der ersten oder der einmaligen Prämie schuldhaft in Verzug gerät (Pkt.2.).
Der Versicherer ist berechtigt, die vorläufige Deckung mit der Frist von zwei Wochen schriftlich zu kündigen. Dem Versicherer gebührt in diesem Fall die auf die Zeit des Versicherungsschutzes entfallende anteilige Prämie.

Artikel 7
Was ist ein Unfall?
(Begriff des Unfalles)

1. Unfall ist ein vom Willen des Versicherten unabhängiges Ereignis, das plötzlich von außen mechanisch oder chemisch auf seinen Körper einwirkt und eine körperliche Schädigung oder den Tod nach sich zieht.

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

2.1. Ertrinken;
2.2. Verbrennungen, Verbrühungen, Einwirkungen von Blitzschlag oder elektrischem Strom;
2.3. Einatmen von Gasen oder Dämpfen, Einnahmen von giftigen oder ätzenden Stoffen, es sei denn, dass diese Einwirkungen allmählich erfolgen;
2.4. Verrenkungen von Gliedern sowie Zerrungen und Zerreißungen von an Gliedmaßen und an der Wirbelsäule befindlichen Muskeln, Sehnen, Bändern und Kapseln infolge plötzlicher Abweichung vom geplanten Bewegungsablauf.

3. Krankheiten gelten nicht als Unfälle; übertragbare Krankheiten auch nicht als Unfallfolgen. Dies gilt nicht für Wundinfektionen, verursacht durch einen Unfall gemäß Pkt. 1.

Artikel 8
Was kann versichert werden?
(Umfang der Versicherung)

Die Versicherung kann abgeschlossen werden für
- dauernde Invalidität (Artikel 9)
- den Todesfall (Artikel 10)
- Taggeld (Artikel 11)
- Unfallkosten (Artikel 12)

Artikel 9
Was leistet der Versicherer bei dauernder Invalidität?
(Leistung bei dauernder Invalidität)

1. Ergibt sich innerhalb eines Jahres vom Unfallstag an gerechnet, daß als Folge des Unfalles eine dauernde Invalidität zurückbleibt, wird aus der hiefür versicherten Summe der dem Grad der Invalidität entsprechende Betrag gezahlt.

   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.

   Das medizinische Gutachten kann nur durch einen nach dem österreichischen Ärztegesetz anerkannten und im Bereich des Gutachtens für die Unfallversicherung erfahrenen Facharzt erstellt werden.

2. Für die Bemessung des Invaliditätsgrades gilt folgende Bestimmung:

2.1. bei völligem Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit

eines Armes oder einer Hand	70%
eines Daumens	20%
eines Zeigefingers oder eines Mittelfingers	10%
eines anderen Fingers	5%
eines Beines oder eines Fußes	70%
einer großen Zehe	5%
einer anderen Zehe	2%
der Sehkraft beider Augen	100%
der Sehkraft eines Auges	40%
sofern jedoch die Sehkraft des anderen Auges vor Eintritt des Versicherungsfalles bereits verloren war	70%
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 Eintritt des Versicherungsfalles bereits verloren war	50%
des Magens	20%

2.2. Bei teilweisem Verlust oder teilweiser Funktionsunfähigkeit der vorgenannten Körperteile oder Organe werden die Sätze des Pkt. 2.1. anteilig angewendet.

3. Lässt sich der Invaliditätsgrad nach Pkt. 2. nicht bestimmen, ist maßgebend, inwieweit die körperliche oder geistige Funktionsfähigkeit nach medizinischen Gesichtspunkten beeinträchtigt wurde.

4. Mehrere sich aus den Punkten 2. und 3. ergebende Invaliditätsgrade werden zusammengerechnet, wobei jedoch aus einem Unfall nicht mehr als 100% der Versicherungsleistung zugrundegelegt werden.

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

6. Steht der Grad der dauernden Invalidität innerhalb eines Jahres vom Unfalltag an gerechnet nicht eindeutig fest, sind sowohl der Versicherte als auch der Versicherer berechtigt, den Invaliditätsgrad jährlich bis 4 Jahre ab dem Unfalltag ärztlich neu bemessen zu lassen.

7. Stirbt der Versicherte

7.1. unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall, besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung;

7.2. aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach dem Unfall, ist nach dem Grad der dauernden Invalidität zu leisten, mit dem auf Grund der zuletzt erstellten ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre;

7.3. unfallbedingt oder aus unfallfremder Ursache später als ein Jahr nach dem Unfall, ist ebenfalls nach dem Grad der dauernden Invalidität zu leisten, mit dem auf Grund der zuletzt erstellten ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

8. Hat der Versicherte am Unfallstag das 70. Lebensjahr bereits vollendet, tritt anstelle der Kapitalszahlung eine nach der beigedruckten Rententafel unter Zugrundelegung des vom Versicherten am Unfallstag vollendeten Lebensjahres zu bemessende Rente.
Barwert dieser Rente ist jener Betrag, der bei Kapitalszahlung zu erbringen wäre.

Steht die Leistungspflicht des Versicherers dem Grunde und der Höhe nach fest, beginnt die Rentenleistung rückwirkend mit dem Monatsersten, der dem Unfallstag folgt. Die Rentenleistung erfolgt jeweils für einen Kalendermonat im voraus und endet mit Ende des Kalendermonates, in dem der Versicherte stirbt.

Artikel 10
Was leistet der Versicherer bei Todesfall?
(Leistung bei Tod)

1. Tritt innerhalb eines Jahres vom Unfallstag an gerechnet der Tod als Folge des Unfalles ein, wird die für den Todesfall versicherte Summe gezahlt.

2. Auf die Todesfallleistung werden nur Zahlungen, die für dauernde Invalidität aus demselben Ereignis geleistet worden sind, angerechnet. Einen Mehrbetrag an Leistungen für dauernde Invalidität kann der Versicherer nicht zurückverlangen.

3. Für Personen unter 15 Jahren werden im Rahmen der Versicherungssumme nur die nachweislich aufgewendeten Kosten der Überführung des Toten und der Bestattung (einschließlich Grabstelle und Grabstein) ersetzt.

Bei einer Versicherung nach Pauschalsystem wird der auf andere Personen entfallende Teilbetrag aus der versicherten Todesfallsumme um den durch diese Begrenzung freiwerdenden Betrag verhältnismäßig erhöht.

Artikel 11
Was leistet der Versicherer bei Taggeldversicherung?
(Leistung von Taggeld)

Taggeld wird bei dauernder oder vorübergehender Invalidität, abgestuft nach dem Grad der Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit der versicherten Person in ihrem ausgeübten Beruf, für längstens 365 Tage innerhalb von 2 Jahren ab dem Unfalltag gezahlt.

Übt der Versicherte im Unfallszeitpunkt keinen Beruf aus, wird die Dauer der Arbeitsunfähigkeit nach allgemeiner medizinischer Erfahrung bzw. nach Maßgabe der Beeinträchtigung körperlicher oder geistiger Funktionen ermittelt.

Artikel 12
Was leistet der Versicherer an Unfallkosten?
(Leistung von Unfallkosten)

Bis zur Höhe der hiefür vereinbarten Versicherungssumme werden Unfallkosten ersetzt, sofern sie innerhalb von 2 Jahren vom Unfallstag an gerechnet entstehen und soweit nicht von einem Sozialversicherungsträger Ersatz zu leisten ist oder von einem sonstigen Leistungsträger Ersatz geleistet wurde.

Unfallkosten sind

1. Heilkosten,
   die zur Behebung der Unfallsfolgen aufgewendet wurden und nach ärztlicher Verordnung notwendig waren. Hiezu zählen auch die notwendigen Kosten der erstmaligen Anschaffung künstlicher Gliedmaßen, eines Zahnersatzes und anderer nach ärztlichem Ermessen erforderlicher erstmaliger Anschaffungen sowie die Kosten des Transportes der verunfallten Person zur Behandlung durch einen Arzt oder ins Krankenhaus, wenn sie auf Grund des Unfalles gehunfähig ist.
   Ist die versicherte Person außerhalb des Wohnsitzes verunfallt, werden die Kosten des Transportes von der Unfallstelle bzw. dem Krankenhaus, in das sie nach dem Unfall gebracht wurde, an ihren Wohnort bzw. zum nächstgelegenen Krankenhaus ersetzt.

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

2. Rücktransportkosten
   Wenn die Versicherung für Tod und/oder dauernde Invalidität abgeschlossen ist, übernimmt der Versicherer die Kosten des Rücktransportes verunfallter Personen aus dem europäischen Ausland zum Wohnsitz in Österreich, wenn der versicherten Person infolge des Unfalles eine Heimreise mit dem Fahrzeug nicht möglich ist.

   Handelt es sich bei dem von einem Unfall betroffenen Versicherten um den Fahrzeuglenker, werden auch die Kosten der Rückreise der übrigen Fahrzeuginsassen zum Wohnsitz in Österreich übernommen. Im Falle eines tödlichen Unfalles werden vom Versicherer auch die Kosten der Überführung des Toten zu dessen letztem Wohnsitz in Österreich getragen. Die vorstehenden Leistungen für alle Insassen zusammen sind mit 5% der für Todesfall und dauernde Invalidität versicherten Summen, höchstens mit EUR 5.000,-- begrenzt.

Artikel 13
Was leistet der Versicherer zusätzlich?
(Zusatzleistungen)

Der Versicherer übernimmt die erforderlichen Kosten, die durch Erfüllung der in Artikel 18.3. bestimmten Obliegenheiten, ausgenommen Pkt. 3.4., entstehen.

Artikel 14
Wann und unter welchen Voraussetzungen wird die Versicherungsleistung ausbezahlt und wann verjährt der Anspruch?
(Fälligkeit der Versicherungsleistung und Verjährung)

1. Der Versicherer ist verpflichtet, bei allen Ansprüchen aus der Kfz-Insassenunfallversicherung innerhalb eines Monates zu erklären, ob er eine Leistungspflicht anerkennt. Die Frist beginnt mit dem Eingang der Unterlagen, die der Anspruchserhebende zur Feststellung des Unfallherganges und der Unfallfolgen und über den Abschluß des Heilverfahrens beizubringen hat.

2. Steht die Leistungspflicht des Versicherers dem Grunde und der Höhe nach fest, ist die Leistung fällig. Die Fälligkeit der Leistung 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 einen Monats entspricht.

3. Steht die Leistungspflicht dem Grunde nach fest, kann der Versicherungsnehmer Vorschüsse bis zu der Höhe des Betrages verlangen, den der Versicherer nach Lage der Sache mindestens zu zahlen haben wird.

4. Für die Verjährung gilt § 12 VersVG.

Artikel 15
In welchen Fällen kann die Ärztekommission angerufen werden?
Welchen Regeln unterliegt dieses Verfahren?
(Ärztekommission)

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 entscheidet die Ärztekommission.

   Der Anspruchsberechtigte ist berechtigt, innerhalb von 6 Monaten nach Zugang der Erklärung des Versicherers gemäß Art. 14, Pkt. 1. unter Bekanntgabe seiner Forderung und Vorlage eines medizinischen Gutachtens Widerspruch zu erheben und die Entscheidung der Ärztekommission zu beantragen.

   Das Recht, die Entscheidung der Ärztekommission zu beantragen, steht auch dem Versicherer zu.

2. Für die Ärztekommission bestimmen der Versicherer und der Anspruchsberechtigte je einen nach dem österreichischen Ärztegesetz anerkannten und im Bereich des Gutachtens für die Unfallversicherung erfahrenen Facharzt. Wenn eine der beiden Parteien innerhalb zweier Wochen nach schriftlicher Aufforderung keinen Arzt benennt, wird dieser von der österreichischen Ärztekammer bestellt. Die beiden Ärzte bestellen einvernehmlich vor Beginn ihrer Tätigkeit einen weiteren Arzt als Obmann, der für den Fall, dass sie sich nicht oder nur zum Teil einigen sollten, im Rahmen der durch die Gutachten der beiden Ärzte gegebenen Grenzen entscheidet.

   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.

3. Der Versicherte ist verpflichtet, sich von den Ärzten der Kommission untersuchen zu lassen und sich jenen Maßnahmen zu unterziehen, die diese Kommission für notwendig hält.

4. Die Ärztekommission hat über ihre Tätigkeit ein 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 vom Versicherer verwahrt.

5. Die Kosten der Ärztekommission werden von ihr festgesetzt und sind im Verhältnis des Obsiegens vom Versicherer und Versicherungsnehmer zu tragen.

   Der Anteil der Kosten, die der Anspruchsteller zu tragen hat, ist mit 1% der für Tod und Invalidität zusammen versicherten Summe, höchstens jedoch mit 25% des strittigen Betrages, begrenzt.

Artikel 16
Was ist vom Versicherungsschutz ausgeschlossen?
(Ausschlüsse)

1. Kein Versicherungsschutz besteht für Unfälle

1.1. die bei Beteiligung an Fahrveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten oder die Bewältigung von Hindernissen bzw. von schwierigem Gelände ankommt, eintreten.

1.2. die bei der Vorbereitung oder der Begehung gerichtlich strafbarer Handlungen durch den Versicherungsnehmer eintreten, für die Vorsatz Tatbestandsmerkmal ist;

1.3. die mit Aufruhr, inneren Unruhen, Kriegsereignissen, Verfügungen von hoher Hand und Erdbeben mittelbar oder unmittelbar zusammenhängen;

1.4. die durch den Einfluss von ionisierenden Strahlen im Sinne des Strahlenschutzgesetzes vom 8. Juli 1969 (BGBl. Nr. 227/69) in der jeweils geltenden Fassung verursacht werden, soweit nicht ein Versicherungsfall hiezu der Anlaß war.

1.5. die bei Fahrten, die ohne Willen des über das Fahrzeug Verfügungsberechtigten vorbereitet, ausgeführt oder ausgedehnt werden;

1.6. die der Versicherte infolge eines ihn treffenden Herzinfarktes oder Schlaganfalles erleidet; Herzinfarkt oder Schlaganfall gelten in keinem Fall als Unfallsfolge;

1.7. die der Versicherte infolge einer Geistes- oder Bewusstseinsstörung, auch soweit diese auf Trunkenheit beruht, sowie durch epileptische oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen, erleidet. Geistes- und Bewusstseinsstörungen sind alle erheblichen Störungen der Aufnahme- und Reaktionsfähigkeit, die auf Krankheit, Alkoholgenuss oder künstlichen Mitteln beruhen und die versicherte Person außer Stande setzen, den Sicherheitsanforderungen ihrer Umwelt zu genügen, und die einen Grad erreicht haben, bei dem die versicherte Person die Gefahrenlage nicht mehr beherrschen kann.

2. Weiters besteht kein Versicherungsschutz für körperliche Schädigungen bei Heilmaßnahmen oder Eingriffen, die der Versicherte an seinem Körper vornimmt oder vornehmen lässt, soweit nicht ein Versicherungsfall hiezu der Anlaß war.

Artikel 17
Wann wird die Versicherungsleistung nur eingeschränkt erbracht?
(Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes)

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

Darüber hinaus gilt:
1. Bei der Bemessung des Invaliditätsgrades wird ein Abzug in Höhe einer Vorinvalidität nur vorgenommen, wenn durch den Unfall eine körperliche oder geistige Funktion betroffen ist, die schon vorher beeinträchtigt war.

   Die Vorinvalidität wird nach Artikel 9.2. und 9.3. bemessen.

2. Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch einen Unfall hervorgerufenen Gesundheitsschädigung - insbesondere solche Verletzungen, die durch krankhaft abnützungsbedingte Einflüsse verursacht oder mitverursacht worden sind - 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.

3. Für organisch bedingte Störungen des Nervensystems wird eine Leistung nur erbracht, wenn und soweit diese Störung auf eine durch den Unfall verursachte organische Schädigung zurückzuführen ist.

   Seelische Fehlhaltungen (z.B. Neurosen, Psychosen) gelten nicht als Unfallsfolgen.

4. Bei Bandscheibenhernien wird eine Leistung nur erbracht, wenn sie durch direkte Verletzung der Wirbelsäule entstanden sind, oder wenn als Unfallgeschehen eine Kombination von maximalem Dreh-, Dehn- oder Stauchmechanismus vorliegt und die Verletzung als "neu" durch entsprechende bildgebende Verfahren (wie MRT) dokumentiert ist.

5. Für Bauch- und Unterleibsbrüche jeder Art wird eine Leistung nur erbracht, wenn sie durch eine von außen kommende mechanische Einwirkung direkt herbeigeführt worden sind und nicht anlagebedingt waren.

Artikel 18
Was ist vor bzw. nach Eintritt des Versicherungsfalles zu beachten?
(Obliegenheiten)

1. Als Obliegenheit, deren Verletzung im Zeitpunkt des Versicherungsfalles den Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung befreit (§ 6 Abs. 1 und Abs. 1a VersVG), wird die Verpflichtung bestimmt, Vereinbarungen über die Verwendung des Fahrzeuges einzuhalten.

2. Als Obliegenheiten, die zum Zweck der Verminderung der Gefahr oder der Verhütung einer Erhöhung der Gefahr dem Versicherer gegenüber zu erfüllen sind und deren Verletzung im Zeitpunkt des Versicherungsfalles die Freiheit des Versicherers von der Verpflichtung zur Leistung bewirkt (§ 6 Abs. 2 VersVG), werden bestimmt,

2.1. daß der Lenker in jedem Fall die kraftfahrrechtliche Berechtigung besitzt, die für das Lenken des Fahrzeuges auf Straßen mit öffentlichem Verkehr vorgeschrieben ist; dies gilt auch dann, wenn das Fahrzeug auf Straßen ohne öffentlichen Verkehr gelenkt wird;

2.2. daß sich der Lenker nicht in einem durch Alkohol oder Suchtgift beeinträchtigten Zustand im Sinne der Straßenverkehrsvorschriften befindet;

2.3. mit dem Fahrzeug Personen nur unter Einhaltung der betreffenden kraftfahrrechtlichen Vorschriften zu befördern.

Die Verpflichtung zur Leistung bleibt in den Fällen der Pkte. 2.1. und 2.2. gegenüber dem Versicherungsnehmer und den versicherten Personen bestehen, sofern für diese die Obliegenheitsverletzung ohne Verschulden nicht erkennbar war.

3. Als Obliegenheiten, deren Verletzung nach Eintritt des Versicherungsfalles die Freiheit des Versicherers von der Verpflichtung zur Leistung bewirkt (§ 6 Abs. 3 VersVG), werden bestimmt,

3.1. dem Versicherer längstens innerhalb einer Woche ab Kenntnis
– den Versicherungsfall unter möglichst genauer Angabe des Sachverhaltes sowie
– die Einleitung eines damit im Zusammenhang stehenden verwaltungsbehördlichen oder gerichtlichen Verfahrens schriftlich mitzuteilen;

3.2. dem Versicherer einen Todesfall innerhalb von drei Tagen anzuzeigen, und zwar auch dann, wenn der Unfall bereits gemeldet ist.

3.3. nach Möglichkeit zur Feststellung des Sachverhaltes beizutragen;

3.4. nach dem Unfall unverzüglich ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen und die ärztliche Behandlung bis zum Abschluss des Heilverfahrens fortzusetzen; ebenso ist für eine angemessene Krankenpflege und nach Möglichkeit für die Abwendung und Minderung der Unfallsfolgen zu sorgen;

3.5. nach Erhalt des Formulares für Unfallanzeigen dieses ohne Verzug dem Versicherer sorgfältig ausgefüllt zuzusenden; außerdem dem Versicherer alle darüber hinaus geforderten sachdienlichen Auskünfte zu erteilen;

3.6. die behandelnden Ärzte oder die behandelnde Krankenanstalt sowie diejenigen Ärzte oder Krankenanstalten, von denen der Unfallgeschädigte aus anderen Anlässen behandelt oder untersucht worden ist, zu ermächtigen und aufzufordern, die vom Versicherer verlangten Auskünfte zu erteilen und Berichte zu liefern. Ist der Unfall einem Sozialversicherer gemeldet, so ist auch dieser im vorstehenden Sinne zu ermächtigen;

3.7. sich auf Verlangen des Versicherers von den von diesem bezeichneten Ärzten untersuchen zu lassen;

3.8. die mit dem Unfall befassten Behörden zu ermächtigen und zu veranlassen, die vom Versicherer verlangten Auskünfte zu erteilen;

3.9. dem Versicherer das Recht einzuräumen, die Leiche durch Ärzte besichtigen, nötigenfalls exhumieren und auch öffnen zu lassen;

3.10. bei Mitversicherung von Unfallkosten (Artikel 12) dem Versicherer die Originalbelege zu überlassen.

Artikel 19
Was gilt als Versicherungsperiode?
Wie lange läuft der Versicherungsvertrag?
(Versicherungsperiode und Vertragsdauer)

1. Versicherungsperiode
Als Versicherungsperiode gilt, wenn der Versicherungsvertrag nicht für kürzere Zeit abgeschlossen ist, der Zeitraum eines Jahres.

2. Vertragsdauer
Beträgt die vereinbarte Vertragslaufzeit mindestens ein Jahr, verlängert sich der Vertrag jeweils um ein Jahr, wenn er nicht einen Monat vor Ablauf gekündigt wird. Bei Versicherungsverträgen, deren Abschluss nicht zum Betrieb eines Unternehmens des Versicherungsunternehmers gehört (Verbraucherverträge), wird der Versicherer den Versicherungsnehmer vor Beginn der Kündigungsfrist auf die Rechtsfolge der Vertragsverlängerung bei unterlassener Kündigung so rechtzeitig hinweisen, dass dieser zur Abgabe einer ausdrücklichen Erklärung eine angemessene Frist hat.
Beträgt die Vertragsdauer weniger als ein Jahr, endet der Vertrag ohne Kündigung.

Artikel 20
Wer kann nach Eintritt des Schadenfalles kündigen?
Was gilt bei Wegfall des versicherten Risikos?
Was gilt bei Veräußerung des Fahrzeuges?
(Kündigung und Wegfall des versicherten Interesses)

1. Nach Eintritt des Versicherungsfalles kann

1.1. der Versicherungsnehmer kündigen, wenn der Versicherer einen gerechtfertigten Anspruch auf die Versicherungsleistung ablehnt oder seine Anerkennung verzögert.

Die Kündigung ist vorzunehmen innerhalb eines Monates
– nach Ablehnung des gerechtfertigten Anspruches auf die Versicherungsleistung;
– nach Rechtskraft des Urteiles im Fall eines Rechtsstreites vor Gericht;
– nach Zustellung der Entscheidung der Ärztekommission (Artikel 15);
– nach Fälligkeit der Versicherungsleistung (Artikel 14) bei Verzögerung der Anerkennung
Die Kündigung kann mit sofortiger Wirkung oder zum Ende der laufenden Versicherungsperiode erfolgen.

1.2. der Versicherer kündigen, wenn er den Anspruch auf die Versicherungsleistung dem Grunde nach anerkannt oder die Versicherungsleistung erbracht hat, oder wenn der Versicherungsnehmer einen Anspruch auf Versicherungsleistung arglistig erhoben hat.

Die Kündigung ist vorzunehmen innerhalb eines Monates
– nach Anerkennung dem Grunde nach;
– nach erbrachter Versicherungsleistung;
– nach Ablehnung des arglistig erhobenen Anspruches auf Versicherungsleistung

Die Kündigung kann nur unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist erfolgen.

Falls der Versicherungsnehmer einen Anspruch arglistig erhoben hat, kann der Versicherer mit sofortiger Wirkung kündigen.

2. Bei Wegfall des versicherten Risikos gilt § 68 VersVG, bei Veräußerung des versicherten Fahrzeuges gelten die §§ 69 ff VersVG.

3. Dem Versicherer gebührt jeweils die Prämie für die bis zur Vertragsauflösung verstrichenen Vertragslaufzeit.

Artikel 21
Wann können Versicherungsansprüche abgetreten oder verpfändet werden?
(Abtretungs- und Verpfändungsverbot)

Versicherungsansprüche dürfen vor ihrer endgültigen Feststellung ohne ausdrückliche Zustimmung des Versicherers weder abgetreten noch verpfändet werden.

Artikel 22
Wem steht die Ausübung der Rechte aus dem Versicherungsvertrag zu?
Wer hat die Pflichten aus dem Versicherungsvertrag zu erfüllen?
(Rechtsstellung der am Vertrag beteiligten Personen)

1. Die Versicherung kann gegen Unfälle, die dem Versicherungsnehmer oder gegen Unfälle, die einem anderen zustoßen, abgeschlossen werden.

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

   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.

2. Alle für den Versicherungsnehmer getroffenen Bestimmungen gelten sinngemäß auch für Versicherte und jene Personen, die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag geltend machen. Diese Personen sind neben dem Versicherungsnehmer für die Erfüllung der Obliegenheiten, der Schadenminderungs- und Rettungspflicht verantwortlich.

   Darüber hinaus wird bestimmt, daß namentlich gegen Unfälle versicherte Personen ihre Versicherungsansprüche selbständig geltend machen können.

Artikel 23
Wo können Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag gerichtlich geltend gemacht werden?
(Gerichtsstand)

Der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen, die zur selbständigen Geltendmachung von Ansprüchen aus dem Versicherungsvertrag berechtigt sind, können diese auch bei den Gerichten geltend machen, in deren Sprengel sie ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt oder ihren Sitz im Inland haben.

Artikel 24
In welcher Form sind Erklärungen abzugeben?
(Form von Erklärungen)

Alle Mitteilungen und Erklärungen des Versicherungsnehmers und sonstiger versicherter Personen bedürfen zu ihrer Verbindlichkeit grundsätzlich der Schriftform.

Artikel 25
Welches Recht ist anzuwenden?
(Anzuwendendes Recht)

Es gilt österreichisches Recht.

Rententafel
aufgrund der österreichischen allgemeinen Sterbetafel OEM 80/82 und eines Zinsfußes von jährlich 3% (Artikel 9.8.)
Jahresbetrag der monatlich im voraus zahlbaren l e b e n s l a n g e n *) Rente für einen Kapitalsbetrag von EUR 1000,–

Alter**)	Jahres-rente EUR	Alter**)	Jahres-rente EUR	Alter**)	Jahres-rente EUR	Alter**)	Jahres-rente EUR
0	34,95	20	39,06	40	49,69	60	80,60
1	34,60	21	39,37	41	50,57	61	83,39
2	34,74	22	39,70	42	51,50	62	86,40
3	34,90	23	40,04	43	52,48	63	89,65
4	35,07	24	40,40	44	53,50	64	93,17
5	35,26	25	40,78	45	54,58	65	96,97
6	35,45	26	41,18	46	55,72	66	101,07
7	35,65	27	41,60	47	56,92	67	105,49
8	35,86	28	42,04	48	58,18	68	110,25
9	36,09	29	42,50	49	59,51	69	115,35
10	36,32	30	42,99	50	60,91	70	120,86
11	36,56	31	43,51	51	62,40	71	126,78
12	36,81	32	44,06	52	63,96	72	133,18
13	37,08	33	44,64	53	65,62	73	140,07
14	37,35	34	45,26	54	67,37	74	147,44
15	37,63	35	45,91	55	69,24	75	155,31
16	37,92	36	46,59	56	71,22	76	163,71
17	38,20	37	47,31	57	73,34	77	172,68
18	38,48	38	48,06	58	75,60	78	182,27
19	38,76	39	48,86	59	78,01	79	192,58
						80	203,62

*) Bei zeitlich begrenzten Renten ist die Höhe der auf einen Kapitalsbetrag von EUR 1.000,– entfallenden Jahresrente aus denselben Rechnungsgrundlagen zu erstellen.

**) Für die Berechnung der Rente ist das Alter des Rentners an seinem dem Beginn des Rentenbezuges nächstgelegenen Geburtstag maßgebend.

Anhang
Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz 1958

§ 5b. (1) Gibt der Versicherungsnehmer seine schriftliche 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 Schriftform; 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 hiefür die ihrer Dauer entsprechende Prämie.

(6) Das Rücktrittsrecht gilt nicht, wenn die Vertragslaufzeit weniger als sechs Monate beträgt.

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

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

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

§ 8. (1) Eine Vereinbarung, nach welcher ein Versicherungsverhältnis als stillschweigend verlängert gilt, wenn es nicht vor dem Ablauf der Vertragszeit gekündigt wird, ist insoweit nichtig, als sich die jedesmalige Verlängerung auf mehr als ein Jahr erstreckt.

(2) Ist ein Versicherungsverhältnis auf unbestimmte Zeit eingegangen (dauernde Versicherung), so kann es von beiden Teilen nur für den Schluß der laufenden Versicherungsperiode gekündigt werden. Die Kündigungsfrist muß für beide Teile gleich sein und darf nicht weniger als einen Monat, nicht mehr als drei Monate betragen. Auf das Kündigungsrecht können die Parteien einverständlich bis zur Dauer von zwei Jahren verzichten.

(3) Ist der Versicherungsnehmer Verbraucher (§ 1 Abs. 1 Z 2 KSchG), so kann er ein Versicherungsverhältnis, das er für eine Dauer von mehr als drei Jahren eingegangen ist, zum Ende des dritten Jahres oder jedes darauffolgenden Jahres unter Einhaltung einer Frist von einem Monat schriftlich kündigen. Eine allfällige Verpflichtung des Versicherungsnehmers zum Ersatz von Vorteilen, besonders Prämiennachlässen, die ihm wegen einer vorgesehenen längeren Laufzeit des Vertrags gewährt worden sind, bleibt unberührt.

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

(2) Ist ein Anspruch des Versicherungsnehmers beim Versicherer angemeldet worden, so ist die Verjährung bis zum Einlangen einer schriftlichen Entscheidung des Versicherers gehemmt, die zumindest mit der Anführung einer der Ablehnung derzeit 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 Leistung nicht innerhalb eines Jahres gerichtlich geltend gemacht wird. Die Frist beginnt erst, nachdem der Versicherer dem Versicherungsnehmer gegenüber dem 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 rechtzei-

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(2) Die Verpflichtung des Versicherers bleibt bestehen, wenn die Verletzung nicht auf einem Verschulden des Versicherungsnehmers beruht. Der Versicherer ist jedoch auch in diesem Fall von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn die im § 23 Abs. 2 vorgesehene Anzeige nicht unverzüglich gemacht wird und der Versicherungsfall später als einen Monat nach dem Zeitpunkt eintritt, in welchem die Anzeige dem Versicherer hätte zugehen müssen, es sei denn, daß ihm in diesem Zeitpunkt die Erhöhung der Gefahr bekannt war.

(3) Die Verpflichtung des Versicherers zur Leistung bleibt auch dann bestehen, wenn zur Zeit des Eintritts des Versicherungsfalls die Frist für die Kündigung des Versicherers abgelaufen und eine Kündigung nicht erfolgt ist eder 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.

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

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

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

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

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

(2) Tritt der Versicherungsfall nach dem Ablauf der Frist ein und ist der Versicherungsnehmer zur Zeit des Eintrittes mit der Zahlung der Folgeprämie in Verzug, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, es sei denn, daß der Versicherungsnehmer an der rechtzeitigen Zahlung ohne sein Verschulden verhindert war.

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

§ 62. (1) Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, beim Eintritt des Versicherungsfalles nach Möglichkeit für die Abwendung und Minderung des Schadens zu sorgen und dabei die Weisungen des Versicherers zu befolgen; er hat, wenn es die Umstände gestatten, solche Weisungen einzuholen. Sind mehrere Versicherer beteiligt und haben diese entgegenstehende Weisungen gegeben, so hat der Versicherungsnehmer nach eigenem

pflichtgemäßen Ermessen zu handeln.
(2) Hat der Versicherungsnehmer diese Verpflichtung verletzt, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, es sei denn, daß die Verletzung weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruht. Bei grobfahrlässiger Verletzung bleibt der Versicherer zur Leistung insoweit verpflichtet, als der Umfang des Schadens auch bei gehöriger Erfüllung der Verpflichtungen nicht geringer gewesen wäre.

§ 67. (1) Steht dem Versicherungsnehmer ein Schadenersatzanspruch gegen einen Dritten zu, so geht der Anspruch auf den Versicherer über, soweit dieser dem Versicherungsnehmer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden. Gibt der Versicherungsnehmer seinen Anspruch gegen den Dritten oder ein zur Sicherung des Anspruches dienendes Recht auf, so wird der Versicherer von seiner Ersatzpflicht insoweit frei, als er aus dem Anspruch oder dem Recht hätte Ersatz erlangen können.

(2) Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen einen mit ihm in häuslicher Gemeinschaft lebenden Familienangehörigen, so ist der Übergang ausgeschlossen; der Anspruch geht jedoch über, wenn der Angehörige den Schaden vorsätzlich verursacht hat.

§ 68. (1) Besteht das versicherte Interesse beim Beginn der Versicherung nicht oder gelangt, falls die Versicherung für ein künftiges Unternehmen oder sonst für ein künftiges Interesse genommen ist, das Interesse nicht zur Entstehung, so ist der Versicherungsnehmer von der Verpflichtung zur Zahlung der Prämie frei; der Versicherer kann eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

(2) Fällt das versicherte Interesse nach dem Beginn der Versicherung weg, so gebührt dem Versicherer die Prämie, die er hätte erheben können, wenn die Versicherung nur bis zu dem Zeitpunkt beantragt worden wäre, in welchem der Versicherer vom Wegfall des Interesses Kenntnis erlangt.

(3) Fällt das versicherte Interesse nach dem Beginn der Versicherung durch ein Kriegsereignis oder durch eine behördliche Maßnahme aus Anlaß eines Krieges weg oder ist der Wegfall des Interesses die unvermeidliche Folge eines Krieges, so gebührt dem Versicherer nur der Teil der Prämie, welcher der Dauer der Gefahrtragung entspricht.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Auszug aus dem Versicherungsaufsichtsgesetz 1978 (VAG 1978 – i.d.F. BGBl. I Nr. 70/2004)

§ 9a. (1) Der Versicherungsnehmer ist bei Abschluß eines Versicherungsvertrages 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.

(2) Außer in der Lebensversicherung bestehen die Informationspftichten gemäß Abs. 1 Z 2 und 3 nur gegenüber natürlichen Personen.

(3) Ist wegen der Art des Zustandekommens des Vertrages eine schriftliche Information des Versicherungsnehmers vor Abgabe seiner Vertragserklärung nicht möglich, so wird der Informationspflicht dadurch entsprochen, daß der Versicherungsnehmer die Information spätestens gleichzeitig mit dem Versicherungsschein erhält.

(4) Die Angaben gemäß Abs. 1 Z 1 müssen jedenfalls auch aus dem Versicherungsantrag sowie aus dem Versicherungsschein und allen anderen Deckung gewährenden Dokumenten ersichtlich sein.

(5) Während der Laufzeit des Versicherungsvertrages ist der Versicherungsnehmer schriftlich über Änderungen der Angaben gemäß Abs. 1 Z 1, 4 und 5 und über Änderungen der Niederlassung (Sitz oder Zweigniederlassung), von der aus der Vertrag verwaltet wird, zu informieren.

(6) Die Information muß in deutscher Sprache abgefaßt sein, es sei denn, daß der Versicherungsnehmer sich mit der Verwendung einer anderen Sprache ausdrücklich einverstanden erklärt oder das Recht eines anderen Staates gewählt hat.

Staaten, die das Übereinkommen zwischen den Nationalen Versicherungsbüros der Mitgliedstaaten des Abkommens des Europäischen Wirtschaftsraums und anderen assoziierten Staaten vom 30. Mai 2002 unterzeichnet haben: (Stand Oktober 2006)

Andorra
Belgien
Dänemark
Deutschland
Estland
Finnland
Frankreich
Griechenland
Großbritannien
Irland
Island
Italien
Kroatien
Lettland
Litauen
Luxemburg
Malta
Niederlande
Norwegen
Österreich
Polen
Portugal
Schweden
Schweiz
Slowakei
Slowenien
Spanien
Tschechien
Ungarn
Zypern

Information gemäß § 24 Datenschutzgesetz 2000 (DSG 2000)

Die Generali Versicherung AG, 1010 Wien, Landskrongasse 1-3, hat 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 Schadens- 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 Schadens-/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 Schadensbeurteilung 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 Vesicherungsschutzes oder Angaben zum Schaden, wie etwa Schadenshöhe und Schadenstag.

Übermittlung von Gesundheitsdaten
Gesundheitsdaten werden grundsätzlich nur gemäß § 11a 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 zurzeit:
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. Zurzeit 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 Wertpapierdienstleistungsuntemehmen. 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 der 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 Ihren 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. Informatlonsverbundsystem 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 Prämieneinstufung 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 Nichtbeantwortung 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 Sie im Internet unter: http://datenschutz.generali.at

SAP 21188 01.07