

Vertragsgrundlagen zur Kraftfahrzeug-Insassenunfallversicherung



Unter den Flügeln des Löwen. **GENERALI**

Vertragspartner

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

Aufsichtsbehörde

Finanzmarktaufsicht, 1090 Wien, Otto-Wagner-Platz 5

Inhaltsverzeichnis

	Seite
• Vorbemerkungen	2
• Allgemeine Bedingungen für die Kraftfahrzeug-Insassenunfallversicherung 2013 (AKIUB 2013 idF 01/2019)	3-11
• Anhang	
Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz (VersVG)	12-14
Auszug aus dem Übereinkommen zwischen den nationalen Versicherungsbüros der Mitgliedstaaten des Abkommens des Europäischen Wirtschaftsraums und anderen assoziierten Staaten (Unterzeichnerstaaten)	15
• Informationsblatt zur Datenverarbeitung (Stand Mai 2018)	15-19

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 die Folgeprämie stets zeitgerecht.

Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes:

Natürgemäß 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:

- 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 2013 (AKIUB 2013 idF 01/2019)

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 Ärztekommision angerufen werden?
Welchen Regeln unterliegt dieses Verfahren?**
(Ärztekommision)
- 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 26 Wann und unter welchen Voraussetzungen ändern sich die Versicherungssumme und die Prämie?**
(Wertanpassung)

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 Pauschalssystem

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 Polizza (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 Polizza 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 Polizza. 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 Zerreißen 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 Unfalltag an gerechnet, daß als Folge des Unfalles eine dauernde Invalidität zurückbleibt, wird aus der hierfür 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 Unfalltag das 70. Lebensjahr bereits vollendet, tritt anstelle der Kapitalszahlung eine nach der begedruckten Rententafel unter Zugrundelegung des vom Versicherten am Unfalltag 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 Unfalltag 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 Unfalltag an gerechnet der Tod als Folge des Unfalles ein, wird die für den Todesfall versicherte Summe gezahlt.
2. Auf die Todesfalleistung 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 hierfür vereinbarten Versicherungssumme werden Unfallkosten ersetzt, sofern sie innerhalb von 2 Jahren vom Unfalltag 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. Hierzu 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 Monats zu erklären, ob er eine Leistungspflicht anerkennt. Die Frist beginnt mit dem Eingang der Unterlagen, die der Anspruchserhebende zur Feststellung des Unfallherganges und der Unfallsfolgen 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 Ärztekommision angerufen werden? Welchen Regeln unterliegt dieses Verfahren?

(Ärztekommision)

1. Im Fall von Meinungsverschiedenheiten über Art und Umfang der Unfallsfolgen oder darüber in welchem Umfang die eingetretene Beeinträchtigung auf den Versicherungsfall zurückzuführen ist, ferner über die Beeinflussung der Unfallsfolgen durch Krankheit oder Gebrechen entscheidet die Ärztekommision.

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 Ärztekommision zu beantragen.

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

2. Für die Ärztekommision 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 Ärztekommision 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.

Artikel 16

Was ist vom Versicherungsschutz ausgeschlossen? (Ausschlüsse)

1. Kein Versicherungsschutz besteht für Unfälle
 - 1.1. die bei Beteiligung an motorsportlichen Wettbewerben (auch Wertungsfahrten und Rallyes) und den dazugehörigen Trainingsfahrten entstehen; dies gilt sinngemäß auch für Schadenereignisse, welche sich ohne Beteiligung an einem motorsportlichen Wettbewerb aber auf eigens dafür abgegrenzten Arealen ereignen;
 - 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, Kriegseignissen, 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 abnutzungsbedingte 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 gemäß den Voraussetzungen und Begrenzungen des § 6 Abs. 1 und Abs 1 a VersVG (siehe Anhang) befreit, 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 gemäß den Voraussetzungen und Begrenzungen des § 6 Abs. 2 VersVG (siehe Anhang) bewirkt, 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 gemäß den Voraussetzungen und Begrenzungen des § 6 Abs. 3 VersVG (siehe Anhang) bewirkt, 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 in geschriebener Form 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 Formulars 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. 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 eine kürzere Zeit abgeschlossen ist, der Zeitraum eines Jahres. Dieser Zeitraum beginnt mit dem in der Police vereinbarten Versicherungsbeginn und wird Versicherungsjahr genannt.
2. Vertragsdauer und Vertragsverlängerung
Beträgt die vereinbarte Vertragsdauer weniger als ein Jahr, endet der Versicherungsvertrag ohne Kündigung.

Beträgt die vereinbarte Vertragsdauer mindestens ein Jahr, dann verlängert sich der Versicherungsvertrag automatisch auf unbestimmte Zeit, wenn der Versicherungsvertrag nicht spätestens ein Monat vor dem Ende der vereinbarten Vertragsdauer von einem Vertragspartner gekündigt wird.

Die Kündigung wird erst mit Zugang beim anderen Vertragspartner wirksam und ist rechtzeitig, wenn sie spätestens ein Monat vor Ablauf des Versicherungsvertrages beim anderen Vertragspartner einlangt. Langt die Kündigung rechtzeitig ein, endet der Versicherungsvertrag mit Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer.
Erfolgt jedoch keine Kündigung, können in der Folge beide Vertragspartner den sodann auf unbestimmte Zeit abgeschlossenen Versicherungsvertrag jeweils zum Ablauf eines Versicherungsjahres (siehe oben Pkt. 1) unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist kündigen.

Bei Versicherungsverträgen, deren Abschluss nicht zum Betrieb eines Unternehmens des Versicherungsnehmers gehören (Verbraucherverträgen), gilt zudem Folgendes:
 - 2.1 Der Versicherer verpflichtet sich, den Versicherungsnehmer frühestens fünf Monate und spätestens drei Monate vor Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer darüber zu informieren, dass der Versicherungsnehmer den Versicherungsvertrag zum Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer kündigen kann.

Weiters verpflichtet sich der Versicherer, den Versicherungsnehmer über die mit der Kündigungsmöglichkeit verbundenen Rechtsfolgen (siehe unten Pkt. 2.2 und 2.3) zu informieren.

- 2.2. Der Versicherungsnehmer hat ab Zugang dieser Verständigung (siehe den vorstehenden Punkt 2.1), aber auch schon davor, die Möglichkeit, den Versicherungsvertrag zum Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer zu kündigen. Die Kündigungserklärung ist nur dann wirksam, wenn sie spätestens ein Monat vor Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer beim Versicherer einlangt.
- 2.3 Wenn die Kündigung nicht spätestens ein Monat vor Ablauf der Vertragsdauer beim Versicherer einlangt, verlängert sich der Versicherungsvertrag auf unbestimmte Zeit. Der sodann auf unbestimmte Zeit abgeschlossene Versicherungsvertrag kann von beiden Vertragspartnern unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von einem Monat jeweils zum Ablauf eines Versicherungsjahres gekündigt werden.

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 Monats

- nach Ablehnung des gerechtfertigten Anspruches auf die Versicherungsleistung;
- nach Rechtskraft des Urteiles im Fall eines Rechtsstreites vor Gericht;
- nach Zustellung der Entscheidung der Ärztekommision (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 anerkennt oder die Versicherungsleistung erbracht hat, oder wenn der Versicherungsnehmer einen Anspruch auf Versicherungsleistung arglistig erhoben hat.

Die Kündigung ist vorzunehmen innerhalb eines Monats

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

Änderungen der Anschrift des Versicherungsnehmers sind dem Versicherer bekannt zu geben. Solange der Versicherungsnehmer die Änderung seiner Anschrift nicht bekannt gibt, gelten Zusendungen des Versicherers an die zuletzt bekannt gegebene Anschrift als dem Versicherungsnehmer zugegangen.

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 *Lebenslängen**) Rente für einen Kapitalbetrag 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 Kapitalbetrag 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.

Artikel 26

Wann und unter welchen Voraussetzungen ändern sich die Versicherungssumme und die Prämie? (Wertanpassung)

Sofern in der Polizza eine Wertanpassung vereinbart ist, gilt dafür folgende Regelung:

Die Versicherungssummen und Prämien erhöhen oder vermindern sich jährlich bei Hauptfälligkeit der Prämie um den Prozentsatz, der den Veränderungen des von Statistik Austria monatlich verlautbarten Gesamtindex der Verbraucherpreise 2010 oder bei dessen Entfall des entsprechenden Nachfolgeindex entspricht.

Für die Berechnung des Ausmaßes der Veränderung wird der Indexwert für den vier Monate vor Hauptfälligkeit liegenden Monat mit dem entsprechenden Indexwert des Vorjahres, bei erstmaliger Anpassung mit dem Indexwert für den vier Monate vor Vertragsbeginn liegenden Monat, verglichen und die prozentuelle Veränderung ermittelt.

Ungeachtet dieser Vereinbarung bleiben vereinbarte Höchstbeträge jedenfalls unverändert.

Anhang

Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz (VersVG)

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

(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 Versicherungsfalles oder soweit sie keinen Einfluß auf den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung gehabt hat.

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

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

(5) Der Versicherer kann aus der fahrlässigen Verletzung einer vereinbarten Obliegenheit Rechte nur ableiten, wenn dem Versicherungsnehmer vorher die Versicherungsbedingungen oder eine andere Urkunde zugegangen sind, 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 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 in geschriebener Form übermittelten Entscheidung des Versicherers gehemmt, die zumindest mit der Anführung einer der Ablehnung derzeit zugrunde gelegten Tatsache und gesetzlichen oder vertraglichen Bestimmung begründet ist. Nach zehn Jahren tritt jedoch die Verjährung jedenfalls ein.

(3) Der Versicherer ist von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Anspruch auf 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 rechtzeitigen 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 Monats gegen sich gelten lassen.

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

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

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

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

§ 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 Versicherungsfalles 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 Monats nach der Kündigung oder, falls die Kündigung mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach dem Ablauf der Zahlungsfrist die Zahlung nachholt, sofern nicht der Versicherungsfall bereits eingetreten ist.

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

§ 39a. 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 Gesetzbuches sind entsprechend anzuwenden.

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

(2) Der Erwerber ist berechtigt, das Versicherungsverhältnis zu kündigen; die Kündigung kann nur mit sofortiger Wirkung oder auf den Schluß der laufenden Versicherungsperiode erfolgen.

Das Kündigungsrecht erlischt, wenn es nicht innerhalb eines Monats nach dem Erwerb ausgeübt wird; hatte der Erwerber von der Versicherung keine Kenntnis, so bleibt das Kündigungsrecht bis zum Ablauf eines Monats von dem Zeitpunkt an bestehen, in welchem der Erwerber von der Versicherung Kenntnis erlangt hat.

(3) Wird das Versicherungsverhältnis 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.

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 Jänner 2012)

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

Informationsblatt zur Datenverarbeitung (Stand Mai 2018)

Als Versicherungsunternehmen sind wir uns des hohen Stellenwerts bewusst, den Ihre personenbezogenen Daten genießen.

Wir, das ist die

Generali Versicherung AG
Landskrongasse 1-3
A-1010 Wien
Firmenbuchnummer: FN 38641a
Firmenbuchgericht: Handelsgericht Wien
T +43 1 534 01-0
F +43 1 532 09 49-11011
office.at@generali.com

als für die Verarbeitung Ihrer Daten Verantwortliche.

Im Folgenden finden Sie nähere Informationen darüber, wie wir Ihre Daten verarbeiten.

Unseren Datenschutzbeauftragten können Sie per E-Mail unter datenschutz.at@generali.com oder per Post unter der oben genannten Adresse mit dem Adresszusatz „Datenschutzbeauftragter“ kontaktieren.

Ihr Versicherungsverhältnis

Personenbezogene Daten

Für die Begründung eines Versicherungsverhältnisses mit Ihnen ist es unerlässlich, dass wir Ihre personenbezogenen Daten verarbeiten. Wir benötigen diese Daten zur Prüfung, ob und zu welchen Konditionen ein Versicherungsverhältnis mit Ihnen zustande kommt und ob im Leistungsfall ein Versicherungsanspruch besteht. Darüber hinaus verwenden wir Ihre personenbezogenen Daten zu Ihrer sonstigen Betreuung, wie beispielsweise zur Information über Änderungen der rechtlichen Rahmenbedingungen, sofern diese für Ihr Versicherungsverhältnis relevant sind. Unter „personenbezogenen Daten“ sind jegliche Informationen zu verstehen, die sich auf natürliche Personen entweder mittelbar oder unmittelbar beziehen (etwa Namen, Adressen, Daten zum Vertrag).

Zweck und Rechtsgrundlagen der Datenverwendung

Wenn Sie bei uns den Abschluss einer Versicherung beantragen, so geben Sie uns personenbezogene Daten sowohl von Ihnen wie auch von Personen, die im Zusammenhang mit der Anbahnung, dem Abschluss und der Erfüllung des Versicherungsvertrags stehen, bekannt. Wir verwenden Ihre Daten und die Daten von Ihnen namhaft gemachter Dritter in unserem berechtigten Interesse als Verantwortliche Ihrer Datenverarbeitung und in jenem Ausmaß, als dies zur ordnungsgemäßen Begründung und Abwicklung unseres Versicherungsverhältnisses mit Ihnen notwendig ist. Die Daten aller mit uns bestehenden Verträge nutzen wir für eine Betrachtung der gesamten Kundenbeziehung, beispielsweise zur Beratung hinsichtlich einer Vertragsanpassung oder für Auskunftserteilungen. Weiters werden die Daten für die Erstellung von Statistiken, z.B. zur Erfüllung aufsichtsrechtlicher Vorgaben oder für die Entwicklung neuer Tarife, verwendet. Auf Basis allfällig gesondert von Ihnen erteilter Einwilligungserklärungen verwenden wir Ihre Daten auch, um Ihnen weitergehende Produktangebote von uns, von anderen Unternehmen unserer Versicherungsgruppe oder von unseren Geschäftspartnern zu unterbreiten sowie zur Kontaktaufnahme zwecks Qualitäts- und Zufriedenheitsumfragen. Für manche unserer Versicherungsprodukte ist es notwendig, besonders geschützte Kategorien Ihrer personenbezogenen Daten zu verarbeiten. Hierunter fallen vornehmlich Daten zu Ihrer Gesundheit, die wir etwa zur Begründung und zur Leistungsfallbearbeitung in der Kranken-, Lebens- oder Unfallversicherung benötigen.

Diese besonderen Kategorien personenbezogener Daten verarbeiten wir stets nur im Einklang mit den Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes und - wo gesetzlich erforderlich - aufgrund Ihrer im Versicherungsantrag bzw. damit verbundenen Formularen erteilten Einwilligung.

Die Verarbeitung personenbezogener Daten für vorvertragliche und vertragliche Zwecke erfolgt auf Basis von Art. 6 Abs. 1 b) DSGVO. Soweit dafür besondere Kategorien personenbezogener Daten (z. B. Ihre Gesundheitsdaten) erforderlich sind, verarbeiten wir diese auf Basis einer

gesetzlichen Ermächtigung (z.B. § 11a VersVG) bzw. holen wir zuvor Ihre ausdrückliche Einwilligung ein. Erstellen wir Statistiken mit diesen Datenkategorien, erfolgt dies auf Grundlage von Art. 9 Abs. 2 j) DSGVO i. V. m. § 7 DSG.

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen (z. B. aufsichtsrechtlicher Vorgaben, handels- und steuerrechtlicher Aufbewahrungspflichten oder unserer Beratungspflicht). Als Rechtsgrundlage für die Verarbeitung dienen in diesem Fall die jeweiligen gesetzlichen Regelungen i. V. m. Art. 6 Abs. 1 c) DSGVO.

Ihre Daten verarbeiten wir auch, wenn es nach Art. 6 Abs. 1 f) DSGVO erforderlich ist, um berechnete Interessen von uns oder von Dritten zu wahren. Dies kann insbesondere der Fall sein:

1. zur Werbung für Produkte der Generali Gruppe sowie für Qualitäts- und Zufriedenheitsumfragen, wenn Sie uns hierfür eine Einwilligung erteilt haben. Für eine auf Ihre Kundenbedürfnisse besser abgestimmte Werbung oder Angebotslegung verknüpfen und analysieren wir die für unsere Marketingzwecke relevanten Daten.
2. zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten, insbesondere von Datenanalysen zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmissbrauch hindeuten können. Sofern eine Einwilligung zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten erforderlich ist, erfolgt eine Verarbeitung nur gemäß den in der Einwilligungserklärung festgelegten Zwecken und im darin vereinbarten Umfang.

Umfang der Verwendung von Gesundheitsdaten

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

Sofern Gesundheitsdaten zur Beurteilung und Erfüllung von Ansprüchen aus einem konkreten Versicherungsfall und zur Überprüfung erbrachter Behandlungsleistungen unerlässlich sind, ermitteln wir, Ihre Einwilligung vorausgesetzt, Gesundheitsdaten teilweise auch durch Auskünfte von untersuchenden oder behandelnden Ärzten, Krankenanstalten oder sonstigen Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge über Diagnose sowie Art und Dauer der Behandlung. Derartige Auskünfte sind die im Einzelfall zur Beurteilung der Leistungspflicht erforderlichen Auskünfte über die mit dem konkreten Versicherungsfall im Zusammenhang stehenden Krankheiten, Unfallfolgen und Gebrechen.

Davon umfasst sind folgende medizinische Unterlagen: Daten zum Grund der stationären Aufnahme oder ambulanten Behandlung, zu allfälligen Unfallursachen, zur erbrachten Behandlungsleistung, über die Aufenthalts- und Behandlungsdauer sowie zur Entlassung aus der stationären Behandlung oder deren Beendigung; etwa Anamnese der aktuellen Behandlung/Aufnahme und Statusblatt, Fieberkurve mit Infusionsplan, sämtliche diagnostische Befunde, OP-Bericht, ärztlicher Verlaufsbericht, Anästhesieprotokoll, Verlaufsbericht der pflegerischen Maßnahmen, Entlassungsbericht, gerichtsmedizinische Befunde, Einsatz-, Behördenprotokolle, wobei in Einzelfällen auch mit weniger Unterlagen das Auslangen gefunden werden kann.

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

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

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

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

Generali Kundenportal, Generali Apps und Newsletter

Falls Sie einen Zugang zum Generali Kundenportal beantragt haben, stellen wir Ihnen in Ihrem persönlichen Generali Kundenportal Daten zu Ihrer Person, zu Ihren Verträgen und allfälligen Schadenserledigungen und damit in Verbindung stehenden Korrespondenzen sowie je nach abgeschlossener Versicherung auch Gesundheitsdaten zu Zwecken Ihrer Servicierung und benutzerfreundlichen Darstellung zur Verfügung. Die Daten werden in Ihrem persönlichen Generali Kundenportal solange gespeichert, wie das Kundenportal besteht. Kündigen Sie oder wir Ihr Generali Kundenportal, werden auch die darin gespeicherten Daten gelöscht.

Sofern Sie sich die von uns angebotenen Generali Apps auf Ihrem Endgerät (z.B. Smartphone, Tablet) installieren, werden je nach Generali App gewisse Daten zu Ihren Verträgen auf Ihrem Endgerät gespeichert. Der Versand von Newslettern erfolgt auf Basis Ihrer Einwilligung anhand der von Ihnen bei der Newsletter-Anmeldung bekannt gegebenen Daten. Sie können jederzeit Ihre Einwilligung zum Erhalt von Newslettern widerrufen, z.B. mittels Abmelde-Link direkt im Newsletter.

Weitergabe der Daten an Dienstleister

Der Komplexität heutiger Datenverarbeitungsprozesse ist es geschuldet, dass wir uns mitunter Dienstleister bedienen und diese mit der

Verarbeitung Ihrer Daten beauftragen. Manche dieser Dienstleister können sich außerhalb des Gebiets der Europäischen Union befinden. In allen Fällen der Inanspruchnahme von Dienstleistern tragen wir jedoch stets dafür Sorge, dass das europäische Datenschutzniveau und die europäischen Datensicherheitsstandards gewahrt bleiben. Auch kann es im Rahmen unserer Geschäftsfallbearbeitungen erforderlich sein, dass wir innerhalb unseres Versicherungsunternehmens oder innerhalb unseres Konzerns Ihre Daten transferieren oder gemeinschaftlich verarbeiten. Auch in diesen Fällen bleiben die europäischen Datensicherheitsstandards stets gewahrt. Wenn Sie Näheres darüber erfahren wollen, wie und in welchem Umfang wir Ihre Daten in Ihrem konkreten Geschäftsfall verarbeiten oder an Dienstleister weitergeben und welche Schutzgarantien wir hierbei ergriffen haben, wenden Sie sich bitte an die oben genannten Kontaktmöglichkeiten.

Sorgfaltspflichten gemäß Finanzmarkt-Geldwäschegesetz

Wir sind gemäß Finanzmarkt-Geldwäschegesetz (FM-GwG) verpflichtet, diverse Sorgfaltspflichten zur Verhinderung von Geldwäsche und Terrorismusfinanzierung einzuhalten. Daher haben wir im Rahmen einer Geschäftsbeziehung die Identität unserer Kunden, dessen vertretungsbefugte Personen, wirtschaftliche Eigentümer und Treugeber festzustellen und zu überprüfen. Weiters haben wir den Zweck und die Art der Geschäftsbeziehung zu bewerten und Informationen über die Herkunft der eingesetzten Mittel einzuholen. Gemäß § 21 FM-GwG sind wir verpflichtet, Kopien der erhaltenen Dokumente und Informationen, die für die Erfüllung der Sorgfaltspflicht gegenüber unseren Kunden erforderlich sind, für die Dauer von fünf Jahre nach Beendigung der Geschäftsbeziehung aufzubewahren. Personenbezogene Daten, die ausschließlich aufgrund dieses Bundesgesetzes für Zwecke der Verhinderung von Geldwäsche und Terrorismusfinanzierung verarbeitet werden, dürfen nicht in einer Weise weiterverarbeitet werden, die mit diesen Zwecken unvereinbar sind, und sind mit Ablauf der Aufbewahrungsfristen zu löschen.

Inanspruchnahme von Cloud Leistungen

Als innovatives und zukunftsorientiertes Unternehmen verwenden wir auch Cloud Lösungen.

Wir nutzen die Cloud Services unter anderem auch im Rahmen unserer internen und externen elektronischen Kommunikation sowie für Videokonferenzen, für unsere Terminverwaltung und zum shared document use bei unserer internen Zusammenarbeit.

Mitwirkung von Rückversicherern

Bei der Versicherung bestimmter Risiken arbeiten wir eng mit unseren Rückversicherern zusammen, welche uns in unserer Risiko- und Leistungsfallprüfung unterstützen. Hierzu ist es erforderlich, dass wir Daten zu Ihrer Person und zu Ihrem Versicherungsverhältnis mit unseren Rückversicherern austauschen. Dieser Datenaustausch erfolgt stets nur zum Zweck der gemeinschaftlichen Prüfung Ihres Versicherungsrisikos und Ihrer Leistungsfälle, dies unter Beachtung des hierfür durch das Versicherungsvertragsgesetz vorgesehenen Rahmens. Nähere Informationen zu allfällig eingesetzten Rückversicherern können Sie unter den oben genannten Kontaktmöglichkeiten anfordern.

Mitwirkung von Vermittlern

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, Wertpapierfirmen und Wertpapierdienstleistungsunternehmen.

Zum Zweck der Betreuung und Beratung erhebt und verarbeitet der Vermittler Ihre personenbezogenen Daten sowie alle bei der Wunsch- und Bedarfserhebung für die konkrete Erstellung eines Vorschlages, Offertes oder Antrages relevanten Daten und leitet uns diese zur Prüfung Ihres Versicherungsrisikos und zum Abschluss Ihres Versicherungsverhältnisses weiter. Im Schaden- oder Leistungsfall erhebt und verarbeitet der Vermittler die für eine Leistungsbearbeitung relevanten Daten und leitet uns diese zur Leistungsfallprüfung weiter. Ebenso übermitteln wir an Ihren Vermittler personenbezogene Daten zu Ihrer Person und zu Ihrem Versicherungsverhältnis in jenem Ausmaß, als dies Ihr Vermittler zu Ihrer Betreuung benötigt.

Datenweitergabe an Aufsichtsbehörden und Gerichte sowie an sonstige Dritte

Als Versicherungsunternehmen unterliegen wir hohen Regulierungsanforderungen und stetiger behördlicher Aufsicht. Dabei kann es dazu kommen, dass wir Behörden, Gerichten, Wirtschaftsprüfern etc. im Rahmen ihrer gesetzlichen Aufgaben auf deren Anfragen hin personenbezogene Daten unserer Versicherungsnehmer bzw. Versicherten offen legen müssen. Ebenso kann es bei der Prüfung Ihres Leistungsfalls dazu kommen, dass wir Dritte, wie Ärzte, Krankenanstalten, Gutachter, Rechtsanwälte oder etwa mit der Schadensregulierung beauftragte Unternehmen bzw. Unternehmen, die Bonitätsauskünfte bereitstellen, beiziehen und diesen Ihre personenbezogenen Daten übermitteln müssen. In all diesen Fällen achten wir jedoch stets darauf, dass die gesetzlichen Grundlagen eingehalten werden und damit der Schutz Ihrer Daten gewahrt bleibt.

Teilnahme am Zentralen Informationssystem des Verbands der Versicherungsunternehmen Österreichs

Beim Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs (= VVO), Schwarzenbergplatz 7, 1030 Wien, wird von der Versicherungswirtschaft im Bereich der Kranken-, Lebens- und Berufsunfähigkeitsversicherung ein zentrales Informationssystem zum Zweck der koordinierten wechselseitigen Information zwischen den teilnehmenden Versicherungsunternehmen zur Ermittlung nicht versicherbarer Risiken und zur Gewährleistung eines beitrags- und leistungsumfangangepassten Versicherungsschutzes betrieben. Dieses System wird von uns in der Sparte der Lebens- und Berufsunfähigkeitsversicherung genutzt. Zur Wahrung der berechtigten Interessen der Versichertengemeinschaft und der teilnehmenden Versicherungen (Art. 6 Abs. 1 f) DSGVO) dient das System dem Erkennen, Überwachen und Managen der von den teilnehmenden Versicherungen eingegangenen Versicherungsrisiken. Unter bestimmten Voraussetzungen können ab Unterfertigung des Versicherungsantrags (auch bei nachträglicher Antragsrückziehung) Daten der zu versichernden bzw. versicherten Person in dieses Informationssystem für längstens sieben Jahre eingetragen werden. Es handelt sich hierbei um Fälle der dauerhaften oder vorübergehenden Ablehnung des Versicherungsantrags, der potenziellen Annahme des Antrags unter erschwerten Bedingungen, des Abschlusses einer Berufsunfähigkeitsversicherung mit Rentenbezug bei mehr als EUR 9.000 versicherter Jahresrente und der vorzeitigen Vertragsbeendigung aufgrund einer Verletzung der Anzeigepflicht. Die Eintragung umfasst den Namen und das Geburtsdatum, die Information, ob es sich um eine Neu-, Änderungs- oder Stornomeldung handelt, das Meldedatum, die betroffene Versicherungssparte, den Meldefall in Form einer numerischen Codierung und einen allfällig gesetzten Bestreitungsvermerk. Eine Abfrage aus dem Informationssystem ist anlässlich der Prüfung eines Antrags auf Versicherungsabschluss und anlässlich der Prüfung eines Leistungsfalls möglich.

Ein zu einer versicherten oder zu versichernden Person bestehender Eintrag kann, wie auch jeder sonstige Hinweis auf risikoerhöhende Besonderheiten, zur Folge haben, dass zur abschließenden Prüfung des Antrags oder Leistungsfalls von der versicherten oder zu versichernden Person zusätzliche Informationen eingeholt werden müssen. Es besteht die Möglichkeit, Auskunft über die in dem Informationsverbund zur Person des zu Versicherten oder Versicherten verarbeiteten Daten sowie im Fall der Unrichtigkeit der verarbeiteten Daten deren Berichtigung oder Löschung zu verlangen oder der Datenverarbeitung in begründeten Einzelfällen zu widersprechen. In diesen Fällen ersuchen wir um Kontaktaufnahme unter den oben genannten Kontaktmöglichkeiten. Zudem steht das Beschwerderecht bei der Österreichischen Datenschutzbehörde, Wickenburggasse 8-10, 1080 Wien, Telefon: +43 1 52 152-0, E-Mail: dsb@dsb.gv.at, offen und es kann die Einschränkung der Verarbeitung der Daten bis zur Klärung derer Richtigkeit und die Übermittlung der Daten an Dritte beantragt werden. Die zur Person des

Versicherten oder zu Versichernden im System gespeicherten Daten sind zur Erfüllung des Versicherungsvertrags erforderlich. Werden diese nicht bereitgestellt, so kann das Versicherungsverhältnis nicht begründet werden.

Im Bereich der Schadensversicherung nutzt die Versicherungswirtschaft das Zentrale Informationssystem des VVO zur Verhinderung und Bekämpfung des Versicherungsmissbrauchs und des Versicherungsbetrugs. Dafür ist ein Austausch bestimmter personenbezogener Daten mit dem Zentralen Informationssystem erforderlich. Dies betrifft Personen- und Risikoidentifikationsdaten wie Name, Geburtsdatum, Kfz-Kennzeichen und Fahrzeugidentifikationsnummer, Versicherungsfalldaten, keinesfalls aber personenbezogene Gesundheitsdaten oder andere besondere Kategorien personenbezogener Daten.

Teilnahme am Kraftfahrzeug Bonus-Malus Auskunftssystems des Verbands der Versicherungsunternehmen Österreichs

In der Kfz-Haftpflichtversicherung für Personen- und Kombinationskraftwagen (auch Taxi/Mietwagen), Wohnmobile bis 3,5 t Gesamtgewicht und Lastkraftwagen bis 1,5 t Nutzlast wird die Prämie nach Maßgabe des Schadenverlaufes berechnet.

Dabei bedienen wir uns als Versicherungsunternehmen dem Kraftfahrzeug Bonus-Malus Auskunftssystems. Das Kraftfahrzeug Bonus-Malus Auskunftssystem mit gemeinsamer Datenerfassung beim Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs betrifft ausschließlich Kraftfahrzeughaftpflichtversicherungsverträge.

Zur Wahrung der berechtigten Interessen der Versichertengemeinschaft und der teilnehmenden Versicherungen erfolgt dabei die Meldung der Bonus-Malus Einstufung von Kraftfahrzeughaftpflichtverträgen in das Kraftfahrzeug Bonus-Malus Auskunftssystem. Mithilfe des Kraftfahrzeug Bonus-Malus Auskunftssystems werden Informationen über den Schadenverlauf des Kraftfahrzeughaftpflichtvertrages bzw. die korrekte Einstufung im Bonus-Malus System überprüft. Die Meldung umfasst den Namen, das Geburtsdatum, Anschrift, Fahrgestellnummer sowie Polizzenummer beim Vorversicherer. Sollten im Kraftfahrzeug Bonus-Malus Auskunftssystem keine Daten vorhanden sein, holen wir beim Vorversicherer Auskünfte über die Bonus-Malus Einstufung ein bzw. erteilen wir solche Auskünfte an allfällige Nachversicherer. Eine genaue Beschreibung des Bonus-Malus Systems kann den Allgemeinen Bedingungen für die Kraftfahrzeug-Haftpflichtversicherung entnommen werden.

Automatisierte Datenverarbeitungsprozesse

Um Ihnen eine möglichst effiziente Geschäftsfallbearbeitung zu bieten, verwenden wir zum Teil automatisierte Prüfprogramme, welche auf Basis Ihrer Angaben im Versicherungsantrag das Versicherungsrisiko bestimmen, über das Zustandekommen des Vertrages entscheiden und beispielsweise die Höhe Ihrer Versicherungsprämien oder auch Ihre allfälligen Risikoausschlüsse festlegen. Auch lassen wir durch solche Programme in Teilbereichen unsere Leistungspflicht im Schadensfall automatisiert bestimmen. Im Rahmen dieser automatisierten Datenverarbeitung können je nach Geschäftsfall auch besondere Kategorien personenbezogener Daten, darunter auch Gesundheitsdaten, unter Einhaltung der Anforderungen von Art. 22 DSGVO verarbeitet werden. Die in diesen Programmen verwendeten Prüfparameter bemessen sich an versicherungsmathematischen Erfahrungssätzen und sichern insofern einen objektiven Beurteilungsmaßstab. Sie können die Vornahme solcher automatisierter Verfahren zu Ihrer Person und zu Ihren Geschäftsfällen ablehnen und stattdessen in allen Fällen die manuelle Bearbeitung Ihrer Angelegenheit durch unsere Unternehmensmitarbeiter verlangen. Für diesen Fall ersuchen wir Sie um Kontaktaufnahme unter den oben genannten Kontaktmöglichkeiten. Bitte beachten Sie aber, dass dies mitunter zu einer verzögerten Bearbeitung Ihres Geschäftsfalles führen kann.

Verarbeitung von Daten von Personen, die in keinem Versicherungsvertragsverhältnis zu uns stehen

Zur Begründung eines Versicherungsverhältnisses kann es erforderlich sein, dass wir auch Daten von Personen verarbeiten, die nicht Vertragspartei sind.

So verarbeiten wir z.B. Personenidentifikationsdaten (Name, Geburtsdatum) von als Bezugsberechtigte namhaft gemachten Personen. Dies ist erforderlich, um nach Eintritt des Versicherungsfalles die vereinbarte Versicherungsleistung an den Bezugsberechtigten erbringen zu können.

Besteht im Rahmen des Vertrages auch Versicherungsschutz für vom Versicherungsnehmer verschiedene Personen, so verarbeiten wir auch deren folgende Daten, z.B. Name, Geburtsdatum, Sozialversicherungsart und Beruf. Diese Daten benötigen wir, um zum einen den auf die Lebenssituation des Versicherten abgestimmten Versicherungsschutz gestalten zu können, aber auch um im Leistungsfall die vereinbarten Versicherungsleistungen zugunsten des Versicherten bzw. Bezugsberechtigten erbringen zu können.

Ebenso verarbeiten wir Personenidentifikations- und Inkassodaten von Personen, die anstelle des Versicherungsnehmers die Prämienzahlung übernehmen. Diese Daten benötigen wir, um das Prämieninkasso durchführen zu können.

Tritt ein Versicherungsfall ein, verarbeiten wir Daten Dritter, z.B. des Geschädigten, des Schädigers, weiterer am Vorfall Beteiligter oder von Zeugen. Diese Daten umfassen insbesondere Name, Geburtsdatum, Anschrift. Die Verarbeitung dieser Daten ist erforderlich für die Feststellung des Sachverhaltes und zur Beurteilung, ob und in welchem Ausmaß eine Versicherungsleistung zu erbringen ist. Die Daten benötigen wir aber auch zur Rechtsdurchsetzung (z.B. Geltendmachung von Schadenersatz- oder Regressansprüchen) oder zur Abwehr von Rechtsansprüchen (z.B. Abwehr ungerechtfertigter Ansprüche).

Des Weiteren verarbeiten wir auch die personenbezogenen Daten von allfälligen Gläubigern, gesetzlichen Vertretern, Zustellbevollmächtigten und sonstigen Dokumentenempfängern sowie – soweit für die Erfüllung des Versicherungsvertrages maßgeblich – die personenbezogenen Daten von Sachverständigen und Rechtsanwälten.

Unsere Datensicherheit

Als konzessioniertes Versicherungsunternehmen ist es für uns selbstverständlich, dass jeglicher Datenverkehr innerhalb unseres Unternehmens verschlüsselt erfolgt. Auch verfügen wir über Verschlüsselungsoptionen im externen Datenverkehr sofern Sie, als Empfänger unserer Kommunikation, über die technischen Voraussetzungen zur Entschlüsselung verfügen.

Bitte beachten Sie, dass die elektronische Kommunikation unter Verwendung handelsüblicher Mailprogramme (etwa MS Exchange) keinen absoluten Schutz vor Drittzugriffen bietet und dass bei dieser Form der Kommunikationsübermittlung auch nichteuropäische Server eingeschalten sein können.

Ebenso selbstverständlich ist es für uns, dass die von uns beauftragten Rechenzentren sämtliche Sicherheitsstandards erfüllen. Unser Sicherheitsverständnis überbinden wir auch auf die von uns in Anspruch genommenen Dienstleister, welche wir zur Einhaltung gleichartiger oder ebenbürtiger Sicherheitsvorkehrungen verpflichtet haben. Sollten Sie Fragen zu unseren konkret Ihren Geschäftsfall betreffenden Datensicherheitsvorkehrungen haben, wenden Sie sich bitte an die oben genannten Kontaktstellen.

Ihre Rechte

Sie können Auskunft zur Herkunft, zu den Kategorien, zur Speicherdauer, zu den Empfängern, zum Zweck der zu Ihrer Person und zu Ihrem Geschäftsfall von uns verarbeiteten Daten und zur Art dieser Verarbeitung verlangen. Falls wir Daten zu Ihrer Person verarbeiten, die unrichtig oder unvollständig sind, so können Sie deren Berichtigung oder Vervollständigung verlangen. Sie können auch die Löschung unrechtmäßig verarbeiteter Daten verlangen. Bitte beachten Sie aber, dass dies nur auf unrichtige, unvollständige oder unrechtmäßig verarbeitete Daten zutrifft. Ist unklar, ob die zu Ihrer Person verarbeiteten Daten unrichtig oder unvollständig sind oder unrechtmäßig verarbeitet werden, so können Sie die Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten bis zur endgültigen Klärung dieser Frage verlangen. Wir ersuchen Sie zu beachten, dass diese Rechte einander ergänzen, sodass Sie nur entweder die Berichtigung bzw. Vervollständigung Ihrer Daten oder deren Löschung verlangen können.

Auch wenn die Daten zu Ihrer Person richtig und vollständig sind und von uns rechtmäßig verarbeitet werden, können Sie der Verarbeitung dieser Daten in besonderen, von Ihnen begründeten Einzelfällen widersprechen. Ebenso können Sie widersprechen, wenn Sie von uns Direktwerbung beziehen und diese in Zukunft nicht mehr erhalten möchten.

Sie können die von uns zu Ihrer Person verarbeiteten Daten, sofern wir diese von Ihnen selbst erhalten haben, in einem von uns bestimmten, maschinenlesbaren Format erhalten oder uns mit der direkten Übermittlung dieser Daten an einen von Ihnen gewählten Dritten beauftragen, sofern dieser Empfänger uns dies aus technischer Sicht ermöglicht und der Datenübertragung weder ein unvertretbarer Aufwand noch gesetzliche oder sonstige Verschwiegenheitspflichten oder Vertraulichkeitserwägungen von unserer Seite oder von dritten Personen entgegen stehen. Bei all Ihren Anliegen ersuchen wir Sie, uns unter oben ausgewiesenen Kontaktadressen zu kontaktieren, wobei wir Sie hierbei stets um einen Beleg Ihrer Identität, etwa durch Übermittlung einer elektronischen Ausweiskopie, ersuchen.

Auch wenn wir uns bestmöglich um den Schutz und die Integrität Ihrer Daten bemühen, können Meinungsverschiedenheiten über die Art, wie wir Ihre Daten verwenden nicht ausgeschlossen werden. Sind Sie der Ansicht, dass wir Ihre Daten in nicht zulässiger Weise verwenden, so steht Ihnen das Recht auf Beschwerdeerhebung bei der Österreichischen Datenschutzbehörde, Wickenburggasse 8-10, 1080 Wien, Telefon: +43 1 52 152-0, E-Mail: dsb@dsb.gv.at, offen.

Unsere Datenaufbewahrung

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten, soweit erforderlich, für die Dauer der gesamten Geschäftsbeziehung (von der Anbahnung, Abwicklung bis zur Beendigung eines Vertrags) sowie darüber hinaus gemäß den gesetzlichen Aufbewahrungs- und Dokumentationspflichten, die sich u.a. aus dem Unternehmensgesetzbuch (UGB), der Bundesabgabenordnung (BAO) und dem Finanzmarkt-Geldwäschegesetz (FM-GwG) ergeben.

Zudem sind bei der Speicherdauer die gesetzlichen Verjährungsfristen, die z.B. nach dem Allgemeinen Bürgerlichen Gesetzbuch (ABGB) in bestimmten Fällen bis zu 30 Jahre betragen können, zu berücksichtigen.

Die Erforderlichkeit der Verarbeitung Ihrer Daten

Die Bereitstellung Ihrer personenbezogenen Daten sowie gegebenenfalls von Dritten, die Sie namhaft machen, ist zur Prüfung Ihres Versicherungsrisikos, zur Begründung unseres Versicherungsverhältnisses und zur Erfüllung Ihrer Leistungsansprüche erforderlich. Sollten Sie uns diese Daten nicht oder nicht im benötigten Umfang bereitstellen, so können wir das von Ihnen gewünschte Versicherungsverhältnis unter Umständen nicht begründen oder Ihren Leistungsfall nicht erfüllen. Bitte beachten Sie, dass dies nicht als vertragliche Nichterfüllung unsererseits gelten würde.

Sofern wir Ihre Daten auf Basis einer von Ihnen erteilten Einwilligung erhalten haben und verarbeiten, **können Sie diese Einwilligung jederzeit mit der Folge widerrufen, dass wir Ihre Daten ab Erhalt des Einwilligungswiderrufs nicht mehr für die in der Einwilligung ausgewiesenen Zwecke verarbeiten. Durch den Widerruf wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.**

SAP 25157 01.19 DVR 0603589