



Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die kurzfristige Auslandsreisekrankenversicherung (AVBAR 2007)

Inhaltsverzeichnis

§ 1 Gegenstand und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes	2
§ 2 Art und Umfang der Versicherungsleistungen	2
§ 3 Einschränkung des Versicherungsschutzes	5
§ 4 Abschluss des Versicherungsvertrages	7
§ 5 Prämien, Gebühren und Abgaben	7
§ 6 Obliegenheiten	8
§ 7 Ansprüche gegen Dritte	9
§ 8 Auszahlung der Versicherungsleistungen	9
§ 9 Form und Empfänger von Willenserklärungen und Anzeigen	10
§ 10 Erfüllungsort, Gerichtsstand, geltendes Recht und Aufsichtsbehörde	10
Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz 1958 (VersVG)	11



§ 1

Gegenstand und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

- (1) Versicherungsschutz besteht für die in der Polizza bzw. Versicherungsbestätigung näher bezeichneten Personen.
- (2) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem vereinbarten Zeitpunkt, jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages bzw. der Zahlung der Prämie und nicht vor Antritt der Reise in den vereinbarten örtlichen Geltungsbereich.

Der Versicherungsschutz endet – auch für laufende Versicherungsfälle – bei vereinbartem örtlichen Geltungsbereich

- „Österreich“ mit der nicht nur vorübergehenden Ausreise, spätestens mit Ablauf der vereinbarten Versicherungszeit;
- „Europa“ oder „weltweit“ mit Ablauf der vereinbarten Versicherungszeit.

Wenn sich der vorübergehende Aufenthalt über das Ende der ursprünglich vereinbarten Versicherungszeit hinaus verlängert, kann vor deren Ablauf die Vertragslaufzeit bis zur tariflichen Höchstversicherungsdauer verlängert werden. Bei einer Verlängerung besteht Versicherungsschutz nur für Versicherungsfälle, die nach dem Tag der Beantragung der Verlängerung (Datum und Uhrzeit des Poststempels) neu eingetreten sind.

- (3) Der vereinbarte örtliche Geltungsbereich ist auf der Polizza beschrieben.
- (4) **Versicherungsfall**

Die Generali erstattet im Rahmen des gewählten Tarifes die nachgewiesenen Kosten, die im Zusammenhang mit einer akuten Erkrankung, einem Unfall oder dem Tod der versicherten Person während eines Aufenthaltes im vereinbarten örtlichen Geltungsbereich entstehen.

Krankheit ist ein nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft anormaler körperlicher oder geistiger Zustand.

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

§ 2

Art und Umfang der Versicherungsleistungen

- (1) Art und Umfang des Versicherungsschutzes ergeben sich aus der Polizza (Versicherungsbestätigung), dem Tarif, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen und den gesetzlichen Bestimmungen.



- (2) Die vereinbarten Versicherungsleistungen werden im notwendigen Ausmaß erbracht. Übersteigen die geltend gemachten Kosten das notwendige Maß, ist die Generali berechtigt, die Erstattung auf das angemessene Maß herabzusetzen.

(3) **Kosten für Bergung und Transport**

Die Generali ersetzt die nachgewiesenen Kosten

- der notwendigen Bergung, wenn die versicherte Person einen Unfall erlitten hat, akut erkrankt oder in Berg- bzw. Wassernot geraten ist und des Transports bis zur nächstgelegenen geeigneten medizinischen Einrichtung (Arzt, Krankenhaus), sowie
- eines medizinisch begründeten Verlegungstransports in ein anderes Krankenhaus, bis zum vereinbarten Höchstbetrag.

(4) **Kosten der Heilbehandlung**

Heilbehandlung ist eine medizinische Behandlung, die nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft geeignet erscheint, die Gesundheit wiederherzustellen, den Zustand zu bessern oder eine Verschlechterung zu verhindern.

Die Heilbehandlung endet, wenn nach medizinischem Befund die Notwendigkeit der Heilbehandlung nicht mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolgen ausgedehnt werden, die mit der (den) bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängen, so entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall.

1. Als Kosten der Heilbehandlung sind zu verstehen

- die Arztkosten für medizinisch notwendige ambulante Heilbehandlung und die Kosten ärztlich verordneter Heilmittel;
- die Kosten der medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in Krankenanstalten und die Kosten des Transportes in die nächstgelegene Krankenanstalt und zurück.

Bei Behandlung durch Ehegatten, Eltern oder Kinder der versicherten Person werden nur die nachgewiesenen Sachkosten erstattet.

2. **Ambulante Heilbehandlung**

2.1. Die Generali ersetzt die nachgewiesenen Kosten der ambulanten Heilbehandlung sowie der Behandlung akuter Zahnerkrankungen oder –verletzungen (Erstversorgung und Schmerztherapie).

2.2. Die versicherte Person hat freie Wahl unter den Ärzten, die nach dem für das jeweilige Aufenthaltsland geltenden Recht zur selbständigen Ausübung des ärztlichen Berufes zugelassen sind.

2.3. Die Kosten der im Rahmen einer Heilbehandlung ärztlich verordneten, dem Arzneimittelrecht des jeweiligen Aufenthaltslandes entsprechenden und in diesem registrierten und aus einer Apotheke oder nach dem Recht des jeweiligen Aufenthaltslandes zugelassenen Abgabestelle bezogenen Arzneimittel (Heilmittel) werden ersetzt.

Keinesfalls erstattet werden die Kosten für Heil- und Mineralwässer, Medizinalweine, Nähr- und Stärkungsmittel, geriatrische Mittel, Tonika und kosmetische Mittel.



3. Stationäre Heilbehandlung

3.1. Die Generali ersetzt die nachgewiesenen Kosten der medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung

- **in Österreich:** auf der allgemeinen Gebührenklasse in öffentlichen Krankenanstalten;
- **außerhalb Österreichs:** in öffentlichen Krankenanstalten.

Ist aufgrund der Dringlichkeit der stationären Heilbehandlung das Aufsuchen einer öffentlichen Krankenanstalt nicht möglich oder konnte die versicherte Person auf die Auswahl des Krankenhauses keinen Einfluss nehmen, ersetzt die Generali die nachgewiesenen Kosten der medizinisch notwendigen Heilbehandlung auch in nichtöffentlichen Krankenanstalten. Diese Leistungspflicht endet in dem Zeitpunkt, zu dem eine Verlegung in eine öffentliche Krankenanstalt medizinisch vertretbar ist.

3.2. Bei einer medizinisch notwendigen Verlegung in ein Krankenhaus zur stationären Heilbehandlung und bei einem notwendigen Transport an den zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles aktuellen Aufenthaltsort werden die Kosten für den Transport durch ein geeignetes und den Umständen nach gebotenes Transportmittel eines nach dem für das jeweilige Aufenthaltsland geltenden Recht entsprechend konzessioniertes Unternehmen ersetzt.

(5) Mehrkosten der Rückreise

der versicherten Person:

Die Generali erstattet die Mehrkosten für die Rückreise der versicherten Person, wenn infolge einer akuten Erkrankung oder eines Unfalles der versicherten Person die planmäßige Rückreise aus dem vereinbarten örtlichen Geltungsbereich nicht erfolgen kann (z.B. Verfall einer Fahrkarte, notwendige Benützung eines Krankenwagens oder des Flugzeugs) bis zum vereinbarten Höchstbetrag.

mitreisender Personen:

Die Generali erstattet die Kosten der Rückreise einer versicherten mitreisenden Person, wenn diese ihren geplanten Aufenthalt aufgrund eines Rücktransportes oder einer Überführung der versicherten Person vorzeitig beenden oder aufgrund eines Krankenhausaufenthaltes der versicherten Person verlängern muss. Die Rückreise mit einem Verkehrsmittel der ursprünglich gebuchten Kategorie wird zum ehestmöglichen Zeitpunkt organisiert. Die Generali ersetzt die mit der Rückreise verbundenen Mehrkosten (z.B. Verfall einer Fahrkarte, notwendige Benützung der Eisenbahn oder des Flugzeuges) bis zum vereinbarten Höchstbetrag.

mitreisender Kinder:

Können mitreisende Kinder unter 15 Jahren während des versicherten Aufenthaltes im vereinbarten örtlichen Geltungsbereich infolge akuter Erkrankung, Unfalls oder Todes der versicherten Person weder von dieser noch von einer anderen mitreisenden Person betreut werden, sorgt die Generali für Abholung und Rückreise der Kinder mit einer Begleitperson an deren ständigen Wohnort und trägt die hierdurch entstehenden Kosten bis zum vereinbarten Höchstbetrag.



(6) Rücktransport

Nottransport

Die Generali organisiert den medizinisch begründeten und ärztlich angeordneten Nottransport der versicherten Person, mit medizinisch adäquaten Transportmitteln (einschließlich Ambulanzflugzeug) und ersetzt die damit verbundenen Kosten.

Medizinisch begründet ist ein Nottransport, wenn eine lebensbedrohende Erkrankung bzw. Unfallverletzung vorliegt, die ärztliche Versorgung am Aufenthaltsort unzureichend ist oder die voraussichtliche Dauer der Krankenhausbehandlung 4 Wochen übersteigt.

Krankenhausaufenthalt von mindestens 3 Tagen

Nach einem mindestens dreitägigen Krankenhausaufenthalt organisiert die Generali die Rückreise zum ehestmöglichen Zeitpunkt auch ohne medizinische Notwendigkeit und ersetzt die damit verbundenen Kosten. Je nach Zustand der versicherten Person hat die Rückreise mit dem adäquaten Verkehrsmittel (Eisenbahn, Autobus, Rettungsauto, Flugzeug) erforderlichenfalls mit Arztbegleitung jedoch nicht mit einem Ambulanzflugzeug zu erfolgen.

(7) Überführung im Todesfall

Im Todesfall nach einer akuten Erkrankung oder nach einem Unfall werden die Kosten der Überführung oder die Kosten der Bestattung im Aufenthaltsland zum Zeitpunkt des Todesfalls ersetzt.

(8) Selbstbehalt

Hat der Versicherungsnehmer bei Vertragsabschluss angegeben, dass die versicherte Person in Österreich gesetzlich krankenversichert ist oder einen derartigen Sozialversicherungsschutz in einem Vertragsstaat der EU oder des EWR genießt und ist dies bei Inanspruchnahme der Leistung tatsächlich nicht (mehr) der Fall, werden die Leistungen gemäß Abs. 3 – 7 abzüglich eines Selbstbehalts erbracht.

Dieser Selbsthalt entspricht der vereinbarten Prämie und wird einmal innerhalb der Versicherungszeit angewendet.

§ 3

Einschränkung des Versicherungsschutzes

Kein Versicherungsschutz besteht für

- Krankheiten und Unfälle sowie deren Folgen, die aufgrund eines missbräuchlichen Genusses von Alkohol oder Suchtgiften (Morphium, Kokain usw.) eintreten oder verschlechtert werden oder deren Heilbehandlung infolge eines missbräuchlichen Genusses von Alkohol oder Suchtgiften wesentlich erschwert ist, sowie für Entziehungsmaßnahmen und Entziehungskuren;
- Anhaltung bzw. Unterbringung wegen Selbst- oder Fremdgefährdung, Heilbehandlung der Folgen von Selbstmordversuchen sowie Selbstmord;



- Krankheiten und Unfälle sowie deren Folgen, die durch Kriegereignisse jeder Art oder aktive Beteiligung an Unruhen oder schuldhaftige Beteiligung an Schlägereien oder bei der Begehung einer gerichtlich strafbaren Handlung, die Vorsatz voraussetzt, entstehen;
- auf Vorsatz des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person beruhende Krankheiten und Unfälle, einschließlich deren Folgen; hat der Versicherungsnehmer die Krankheit oder den Unfall der versicherten Person vorsätzlich herbeigeführt, so bleibt die Generali dieser gegenüber zur Leistung verpflichtet, der Schadenersatzanspruch der versicherten Person an den Versicherungsnehmer geht jedoch auf die Generali über;
- Behandlungen, die ausschließlicher oder teilweiser Grund für den Aufenthalt im vereinbarten Geltungsbereich waren;
- Verschlimmerungen bereits bestehender Erkrankungen und Unfallfolgen, mit denen aufgrund des Gesundheitszustandes der versicherten Person und Art / Dauer des Aufenthalts im vereinbarten Geltungsbereich gerechnet werden musste;
- bestehende Erkrankungen und Unfallfolgen, deren Behandlung während des Aufenthalts im vereinbarten Geltungsbereich aufgrund des bekannten Verlaufs zu erwarten war bzw. aufgrund eines Therapieplans erfolgt;
- Entbindung, Fehlgeburt oder Schwangerschaftsunterbrechung sowie eine mit der Schwangerschaft in Verbindung stehende medizinisch notwendige Heilbehandlung;
- kosmetische Behandlungen und Operationen und deren Folgen sowie Geschlechtsumwandlungen;
- konservierende oder prothetische Zahnbehandlungen und Zahnimplantationen und deren Folgen sowie auch damit im ursächlichen Zusammenhang stehende vorbereitende Maßnahmen (ausgenommen Behandlungen gemäß § 2 Abs 4, Pkt. 2.1.);
- nichtärztliche Hauspflege sowie Maßnahmen der Geriatrie, der Rehabilitation und der Heilpädagogik;
- durch Pflegebedürftigkeit bedingte Hilfe und Betreuung;
- die Inanspruchnahme ortsgebundener Heilverfahren (Kuren);
- alle Formen der künstlichen Befruchtung (z.B. In vitro Fertilisation, Insemination);
- Heilbehelfe (z.B. Brillen, Mieder, Prothesen);
- Impfungen, ärztliche Gutachten und Atteste;



§ 4

Abschluss des Versicherungsvertrages

- (1) Je nachdem welche Abschlussmöglichkeit die Generali zur Verfügung stellt, kommt der Vertrag wie folgt zustande:
 - a. Der Versicherungsvertrag kommt mit der Annahme des ordnungsgemäß ausgefüllten Antragsformulars (z.B. mit Aushändigung der Polizze) zustande.
 - b. Wird die Versicherung auf dem von der Generali dafür vorgesehenen und gültigen Formular beantragt und die vorgesehene Einzugsermächtigung erteilt, so gilt der Vertrag, vorbehaltlich des Eingangs des ordnungsgemäß ausgefüllten Formulars bereits mit dem Tag der Absendung (Datum des Poststempels) als zustandegekommen. Ordnungsgemäß ausgefüllt ist das Formular nur dann, wenn es eindeutige und vollständige Angaben über Beginn und Dauer des Versicherungsvertrages, die versicherten Personen und die entsprechenden Prämien enthält. Die Versicherungsdauer muss sich außerdem in dem tariflich zulässigen Rahmen halten. Als Polizze gilt die dem Antragsteller verbliebene Durchschrift des Formulars.
 - c. Wird die Versicherung auf elektronischem Weg mit dem bereitgestellten Online-Formular beantragt und die Einzugsermächtigung erteilt, so gilt der Vertrag, vorbehaltlich des Eingangs des vollständig ausgefüllten Online-Formulars bei der Generali, bereits mit dem Tag der Absendung (Datum des Email-Versands) als zustandegekommen. Als Polizze gilt die dem Antragsteller auf elektronischem Weg übermittelte Versicherungsbestätigung.
- (2) Für nach den Annahmerichtlinien der Generali nicht versicherbare Personen, kommt der Versicherungsvertrag auch nicht durch Einzahlung oder Entgegennahme der Prämie zustande. Wird für eine nichtversicherte Person dennoch eine Prämie gezahlt, wird diese – unter Abzug einer Geschäftsgebühr – auf Antrag zurückgezahlt.
- (3) Der Versicherungsvertrag muss vor Antritt der Reise in den vereinbarten örtlichen Geltungsbereich abgeschlossen werden.
Andernfalls besteht kein Versicherungsschutz, auch wenn eine Prämienzahlung erfolgt ist. Die bezahlte Prämie wird dann – unter Abzug einer Geschäftsgebühr – zurückgezahlt. Das Datum des Reiseantritts bzw. der Einreise ist auf Verlangen glaubhaft zu machen.

Dies gilt nicht für kurzfristige Krankenversicherungen für Aufenthalte in Österreich (Tarif 7RB).

§ 5

Prämien, Gebühren und Abgaben

- (1) Die Prämie ist für die gesamte Vertragsdauer bei Abschluss des Vertrages zu zahlen. Bei einer Verlängerung der ursprünglich vereinbarten Vertragsdauer ist die Mehrprämie für die zusätzliche Vertragsdauer bei Stellung des Antrags auf Verlängerung zu entrichten.



- (2) Allfällige Abgaben (Steuern) aus dem Versicherungsvertrag trägt der Versicherungsnehmer. Ansonsten können dem Versicherungsnehmer nur Gebühren angelastet werden, die der Abgeltung von Mehraufwendungen dienen, die durch das Verhalten des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person veranlasst worden sind.

§ 6

Obliegenheiten

Anzeigeobligenheit vor Abschluss des Versicherungsvertrages

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

Folgen der Verletzung der Anzeigeobligenheit vor Abschluss des Versicherungsvertrages

- (2) Hat der Versicherungsnehmer oder der Versicherte die Anzeigeobligenheit über erhebliche Gefahrenumstände schuldhaft verletzt, so kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten. Die Anzeigeobligenheit ist auch dann verletzt, wenn Fragen um Gefahrenumstände unvollständig beantwortet werden.
- (3) Der Rücktritt vom Versicherungsvertrag ist innerhalb eines Monats von dem Tag an zulässig, an dem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigeobligenheit 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 Anzeigeobligenheit verletzt wurde, keinen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalles oder auf den Umfang der Leistung des Versicherers gehabt hat.
Der Versicherer kann jedoch die Rückzahlung der Leistungen verlangen, die sich auf Tatsachen beziehen, die zum Rücktritt geführt haben.
- (5) Treffen die Voraussetzungen für den Rücktritt nur auf einzelne versicherte Personen zu, so kann er auf diese beschränkt werden. Der Versicherungsnehmer hat in diesem Fall das Recht, innerhalb eines Monats nach Erhalt der Rücktrittserklärung den Versicherungsvertrag mit sofortiger Wirkung zur Gänze zu kündigen.
- (6) Bei schuldloser Verletzung der Anzeigeobligenheit kann der Versicherer, wenn der Geschäftsplan bei Vorliegen der ihm unbekannt gebliebenen Gefahrenumstände eine höhere Prämie vorsieht, vom Beginn des laufenden Versicherungsjahres an die entsprechend höhere Prämie verlangen.
Wird die höhere Gefahr nach den für den Geschäftsbetrieb des Versicherers maßgebenden Grundsätzen auch gegen eine höhere Prämie nicht übernommen, so kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von einem Monat kündigen.

Obliegenheiten des Versicherungsnehmers und des Versicherten während des Bestehens des Versicherungsvertrages

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

Der Versicherungsnehmer und die versicherte Person haben



1. die Generali über den eingetretenen Versicherungsfall ehestmöglich, wahrheitsgemäß und umfassend schriftlich zu informieren, falls erforderlich auch per Telefon, Fax oder Email;
2. nach Erhalt von Formularen, die der Generali zur Schadenbearbeitung dienen, diese vollständig ausgefüllt der Generali ehestmöglich zuzusenden;
3. alles ihnen Zumutbare zu tun, um die Ursachen, den Hergang und die Folgen des Versicherungsfalles aufzuklären. Dies umfasst auch die Verpflichtung der versicherten Person, sich auf Verlangen der Generali durch einen von dieser beauftragten Arzt untersuchen zu lassen;
4. alle mit einem Versicherungsfall befassten Behörden und behandelnden Ärzte und/oder Krankenhäuser, sowie Sozial- und Privatversicherer zu ermächtigen und zu veranlassen, die von der Generali verlangten Auskünfte zu erteilen;
5. Beweismittel, die den Anspruch auf die Versicherungsleistung dem Grunde und der Höhe nach belegen, wie Polizeiprotokolle, Bestätigungen von Fluglinien, Tatbestandsaufnahmen, Arzt- und Krankenhausatteste und -rechnungen, etc., der Generali im Original zu übergeben.

§ 7

Ansprüche gegen Dritte

- (1) Die Generali bietet gemäß diesen Versicherungsbedingungen nur soweit Versicherungsschutz, als die versicherte Person keinen Anspruch auf Kostenersatz gegen Dritte hat. Die Verpflichtung der Generali zur Leistung für Kosten, deren teilweisen Ersatz die versicherte Person von einem Sozialversicherungsträger oder einem sonstigen Versicherungsträger fordern kann, tritt erst ein, wenn dieser andere Versicherungsträger die ihm obliegenden Leistungen erbracht hat.
- (2) Gibt die versicherte Person ihren Anspruch gegen Dritte oder ein zur Sicherung des Anspruches dienendes Recht ohne Zustimmung der Generali auf, so wird die Generali insoweit von der Ersatzpflicht frei, als sie aus dem Anspruch oder dem Recht hätte Ersatz erlangen können.

§ 8

Auszahlung der Versicherungsleistungen

- (1) Ansprüche auf Leistung sind spätestens innerhalb eines Monats nach Beendigung des Aufenthalts im vereinbarten Geltungsbereich bei der Generali geltend zu machen. Die Auszahlung von Versicherungsleistungen erfolgt aufgrund von saldierten Originalrechnungen oder Aufenthaltsbestätigungen. Diese Belege müssen den Vor- und Zunamen, die Adresse, die Polizzennummer, das Geburtsdatum der behandelten Person sowie die Bezeichnung der Krankheit oder der Unfallfolgen und der erbrachten Leistungen und die Daten der Behandlungen enthalten.

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

- (2) Die Generali darf vorbehaltlich der Bestimmungen in Abs. (5) den Überbringer von Belegen als zum Empfang der darauf entfallenden Versicherungsleistungen berechtigt ansehen.
- (3) Die Belege gehen in das Eigentum der Generali über.



- (4) Die Leistungen werden in Euro erbracht. Die in ausländischer Währung entstandenen Kosten werden zum Devisenmittelkurs der Wiener Börse zum Zeitpunkt der Vorlage der Abrechnungsunterlagen in Euro umgerechnet.
- (5) Die Ansprüche auf Versicherungsleistungen können ohne Zustimmung der Generali weder verpfändet noch abgetreten werden.

Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen der Generali nur aufrechnen, wenn es sich um Gegenforderungen handelt, die im rechtlichen Zusammenhang mit seiner Forderung stehen und die gerichtlich festgestellt oder von der Generali anerkannt worden sind.

- (6) Die Überweisung der Versicherungsleistungen an den Anspruchsberechtigten erfolgt kostenfrei auf ein Konto bei einem österreichischen Geldinstitut. Wünscht der Anspruchsberechtigte Überweisungen außerhalb Österreichs oder besondere Überweisungsformen und kommt die Generali diesem Wunsch nach, können die dadurch entstehenden Mehrkosten von den Leistungen abgezogen werden.

§ 9

Form und Empfänger von Willenserklärungen und Anzeigen

Alle für die Generali bestimmten Anzeigen und Erklärungen sind schriftlich abzufassen und an die Geschäftsleitung der Generali zu richten. Zu ihrer Entgegennahme sind Versicherungsmittler nicht bevollmächtigt.

Auch die Generali gibt ihre Erklärungen schriftlich ab.

§ 10

Erfüllungsort, Gerichtsstand, geltendes Recht und Aufsichtsbehörde

- (1) Erfüllungsort für die beiderseitigen Verpflichtungen aus dem Versicherungsvertrag ist der Sitz der Generali in Wien.
- (2) Klagen gegen die Generali können bei dem Gericht am Sitz der Generali oder bei dem Gericht des Ortes anhängig gemacht werden, wo der Vermittlungsagent zur Zeit der Vermittlung seine gewerbliche Niederlassung oder in Ermangelung einer solchen seinen Wohnsitz hatte.
- (3) Für Klagen gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht örtlich zuständig, in dessen Sprengel der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz, seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat oder der Ort seiner Beschäftigung liegt.
- (4) Es gelten die gesetzlichen Bestimmungen der Republik Österreich.
- (5) Zuständige Aufsichtsbehörde: Finanzmarktaufsicht, Otto-Wagner-Platz 5, 1090 Wien.



Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz 1958 (VersVG)

§ 6 Obliegenheitsverletzung

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

(1a) Bei der Verletzung einer Obliegenheit, die die dem Versicherungsvertrag 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 tritt die vereinbarte Rechtsfolge nicht ein, wenn die Verletzung weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruht. Wird die Obliegenheit nicht mit dem Vorsatz verletzt, die Leistungspflicht des Versicherers zu beeinflussen oder die Feststellung solcher Umstände zu beeinträchtigen, die erkennbar für die Leistungspflicht des Versicherers bedeutsam sind, so bleibt der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung weder auf die Feststellung des Versicherungsfalles noch auf die Feststellung oder den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung Einfluß gehabt hat.

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

(5) Der Versicherer kann aus einer fahrlässigen Verletzung einer vereinbarten Obliegenheit Rechte nur ableiten, wenn dem Versicherungsnehmer vorher die Versicherungsbedingungen ausgefolgt worden sind oder ihm eine andere Urkunde ausgefolgt worden ist, in der die Obliegenheit mitgeteilt wird.

§ 11 Fälligkeit der Geldleistungen des Versicherers

(1) Geldleistungen des Versicherers sind mit Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung des Versicherers nötigen Erhebungen fällig. Die Fälligkeit tritt jedoch unabhängig davon ein, wenn der Versicherungsnehmer nach Ablauf zweier Monate seit dem Begehren nach einer Geldleistung eine Erklärung des Versicherers verlangt,



aus welchen Gründen die Erhebungen noch nicht beendet werden konnten, und der Versicherer diesem Verlangen nicht binnen eines Monats entspricht.

(2) Sind diese Erhebungen bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles nicht beendet, so kann der Versicherungsnehmer in Anrechnung auf die Gesamtforderung Abschlagszahlungen in der Höhe des Betrages verlangen, den der Versicherer nach Lage der Sache mindestens zu zahlen hat.

(3) Der Lauf der Frist des Abs. 2 ist gehemmt, solange die Beendigung der Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers gehindert ist.

(4) Eine Vereinbarung, durch welche der Versicherer von der Verpflichtung, Verzugszinsen zu zahlen, befreit wird, ist unwirksam.

§ 12 Verjährung, Klagefrist

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

(2) Ist ein Anspruch des Versicherungsnehmers beim Versicherer angemeldet worden, so ist die Verjährung bis zum Einlangen einer schriftlichen Entscheidung des Versicherers gehemmt, die zumindest mit der Anführung einer der Ablehnung derzeit zugrunde gelegten Tatsache und gesetzlichen oder vertraglichen Bestimmung begründet ist. Nach zehn Jahren tritt jedoch die Verjährung jedenfalls ein.

(3) Der Versicherer ist von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Anspruch auf die Leistung nicht innerhalb eines Jahres gerichtlich geltend gemacht wird. Die Frist beginnt erst, nachdem der Versicherer dem Versicherungsnehmer gegenüber den erhobenen Anspruch in einer dem Abs. 2 entsprechenden Weise sowie unter Angabe der mit dem Ablauf der Frist verbundenen Rechtsfolge abgelehnt hat; sie ist für die Dauer von Vergleichsverhandlungen über den erhobenen Anspruch und für die Zeit, in der der Versicherungsnehmer ohne sein Verschulden an der rechtzeitigen gerichtlichen Geltendmachung des Anspruchs gehindert ist, gehemmt.

§ 38 Verspätete Zahlung der ersten Prämie

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

(2) Ist die erste oder einmalige Prämie zur Zeit des Eintritts des 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.

§ 39a Verzug mit geringem Teil der Prämie



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 Abwendung und Minderung des Schadens

(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 die Umstände es 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 Verpflichtungen 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 Gesetzlicher Forderungsübergang und Regress des Versicherers

(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.