

Vertragsgrundlagen zur Krankenversicherung

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die
Krankengeldversicherung – Arbeitnehmerschutz
(AVBAAV 2005)

Unter den Flügeln des Löwen.





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

Inhaltsverzeichnis

§ 1	Gegenstand und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes	5
§ 2	Abschluss des Versicherungsvertrages	5
§ 3	Beginn und Ende des Versicherungsschutzes	5
§ 4	Versicherungsperiode, Vertragsdauer	6
§ 5	Art und Umfang der Versicherungsleistungen	6
§ 6	Einschränkung des Versicherungsschutzes	6
§ 7	Anmeldung von Ansprüchen und Auszahlung der Versicherungsleistung	7
§ 8	Pflichten des Versicherungsnehmers	7
	A) Prämien, Gebühren und Abgaben	7
	B) Zahlungsverzug und dessen Folgen	8
§ 9	Obliegenheiten	8
	A) Anzeigeobligiertheit vor Abschluss des Versicherungsvertrages	8
	B) Folgen der Verletzung der Anzeigeobligiertheit vor Abschluss des Versicherungsvertrages	8
	C) Sonstige Pflichten des Versicherungsnehmers während des Bestehens des Versicherungsvertrages	9
	D) Folgen der Versäumnis der Anmeldung von Ansprüchen und bei Verletzung sonstiger Obliegenheiten während des Bestehens des Versicherungsvertrages	9
§ 10	Kündigung durch den Versicherungsnehmer	10
§ 11	Kündigung durch den Versicherer	10
§ 12	Sonstige Beendigungsgründe	10
§ 13	Form und Empfänger von Willenserklärungen und Anzeigen	10
§ 14	Erfüllungsort, Gerichtsstand	10
§ 15	Änderung der Versicherungsbedingungen und Tarife	11
Anhang:		12
	Information zur Datenanwendung (gemäß § 24 DSGVO)	12

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankengeldversicherung – Arbeitnehmerausfall (AVBAAV 2005)

§ 1

Gegenstand und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherungsnehmer hat im Versicherungsfall Anspruch auf Versicherungsschutz aufgrund des abgeschlossenen Versicherungsvertrages.
- (2) Versicherungsfall ist die
 - völlige (100%ige) Arbeitsunfähigkeit eines versicherten Arbeitnehmers wegen Krankheit, Unfallfolgen, Kur- und Erholungsaufenthalten, Aufenthalt in Heil- und Pflegeanstalten, Rehabilitationszentren und Rekonvalenszentrenheimen;
 - völlige oder teilweise Arbeitsunfähigkeit einer versicherten Arbeitnehmerin wegen Mutterschaft.Der Versicherungsfall beginnt, wenn der versicherte Arbeitnehmer seine berufliche Tätigkeit nach objektivem ärztlichen Urteil nicht ausüben kann und auch nicht ausübt.
Der Versicherungsfall endet, wenn der versicherte Arbeitnehmer nach medizinischem Befund wieder arbeitsfähig ist oder eine berufliche Tätigkeit ausübt.
- (3) Kein Versicherungsfall ist die völlige (100%ige) Arbeitsunfähigkeit wegen
 - Pflegefreistellung gemäß § 16 UrlaubsgG;
 - völlige Arbeitsunfähigkeit wegen Mutterschutzes bzw. vorzeitigen Mutterschutzes.
- (4) Krankheit ist ein nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft anormaler körperlicher oder geistiger Zustand.
- (5) Unfall ist jedes vom Willen des versicherten Arbeitnehmers unabhängige Ereignis, das, plötzlich von außen, mechanisch oder chemisch einwirkend, eine körperliche Schädigung des versicherten Arbeitnehmers nach sich zieht.
- (6) Unter Arbeitnehmer im Sinne dieser Bedingungen sind Arbeiter, Angestellte und Lehrlinge zu verstehen. Nicht versicherbar sind geringfügig Beschäftigte.
- (7) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Versicherungsfälle in Österreich und während eines vorübergehenden Aufenthalts im Ausland.

§ 2

Abschluss des Versicherungsvertrages

- (1) Versicherungsnehmer können nur Arbeitgeber sein, die ihren Sitz in Österreich haben oder in der Hauptsache in Österreich tätig sind.
- (2) Der Antragsteller ist 6 Wochen an seinen Antrag gebunden. Die Frist beginnt mit dem Tag der Antragstellung bzw. mit der Absendung des Antrages.
- (3) Über die Antragsannahme entscheidet die Geschäftsleitung des Versicherers. Anträge können ohne Angabe von Gründen abgelehnt werden. Die Entscheidung ist dem Antragsteller schriftlich mitzuteilen. Mit der Zustellung (Aushändigung) der Police oder der schriftlichen Annahmeerklärung ist der Versicherungsvertrag abgeschlossen.

§ 3

Beginn und Ende des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem Monatsersten, der auf den Eingang der Antragstellung bzw. Anmeldung der Arbeitnehmer beim Versicherer folgt.
- (2) Der Versicherungsschutz endet hinsichtlich der versicherten Arbeitnehmer mit sofortiger Wirkung:
 - a) mit dem Ende des Versicherungsvertrages;
 - b) mit dem Ausscheiden aus dem Betrieb;
 - c) mit dem Tod;
 - d) bei Eintritt der dauernden Berufsunfähigkeit. Eine solche liegt vor, wenn eine Berufsunfähigkeit bzw. Invalidität von mehr als 50% gegeben ist;
 - e) durch Rücktritt oder fristlose Kündigung durch den Versicherer.

- (3) Der Versicherungsschutz endet (auch für laufende Versicherungsfälle) mit Ablauf des Versicherungsjahres:
- a) durch Kündigung durch den Versicherungsnehmer;
 - b) durch Kündigung durch den Versicherer;
 - c) bei Vollendung des 60. Lebensjahres bei Frauen und des 65. Lebensjahres bei Männern.

§ 4

Versicherungsperiode, Vertragsdauer

Als Versicherungsperiode gilt der Zeitraum eines Jahres. Der Vertrag verlängert sich jeweils um ein Jahr, wenn nicht 3 Monate vor Ablauf gekündigt wird.

§ 5

Art und Umfang der Versicherungsleistungen

- (1) Art und Umfang der Versicherungsleistungen ergeben sich aus der Polizze.
- (2) Die Leistung wird nach Abzug der vereinbarten Karenzfrist für die Dauer der Entgeltfortzahlung gemäß den Regelungen des Entgeltfortzahlungsgesetzes bzw. des Berufsausbildungsgesetzes erbracht.
- a) Für versicherte Arbeiter und Angestellte
 - ab Beginn des Arbeitsverhältnisses für höchstens 6 Wochen
 - nach 5-jähriger Betriebszugehörigkeit für höchstens 8 Wochen
 - nach 15-jähriger Betriebszugehörigkeit für höchstens 10 Wochen
 - nach 25-jähriger Betriebszugehörigkeit für höchstens 12 Wochen innerhalb eines Arbeitsjahres.

Angerechnete Vordienstzeiten sind bei der Berechnung der Leistungsdauer zu berücksichtigen.
Nach Ende des Anspruchs auf das volle Entgelt, ersetzt der Versicherer das halbe Entgelt für die Dauer von 4 Wochen.
Bei Entgeltfortzahlung wegen Mutterschaft wird die Leistung für höchstens 12 Wochen erbracht.
 - b) Für versicherte Lehrlinge wird eine Leistung für höchstens 4 Wochen innerhalb eines Lehrjahres erbracht. Nach Ende des Anspruchs auf die volle Lehrlingsentschädigung wird das Teilentgelt für die Dauer von höchstens 6 Wochen ersetzt.
- (3) Die Versicherungsleistung ist jedenfalls mit der Höhe der tatsächlichen Vergütung aus dem Titel „Entgeltfortzahlung“ des Arbeitgebers an den Arbeitnehmer begrenzt. Allfällige Zuschüsse der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt (AUVA) an den Arbeitgeber werden auf die Versicherungsleistung angerechnet.
- (4) In Fällen wiederkehrender Arbeitsunfähigkeit, ist die Karenzfrist in jedem Versicherungsfall für die Bemessung der Versicherungsleistung zu berücksichtigen.

§ 6

Einschränkung des Versicherungsschutzes

- (1) Vom Versicherungsschutz ausgenommen sind Versicherungsfälle:
- die vor Versicherungsbeginn begonnen haben;
 - die aufgrund eines missbräuchlichen Genusses von Alkohol oder Suchtgiften durch versicherte Arbeitnehmer eintreten oder verschlechtert werden oder deren Heilbehandlung infolge eines missbräuchlichen Genusses von Alkohol oder Suchtgiften wesentlich erschwert ist, sowie aufgrund Entziehungsmaßnahmen und Entziehungskuren;
 - wegen Anhaltung bzw. Unterbringung versicherter Arbeitnehmer wegen Selbst- oder Fremdgefährdung sowie wegen Heilbehandlung der Folgen von Selbstmordversuchen;
 - wegen Krankheiten und Unfällen sowie deren Folgen, die durch aktive Beteiligung versicherter Arbeitnehmer an Unruhen, durch schuldhaftige Beteiligung an Schlägereien oder bei der Begehung einer gerichtlich strafbaren Handlung, die Vorsatz voraussetzt, entstehen;
 - wegen auf Vorsatz versicherter Arbeitnehmer beruhender Krankheiten und Unfällen, einschließlich deren Folgen.
- (2) Krankheiten und Unfallfolgen, die vor Versicherungsbeginn entstanden sind aber erst nach Versicherungsbeginn zu einer Arbeitsunfähigkeit führen, sind in den Versicherungsschutz einbezogen, wenn keine Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht (§ 9) vorliegt oder der Versicherer auf die Beantwortung von Fragen zum Gesundheitszustand verzichtet.

§ 7

Anmeldung von Ansprüchen und Auszahlung der Versicherungsleistung

- (1) Der Versicherungsnehmer hat die Arbeitsunfähigkeit eines versicherten Arbeitnehmers unverzüglich nach deren Eintritt beim Versicherer schriftlich unter Vorlage einer ärztlichen Bestätigung zu melden.
Der Versicherungsnehmer hat auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Art und des Umfanges des Versicherungsschutzes erforderlich ist. Der Versicherungsnehmer ist insbesondere verpflichtet, eine ärztlich Bestätigung über die Ursache der Arbeitsunfähigkeit des betreffenden Arbeitnehmers vorzulegen, sowie den Beschäftigtenstand zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles bekanntzugeben.
Der Nachweis über den Fortbestand der Arbeitsunfähigkeit ist, unbeschadet des Rechtes des Versicherers, die Arbeitsunfähigkeit durch seine Vertrauensärzte feststellen zu lassen, durch wöchentliche Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung mit Diagnose zu erbringen.
- (2) Die Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit hat der Versicherungsnehmer ebenfalls mittels ärztlicher Bestätigung unverzüglich bekannt zu geben.
- (3) Die Auszahlung der Versicherungsleistung erfolgt aufgrund der angemeldeten Ansprüche.
Über Verlangen des Versicherers sind die tatsächliche Auszahlung der Entgeltfortzahlung an den Arbeitnehmer sowie ein all-fälliger Zuschuss der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt (AUVA) vom Versicherungsnehmer nachzuweisen.
- (4) Die Ansprüche auf Versicherungsleistungen können ohne Zustimmung des Versicherers weder verpfändet noch abgetreten werden.
Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, wenn es sich um Gegenforderungen handelt, die im rechtlichen Zusammenhang mit seiner Forderung stehen und die gerichtlich festgestellt oder vom Versicherer anerkannt worden sind.
- (5) Geldleistungen des Versicherers sind mit Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfanges der Leistung nötigen Erhebungen fällig. Die Fälligkeit tritt jedoch unabhängig davon ein, wenn der Versicherungsnehmer nach Ablauf zweier Monate seit dem Begehren nach einer Geldleistung eine Erklärung des Versicherers verlangt, aus welchen Gründen die Erhebungen noch nicht beendet werden konnten, und der Versicherer diesem Verlangen nicht binnen eines Monats entspricht.
- (6) Der Versicherer ist von der Pflicht zur Leistung frei, wenn der Anspruch auf die Leistung nicht innerhalb 1 Jahres gerichtlich geltend gemacht wird. Die Frist beginnt erst, nachdem der Versicherer dem Versicherungsnehmer gegenüber den erhobenen Anspruch schriftlich abgelehnt hat. Die Entscheidung des Versicherers muss zumindest mit Anführung einer der Ablehnung derzeit zugrunde gelegten Tatsache und der gesetzlichen oder vertraglichen Bestimmung begründet sein und die Angabe der mit dem Ablauf der Frist verbundenen Rechtsfolge enthalten; sie ist für die Dauer von Vergleichsverhandlungen über den erhobenen Anspruch und für die Zeit, in der der Versicherungsnehmer ohne sein Verschulden an der rechtzeitigen gerichtlichen Geltendmachung des Anspruchs gehindert ist, gehemmt.
- (7) Die Ansprüche auf die Versicherungsleistungen verjähren in 3 Jahren. Steht der Anspruch einem Dritten zu, so beginnt die Verjährung zu laufen, sobald diesem sein Recht auf die Leistung des Versicherers bekannt geworden ist; ist dem Dritten dieses Recht nicht bekannt geworden, so verjähren seine Ansprüche erst nach 10 Jahren. Ist ein Anspruch des Versicherungsnehmers beim Versicherer angemeldet, 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 der gesetzlichen oder vertraglichen Bestimmung begründet ist. Nach 10 Jahren tritt jedoch die Verjährung jedenfalls ein.

§ 8

Pflichten des Versicherungsnehmers

A. Prämien, Gebühren und Abgaben

- (1) Prämien und Gebühren richten sich nach der Police.

Die Prämie ist eine Jahresprämie und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Sie ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres vom Versicherungsnehmer zu entrichten, kann aber auch in gleichen monatlichen Prämienraten bezahlt werden, die jeweils bis zur Fälligkeit der Prämienrate gestundet gelten. Die Prämienraten sind am 1. eines jeden Monats fällig. Die erste Prämie ist spätestens bei Aushändigung bzw. Angebot des Versicherungsvertrages bzw. der Police/Annahmeerklärung und Aufforderung zur Prämienzahlung fällig.

- (2) Am Ende des Versicherungsjahres erfolgt eine Prämienabrechnung aufgrund des tatsächlichen, jährlichen Entgeltes unter Berücksichtigung der Veränderungen im Mitarbeiterstand. Entsprechende Unterlagen und Aufzeichnungen sind durch den Versicherungsnehmer rechtzeitig an den Versicherer zu übermitteln. Mehr- oder Minderzahlungen für das abgelaufene Versicherungsjahr sind auszugleichen.

Auf Grundlage der oben genannten Unterlagen und Aufzeichnungen erfolgt die Berechnung der Prämie für das nächste Versicherungsjahr.

B. Zahlungsverzug und dessen Folgen

- (3) Wird die erste Prämie oder die erste Prämienrate nicht innerhalb von 14 Tagen nach dem Abschluss des Versicherungsvertrages bzw. Aushändigung der Polizza/Annahmeerklärung und Aufforderung zur Prämienzahlung gezahlt, so kann der Versicherer, solange die Zahlung nicht erfolgt ist, vom Vertrag zurücktreten. Es gilt als Rücktritt, wenn der Anspruch auf die Prämie nicht innerhalb von 3 Monaten vom Fälligkeitstag an gerichtlich geltend gemacht wird.
- (4) Wird in der Folge eine fällige Prämie oder eine fällige Prämienrate nicht rechtzeitig gezahlt, so kann der Versicherer den Versicherungsnehmer unter Angabe der Höhe der Prämien- und Kostenschuld und der Rechtsfolgen weiterer Säumnis schriftlich auffordern, die Schuld innerhalb einer Zahlungsfrist von 2 Wochen, vom Empfang der Aufforderung an gerechnet, an die vom Versicherer bezeichnete Stelle ohne Abrechnung von Überweisungsspesen zu bezahlen. Neben Postgebühr und Mahnkosten können Verzugszinsen in gesetzlicher Höhe eingehoben werden.
- (5) Tritt der Versicherungsfall nach Ablauf der Zahlungsfrist ein und ist der Versicherungsnehmer zu dieser Zeit mit der Zahlung der Prämien in Verzug, 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. Die Leistungspflicht des Versicherers lebt nach Zahlung aller rückständigen Prämien wieder auf, jedoch besteht für Versicherungsfälle, die nach Ablauf der Zahlungsfrist und vor Nachzahlung der rückständigen Prämien eingetreten sind, und deren Folgen kein Anspruch auf Leistung.
- (6) Ist der Versicherungsnehmer bloß mit nicht mehr als 10% der Jahresprämie, höchstens aber mit dem in §39a VersVG genannten Betrag (derzeit EUR 60,-) in Verzug, so tritt die in Abs. 5 vorgesehene Leistungsfreiheit des Versicherers nicht ein.
- (7) Der Versicherer ist berechtigt, den Vertrag ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist zu kündigen, wenn der Versicherungsnehmer nach Ablauf der Frist gemäß Abs. 4 mit der Zahlung in Verzug ist. Der Versicherer kann bereits bei der Bestimmung der Zahlungsfrist den Vertrag so kündigen, dass die Kündigung mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer in diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist.
- (8) Die Wirkungen der Kündigung fallen fort, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach Kündigung, oder falls die Kündigung mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach dem Ablauf der Zahlungsfrist, die Zahlung nachholt.
- (9) Die Nichtzahlung von Zinsen und Kosten löst die Rechtsfolgen gemäß Abs. 5 und 7 nicht aus.

§ 9

Obliegenheiten

A. Anzeigepflicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages

- (1) Der Versicherungsnehmer hat bei der Antragstellung und zwischen Antragstellung und Zustellung (Aushändigung) der Polizza/Annahmeerklärung alle erheblichen Gefahrenumstände anzuzeigen. Jeder Gefahrenumstand, nach dem der Versicherer ausdrücklich in schriftlicher Form gefragt hat, gilt im Zweifel als erheblich.

Im Fall von Kleinbetrieben haben die Arbeitnehmer die vollständig beantworteten und unterschriebenen Gesundheitsfragen dem Versicherer zu übermitteln. Als Kleinbetrieb gilt ein Betrieb, wenn im Jahresdurchschnitt nicht mehr als 5 Arbeitnehmer beschäftigt werden.

B. Folgen der Verletzung der Anzeigepflicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages

- (2) Hat der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht über erhebliche Gefahrenumstände schuldhaft verletzt, so kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten. Die Anzeigepflicht ist auch dann verletzt, wenn Fragen um Gefahrenumstände unvollständig beantwortet werden. Dies gilt sinngemäß, wenn Arbeitnehmer des Versicherungsnehmers die Gesundheitsfragen schuldhaft unrichtig oder unvollständig beantwortet haben.
- (3) Der Rücktritt vom Vertrag ist innerhalb eines Monats von dem Tag an zulässig, an dem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erlangt hat.

- (4) Tritt der Versicherer zurück, nachdem ein Versicherungsfall eingetreten ist, so bleibt der Versicherungsschutz bestehen, wenn der Umstand, in Ansehung dessen die Anzeigepflicht verletzt wurde, keinen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalles oder soweit er keinen Einfluss auf den Umfang des Versicherungsschutzes gehabt hat. Der Versicherer kann jedoch die Rückzahlung der Leistungen verlangen, die sich auf Tatsachen beziehen, die zum Rücktritt geführt haben.
- (5) Das Recht des Versicherers, den Vertrag wegen Arglist anzufechten, wird durch die vorstehenden Bestimmungen nicht berührt.
- (6) Bei schuldloser Verletzung der Anzeigepflicht kann der Versicherer, wenn der Geschäftsplan bei Vorliegen der ihm unbekannt gebliebenen Gefahrenumstände eine höhere Prämie vorsieht, von Beginn des laufenden Versicherungsjahres an die entsprechend höhere Prämie verlangen.
Wird die höhere Gefahr nach den für den Geschäftsbetrieb des Versicherers maßgebenden Grundsätzen auch gegen eine höhere Prämie nicht übernommen, so kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von 1 Monat kündigen.

C. Sonstige Obliegenheiten des Versicherungsnehmers während des Bestehens des Versicherungsvertrages

- (7) Schließt der Versicherungsnehmer für die Arbeitnehmer des versicherten Betriebes einen Versicherungsvertrag ab, der Versicherungsschutz wie in diesem Vertrag vorsieht, so ist der Versicherer vom weiteren Versicherungsvertrag unverzüglich zu unterrichten.
- (8) Der Versicherungsnehmer hat jede Änderung, die Auswirkungen auf Inhalt und Umfang des Versicherungsschutzes hat, dem Versicherer unverzüglich mitzuteilen.

Der Versicherungsnehmer hat dem Versicherer insbesondere unverzüglich mitzuteilen, wenn die im Antrag anzugebende Anzahl der versicherten Arbeitnehmer im Unternehmen des Versicherungsnehmers

- a) die Zahl von 50 übersteigt, oder
- b) die Zahl von 51 unterschreitet.

a) Überschreitet die Anzahl der versicherten Arbeitnehmer im Unternehmen des Versicherungsnehmers die Zahl von 50, ist die zur Zeit der Veränderung gültige höhere tarifliche Prämie, zu bezahlen. Es besteht jedoch für die Dauer von drei Monaten ab dem Zeitpunkt, zu dem dem Versicherer die Anzeige hätte zugehen müssen, voller Versicherungsschutz zur bisherigen Prämie.

b) Unterschreitet die Anzahl der versicherten Arbeitnehmer im Unternehmen des Versicherungsnehmers die Zahl von 51, ist vom Zugang der Anzeige an die zur Zeit der Veränderung gültige niedrigere tarifliche Prämie zu bezahlen.

D. Folgen der Versäumnis der Anmeldung von Ansprüchen und bei Verletzung sonstiger Obliegenheiten während des Bestehens des Versicherungsvertrages

- (9) Erfolgt die in § 7 bezeichnete Meldung der Arbeitsunfähigkeit nicht unverzüglich, so gilt als erster Tag der Arbeitsunfähigkeit der Tag, an dem die Anzeige beim Versicherer eingeht. Ist die rechtzeitige Meldung vorsätzlich oder grob fahrlässig unterblieben, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei. Wird die Meldepflicht 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 des Umfangs der dem Versicherer obliegenden Leistung Einfluss gehabt hat.
Dies gilt sinngemäß, wenn der Versicherungsnehmer unrichtige Angaben zum Beschäftigtenstand macht.
- (10) Wird die in Abs. 7 genannte Informationspflicht schuldhaft verletzt, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung befreit. Der Versicherer kann überdies den Versicherungsvertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Obliegenheitsverletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen. Kündigt der Versicherer innerhalb 1 Monats nicht, so kann er sich auf die Leistungsfreiheit nicht berufen.
- (11) Unterlässt der Versicherungsnehmer die Mitteilung, dass der Beschäftigtenstand die Zahl von 50 überstiegen hat (Abs. 8, lit. a) und tritt nach Ablauf der drei Monate ein Versicherungsfall ein, ohne dass Einigung über die Mehrprämie erreicht worden wäre, wird die Versicherungsleistung in dem Ausmaß reduziert, in dem die tatsächlich berechnete Prämie hinter der für den neuen Beschäftigtenstand erforderlichen Prämie zurückbleibt.

§ 10

Kündigung durch den Versicherungsnehmer

- (1) Der Versicherungsnehmer hat das Recht, den Versicherungsvertrag zum Ende eines Versicherungsjahres frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer, mit einer Frist von 3 Monaten zu kündigen.
Das Versicherungsjahr richtet sich nach dem Beginn des Versicherungsvertrages.
- (2) Nach Eintritt des Versicherungsfalles kann der Versicherungsnehmer den Versicherungsvertrag kündigen, wenn der Versicherer einen gerechtfertigten Anspruch ablehnt oder seine Anerkennung verzögert.

In diesen Fällen ist die Kündigung vorzunehmen innerhalb eines Monats

- nach Ablehnung des gerechtfertigten Anspruches auf die Versicherungsleistung;
- nach Rechtskraft des Urteiles im Falle eines Rechtsstreites vor Gericht;
- nach Fälligkeit der Versicherungsleistung bei Verzögerung der Anerkennung (§ 7).

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

- (3) Die Kündigung muss schriftlich erfolgen und ist an die Geschäftsleitung des Versicherers zu richten.

§ 11

Kündigung durch den Versicherer

- (1) Der Versicherer hat das Recht, den Versicherungsvertrag zum Ende eines jeden Versicherungsjahres unter Einhaltung einer 3-monatigen Frist zu kündigen.
- (2) Wird über das Vermögen des Versicherungsnehmers ein Insolvenzverfahren eröffnet, so hat der Versicherer das Recht, den Versicherungsvertrag mit einer Frist von 1 Monat zu kündigen.
- (3) Falls der Versicherungsnehmer einen Anspruch arglistig erhoben hat, kann der Versicherer mit sofortiger Wirkung kündigen.

§ 12

Sonstige Beendigungsgründe

- (1) Der Versicherungsvertrag endet mit dem Fortfall jeglicher unternehmerischer Tätigkeit des Versicherungsnehmers bzw. mit Schließung der versicherten Betriebsstätte.
- (2) Der Versicherungsvertrag endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers bzw. bei juristischen Personen mit der Liquidation der Gesellschaft.
- (3) Der Versicherungsvertrag endet ferner durch Verlegung des Sitzes bzw. der unternehmerischen Tätigkeit des Versicherungsnehmers ins Ausland.

§ 13

Form und Empfänger von Willenserklärungen und Anzeigen

- (1) Alle für den Versicherer bestimmten Anzeigen und Erklärungen sind gültig, wenn sie schriftlich erfolgen und beim Versicherer eingelangt sind. Die Erklärungen des Versicherers erfolgen ebenfalls schriftlich.
- (2) Hat der Versicherungsnehmer seinen Sitz gewechselt, dies aber nicht dem Versicherer mitgeteilt, so genügt zur Rechtswirksamkeit von Willenserklärungen des Versicherers dem Versicherungsnehmer gegenüber die Absendung eines eingeschriebenen Briefes an die letzte bekannt gegebene Anschrift.

§ 14

Erfüllungsort, Gerichtsstand

- (1) Erfüllungsort für die beiderseitigen Verpflichtungen aus dem Versicherungsvertrag ist der Sitz des Versicherers.

- (2) Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Sitz des Versicherers oder bei dem Gericht des Ortes anhängig gemacht werden, wo der Vermittlungsagent zur Zeit der Vermittlung seine gewerbliche Niederlassung oder in Ermangelung einer solchen seinen Wohnsitz hatte.
- (3) Für Klagen gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht örtlich zuständig, in dessen Sprengel der Versicherungsnehmer seinen Sitz hat.

§ 15

Änderung der Versicherungsbedingungen und Tarife

- (1) Gemäß § 178f VersVG ist der Versicherer berechtigt, nach Vertragsabschluss die Prämie oder den Versicherungsschutz einseitig einseitig zu ändern, wenn mindestens einer der folgenden Umstände gegeben ist:
 - a) Änderung der durchschnittlichen Lebenserwartung
 - b) Änderung der Häufigkeit der Inanspruchnahme von Leistungen nach Art der vertraglich vorgesehenen und deren Aufwendigkeit, bezogen auf die versicherten Arbeitnehmer des Versicherungsnehmers.
 - c) Änderung des Gesundheitswesens oder der dafür geltenden gesetzlichen Bestimmungen.
- (2) Erhöht der Versicherer die Prämie gemäß Abs. 1, so hat er den Versicherungsnehmer auf dessen Verlangen die Fortsetzung des Vertrages mit höchstens gleich bleibender Prämie und angemessen geänderten Leistungen anzubieten. Die Erklärung einer rückwirkenden Änderung der Prämie oder des Versicherungsschutzes ist unwirksam; die Erklärung wirkt ab dem der Absendung folgenden Monatsersten.

Information zur Datenanwendung (gemäß § 24 DSGVO)

Sehr geehrter Kunde,

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

1. Zweck der Datenanwendung

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

Datenverarbeitung beim Versicherer

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

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

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

Übermittlung von nichtsensiblen Daten

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

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

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

Übermittlung von Gesundheitsdaten

Gesundheitsdaten werden grundsätzlich nur gemäß § 11 a Versicherungsvertragsgesetz verwendet und ohne Ihre im Einzelfall ausdrücklich erteilte Zustimmung, nur an folgende Empfänger übermittelt:

untersuchende oder behandelnde Ärzte und Krankenanstalten oder sonstige Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge, Sozialversicherungsträger, Rück- oder Mitversicherer, andere Versicherer, die bei der Abwicklung von Ansprüchen aus dem Versicherungsfall mitwirken, gesetzliche oder von Ihnen hiezu bevollmächtigte Vertreter Gerichte, Verwaltungsbehörden, Schlichtungsstellen oder sonstige Einrichtungen der Streitbeilegung und ihre Organe (z.B. Patientenanwalt) einschließlich der von ihnen bestellten Sachverständigen.

Verwendung von Daten in der Unternehmensgruppe und bei Kooperationspartnern

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

Die wichtigsten Gesellschaften unserer Unternehmensgruppe sind zurzeit:
Generali Holding Vienna AG, Wien
Generali Versicherung AG, Wien
Generali Bank AG, Wien

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

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

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

Die Zusammenarbeit besteht dabei in der gegenseitigen Vermittlung der jeweiligen Produkte und der weiteren Betreuung der so gewonnenen Kunden. So vermitteln z.B. die genannten Kooperationspartner im Rahmen ihrer Kundenberatung/-betreuung unsere Versicherungen als Ergänzung zu den eigenen Finanzdienstleistungsprodukten. An Kooperationspartner werden nur jene Kundendaten weitergeleitet, die sie für die Bearbeitung eines beantragten oder bereits bestehenden Vertrages unbedingt benötigen; eine Weitergabe von Kundendaten ausschließlich zu Werbezwecken erfolgt jedoch nicht. **Sensible Daten, wie z.B. über Ihren Gesundheitszustand, werden an Kooperationspartner keinesfalls übermittelt.**

Übermittlungen an Vermittler/Berater

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

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

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

2. Widerruf der Zustimmungserklärung und Widerspruch gegen die Datenverarbeitung

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

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

3. Informationsverbundsystem des Versicherungsverbandes

Beim Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs, 1030 Wien, Schwarzenbergplatz 7, ist ein Informationsverbundsystem unter der Bezeichnung „ZIS“, eingerichtet. Über dieses Informationsverbundsystem werden in der Personenversicherung (Leben, Kranken, Unfall) zum Zwecke der Antragsprüfung Personenidentifikationsdaten und in den anderen Versicherungszweigen darüber hinaus Daten zum Versicherungsfall auch zum Zwecke der Leistungsbearbeitung an die am ZIS angeschlossenen Versicherer übermittelt. In der Kfz-Haftpflichtversicherung dient diese Datenübermittlung auch der Prämieinstufung im Bonus/Malussystem.

4. Nichtbeantwortung von Fragen

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

5. Entbindung von der Verschwiegenheitspflicht

Die Ermittlung von Gesundheitsdaten bedarf nicht nur der Zustimmung gemäß DSGVO, 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, Krankenhäuser und von sonstigen Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge sowie von Sozialversicherungsträgern oder anderen Versicherungsunternehmen und Behörden von ihrer gesetzlichen Verschwiegenheitspflicht enthalten.

Sie sind auch diesbezüglich berechtigt Ihre Zustimmungserklärung jederzeit zu widerrufen; in diesem Fall müssen jedoch alle erforderlichen Auskünfte von Ihnen selbst eingeholt werden und eine Direktverrechnung mit Ärzten oder Krankenanstalten ist dann nicht mehr möglich.

6. Weitere Auskünfte und Erläuterungen

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

Die jeweils aktuelle Version dieses Informationsblattes finden im Internet unter: <http://datenschutz.generali.at>

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

