

# Vertragsgrundlagen zur Krankenversicherung

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankengeldversicherungen  
nach Tarifgruppe KT (AVBK 2003)

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

## Allgemeine Versicherungsbedingungen für Krankengeldversicherungen nach Tarifgruppe KT (AVBK 2003)

	Seite
<b>Der Versicherungsschutz</b>	5
§ 1 Gegenstand und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes	5
§ 2 Abschluss des Versicherungsvertrages	5
§ 3 Beginn des Versicherungsschutzes	6
§ 4 Wartezeit	6
§ 5 Art oder Umfang des Versicherungsschutzes	6
§ 6 Einschränkung des Versicherungsschutzes	7
§ 7 Auszahlung der Versicherungsleistungen	7
§ 8 Ruhen des Versicherungsschutzes	8
§ 9 Ende des Versicherungsschutzes	8
<b>Pflichten des Versicherungsnehmers</b>	8
§ 10 A. Prämie, Gebühren und Angaben	8
B. Zahlungsverzug und dessen Folgen	8
§ 11 Obliegenheiten	9
A. Anzeigepflicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages	9
B. Folgen der Verletzung der Anzeigepflicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (vgl. auch § 6)	9
C. Anmeldung von Ansprüchen	9
D. Obliegenheiten des Versicherungsnehmers und des Versicherten während des Bestehens des Versicherungsvertrages	10
E. Folgen bei Versäumnis der Anmeldung von Ansprüchen und bei Verletzung der Obliegenheiten während des Bestehens des Versicherungsvertrages	10
§ 12 Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten (Ärztelkommission)	10
<b>Ende des Versicherungsschutzes</b>	11
§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer	11
§ 14 Kündigung durch den Versicherer	11
§ 15 Sonstige Beendigungsgründe	11
<b>Sonstige Bestimmungen</b>	12
§ 16 Form und Empfänger von Willenserklärungen und Anzeigen	12
§ 17 Erfüllungsort, Gerichtsstand	12
§ 18 Änderungen des Versicherungsschutzes und der Prämie	12
§ 19 Gewinnbeteiligung	12
<b>Anhang: Information zur Datenanwendung (gemäß § 24 DSGVO)</b>	13

# Inhaltsverzeichnis

## § 1

### Gegenstand und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

- (1) Die versicherte Person hat im Versicherungsfall Anspruch auf Versicherungsschutz im Rahmen der gewählten Tarife.
- (2) Versicherungsfall ist die völlige (100%ige) Arbeitsunfähigkeit wegen Krankheit oder Unfallfolgen.  
Der Versicherungsfall beginnt, wenn die versicherte Person ihre berufliche Tätigkeit nach objektivem ärztlichen Urteil in keiner Weise ausüben kann, sie auch nicht ausübt und keiner anderen Erwerbstätigkeit nachgeht, also weder mitarbeitend noch aufsichtsführend oder leitend in ihrem Beruf tätig sein kann.  
Bei versicherten Personen die selbständig erwerbstätig sind, gilt auch die teilweise Arbeitsunfähigkeit wegen Krankheit oder Unfallfolgen als Versicherungsfall.  
Der Versicherungsfall endet, wenn die versicherte Person nach medizinischem Befund wieder teilweise oder völlig arbeitsfähig wird oder eine berufliche Tätigkeit ausübt.
- (3) Als Versicherungsfall gilt auch die Arbeitsunfähigkeit aufgrund
  - eines medizinisch notwendigen stationären Krankenhausaufenthaltes wegen Schwangerschaft, Entbindung oder Fehlgeburt;
  - von unmittelbar nach einer Primärbehandlung in einer Krankenanstalt durchgeführten Anschlussheilverfahren oder Rehabilitation in Sonderheilanstalten und Rehabilitationszentren sowie Langzeitabteilungen.
- (4) Kein Versicherungsfall ist die Arbeitsunfähigkeit aufgrund
  - ausschließlich Schwangerschaft oder Schwangerschaftsunterbrechung;
  - der gesetzlichen Beschäftigungsverbote für werdende Mütter und Wöchnerinnen in einem Arbeitsverhältnis (Mutterschutz) bzw. bei selbständig Tätigen für den Zeitraum, in dem Anspruch auf Betriebshilfe besteht;
  - kosmetischer Behandlungen und Operationen und deren Folgen, soweit diese Maßnahmen nicht der Beseitigung von Unfallfolgen dienen, sowie Geschlechtsumwandlungen;
  - Zahnimplantationen und deren Folgen, soweit sie nicht Folge eines Unfalls sind, sowie auch damit im ursächlichen Zusammenhang stehenden vorbereitenden Maßnahmen;
  - nichtärztlicher Hauspflege sowie Maßnahmen der Geriatrie und der Rehabilitation;
  - aller Formen der künstlichen Befruchtung (z.B. In-Vitro-Fertilisation, Insemination);
  - Untersuchungen und Behandlungen zur Feststellung bzw. zur Beseitigung der Unfruchtbarkeit;
  - Kur- oder Erholungsaufhalten, unabhängig von der Genehmigung des Sozialversicherungsträgers.
- (5) Krankheit ist ein nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft anormaler körperlicher oder geistiger Zustand
- (6) Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.
- (7) Versichert werden können nur gesunde Personen, die selbständig erwerbstätig sind oder in einem ständigen Dienst- oder Arbeitsverhältnis gegen Entgelt stehen und die in Österreich ihren ordentlichen Wohnsitz haben. Andere Personen können zu besonderen Bedingungen versichert werden.
- (8) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Versicherungsfälle in Österreich.  
Wird eine versicherte Person während eines vorübergehenden Aufenthaltes im Ausland völlig arbeitsunfähig, besteht Versicherungsschutz für die Dauer der medizinisch notwendigen stationären Krankenhausbehandlung, wenn und soweit nach den übrigen Bestimmungen eine Leistungspflicht des Versicherers gegeben ist. Als vorübergehend gilt ein Auslandsaufenthalt in der Dauer von längstens sechs Wochen. Für sonstige Auslandsaufenthalte können besondere Vereinbarungen getroffen werden.  
Beginn und Dauer des Auslandsaufenthaltes sind nachzuweisen.

## § 2

### Abschluss des Versicherungsvertrages

- (1) Versicherungsnehmer kann nur eine Person sein, die in Österreich ihren ordentlichen Wohnsitz bzw. bei juristischen Personen ihren Sitz hat.
- (2) Der Antragsteller ist sechs Wochen an seinen Antrag gebunden. Die Frist beginnt mit dem Tag der Antragstellung bzw. mit der Absendung des Antrages.
- (3) Die Annahme des Antrages kann auch von einer ärztlichen Untersuchung oder von der Beibringung eines ärztlichen Zeugnisses abhängig gemacht werden.
- (4) Über die Antragsannahme entscheidet die Geschäftsleitung des Versicherers. Anträge können ohne Angabe von Gründen abgelehnt werden. Die Entscheidung ist dem Antragsteller schriftlich mitzuteilen. Mit der Zustellung (Aushändigung) der Polizze oder einer schriftlichen Annahmeerklärung ist der Versicherungsvertrag abgeschlossen.

### § 3

#### Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt mit Abschluss des Versicherungsvertrages, jedoch nicht vor Bezahlung der ersten Prämie, nicht vor Ablauf der Wartezeit und nicht vor dem in der Police bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn). Wird die Police nach diesem Zeitpunkt ausgehändigt, die Prämie sodann aber innerhalb von 14 Tagen bezahlt, so beginnt der Versicherungsschutz, abgesehen von den Bestimmungen über die Wartezeit, mit dem in der Police bezeichneten Zeitpunkt. Das Versicherungsjahr wird ab dem Monatsersten jenes Monats berechnet, in das der Beginn des Versicherungsvertrages zur ersten versicherten Person fällt (ursprünglicher Versicherungsbeginn).

### § 4

#### Wartezeit

- (1) Die Wartezeit wird ab Versicherungsbeginn, bei Erhöhung oder Ausweitung des Versicherungsschutzes ab dem Änderungszeitpunkt, gerechnet.
- (2) Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate.  
Sie entfällt bei Arbeitsunfähigkeit:
  - a) wegen Unfällen.  
Bauch- oder Unterleibsbrüche, die durch einen Unfall herbeigeführt oder verschlechtert worden sind, gelten nicht als Unfallfolgen.
  - b) wegen folgender akuter Infektionskrankheiten:  
Röteln, Masern, Windpocken (Varicellen), Scharlach, Diphtherie, Keuchhusten, Mumps, spinale Kinderlähmung, Meningitis, Ruhr, Paratyphus, Flecktyphus (Fleckfieber), Typhus, Cholera, Pocken, Rückfallfieber, Malaria, Rotlauf, Gelbfieber, Pest, Tularämie, Psittakose.
- (3) Für Arbeitsunfähigkeit wegen eines medizinisch notwendigen stationären Krankenhausaufenthaltes wegen Schwangerschaft, Entbindung oder Fehlgeburt (§ 1 Abs. 3) besteht Versicherungsschutz nach Ablauf einer Wartezeit von neun Monaten. Wenn der Versicherungsnehmer beweist, dass die Schwangerschaft nachweislich nach dem Versicherungsbeginn eingetreten ist, besteht keine Wartezeit.  
Es gilt als Nachweis, wenn der ärztlich errechnete Geburtstermin neun Monate nach Versicherungsbeginn liegt.

### § 5

#### Art oder Umfang des Versicherungsschutzes

- (1) Art und Umfang des Versicherungsschutzes ergeben sich aus dem Tarif und der Police.
- (2) Das Krankengeld ist nur zu zahlen, solange sich die versicherte Person an ihrem Wohnort aufhält oder sich in stationärer Krankenhausbehandlung im Inland befindet. Entsteht ein Versicherungsfall außerhalb des Wohnsitzes der versicherten Person, so erbringt der Versicherer seine tariflichen Leistungen nur, solange die Rückkehr der versicherten Person an ihren Wohnsitz aus medizinischen Gründen nicht oder nur unter Gefährdung ihrer Gesundheit möglich ist.
- (3) Das Krankengeld wird bei völliger (100%iger) Arbeitsunfähigkeit in der vereinbarten Höhe bezahlt. Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit, wird das Krankengeld in Höhe eines Prozentsatzes des vereinbarten Betrages bezahlt, der dem Grad der Arbeitsunfähigkeit entspricht.  
Das Krankengeld wird nach Ablauf der im Tarif festgelegten Karenz für die Dauer der Arbeitsunfähigkeit unter Einschluss der Sonn- und Feiertage bezahlt. Die Karenzfrist beginnt an dem Tag zu laufen, an dem die versicherte Person gemäß § 1 Abs. 2 erstmals arbeitsunfähig ist.  
Bei Arbeitsunfähigkeit wegen Entbindung gemäß § 1 Abs. 3 wird, wenn sonst keine Leistung zu erbringen ist, ein Pauschalbetrag in Höhe des 5fachen vereinbarten Tagesatzes bezahlt.  
Der Anspruch auf Krankengeld endet mit dem nachgewiesenen letzten Tag der Arbeitsunfähigkeit.  
Treten innerhalb von 12 Monaten von Beginn der Arbeitsunfähigkeit an wegen desselben Krankheitsgeschehens oder derselben Unfallfolgen neuerliche Arbeitsunfähigkeiten ein, so werden diese zur Berechnung der Karenzfrist bzw. der Leistung zusammengerechnet.  
Liegen zwischen dem letzten Tag der Arbeitsunfähigkeit und der neuerlichen Arbeitsunfähigkeit mehr als 12 Monate, wird das Krankengeld erst wieder nach Ablauf der Karenz bezahlt.
- (4) Das versicherte Krankengeld darf nicht mehr als das auf den Tag umgerechnete durchschnittliche Nettoeinkommen der letzten 12 Monate vor jeweils eingetretener Arbeitsunfähigkeit betragen. Bei Minderung des monatlichen Nettoeinkommens sind das versicherte Krankengeld und die Prämie entsprechend der Minderung, auch für bereits eingetretene Arbeitsunfähigkeit, mit Wirkung vom Beginn des zweiten Monats nach Kenntnis herabzusetzen. Bis zum Zeitpunkt der Wirksamkeit der Herabsetzung wird die Leistungspflicht für bereits eingetretene Arbeitsunfähigkeit nicht berührt.
- (5) Der Versicherer ist berechtigt, jederzeit vom Versicherungsnehmer den Nachweis zu verlangen, dass das versicherte Krankengeld das auf den Tag umgerechnete Nettoeinkommen der versicherten Person in den letzten 12 Monaten vor jeweils eingetretener Arbeitsunfähigkeit nicht übersteigt. Erbringt der Versicherungsnehmer diesen Nachweis nicht innerhalb 14 Tagen, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei und kann den Vertrag innerhalb eines Monats nach Ablauf der Frist ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen, es sei denn, den Versicherungsnehmer trifft dafür kein Verschulden.

## § 6

### Einschränkung des Versicherungsschutzes

- (1) Vom Versicherungsschutz ausgenommen ist eine Arbeitsunfähigkeit, die vor Versicherungsbeginn begonnen hat.
- (2) Krankheiten und Unfallfolgen, die vor Versicherungsbeginn entstanden sind, aber erst nach Versicherungsbeginn zu einer Arbeitsunfähigkeit führen, sind nach Maßgabe des § 11 und Abs. 6 in den Versicherungsschutz einbezogen.
- (3) Für Krankheiten, die während der Wartezeit (§ 4 Abs. 2) erstmalig zu einer Arbeitsunfähigkeit führten, besteht bis zur Beendigung des Versicherungsfalles, längstens bis drei Jahre nach Abschluss, Abänderung oder Wiederinkraftsetzung des Versicherungsvertrages kein Versicherungsschutz; dasselbe gilt für Krankheiten, die mit diesen in einem unmittelbar ursächlichen Zusammenhang stehen.  
Der Versicherer ist jedoch zur Leistung verpflichtet, wenn der Versicherungsnehmer beweist, dass die Krankheit erst nach Versicherungsabschluss erkennbar wurde.
- (4) Kein Versicherungsschutz besteht für Arbeitsunfähigkeit wegen
  - Krankheiten und Unfällen sowie deren Folgen, die aufgrund eines missbräuchlichen Genusses von Alkohol oder Suchtgiften eintreten oder verschlechtert werden oder deren Heilbehandlung infolge eines missbräuchlichen Genusses von Alkohol oder Suchtgiften wesentlich erschwert ist, sowie für Entziehungsmaßnahmen oder Entziehungskuren;
  - Anhaltung bzw. Unterbringung aufgrund Selbst- oder Fremdgefährdung sowie wegen Heilbehandlung der Folgen von Selbstmordversuchen;
  - Krankheiten und Unfällen sowie deren Folgen, die durch aktive Beteiligung an Unruhen, durch schuldhafte Beteiligung an Schlägereien oder bei der Begehung einer gerichtlich strafbaren Handlung, die Vorsatz voraussetzt, entstehen;
  - auf Vorsatz des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person beruhenden Krankheiten und Unfällen, einschließlich deren Folgen;  
hat der Versicherungsnehmer die Krankheit oder den Unfall einer versicherten Person vorsätzlich herbeigeführt, so bleibt der Versicherer dieser gegenüber zur Leistung verpflichtet, der Schadenersatzanspruch der versicherten Person an den Versicherungsnehmer geht jedoch auf den Versicherer über.
  - Krankheiten und Unfällen sowie deren Folgen, die durch Kriegsereignisse jeder Art, einschließlich Neutralitätsverletzungen, entstehen.
- (5) Arbeitsunfähigkeit aufgrund Krankheiten und Unfallfolgen gemäß Abs. 1 bis 3 kann zu besonderen Bedingungen (höhere Prämie, besondere Wartezeiten) in den Versicherungsschutz eingeschlossen werden.
- (6) Für die Arbeitsunfähigkeit aufgrund von Krankheiten und Unfallfolgen, die vom Versicherungsnehmer bzw. von der versicherten Person vor Abschluss des Versicherungsvertrages angegeben wurden, kann der Versicherungsschutz nur durch ausdrückliche schriftliche Erklärung des Versicherers ausgeschlossen werden.
- (7) Geht die Dauer der Arbeitsunfähigkeit über das notwendige Maß hinaus, so ist der Versicherer berechtigt, die Erstattung entsprechend herabzusetzen.
- (8) Der Versicherer kann in begründeten Fällen Behandlungen durch bestimmte Ärzte oder Dentisten bzw. in bestimmten Krankenanstalten oder Abteilungen von Anstalten vom Versicherungsschutz ausnehmen. Dies gilt für Behandlungen, die nach Zustellung der Mitteilung durchgeführt werden; für laufende Versicherungsfälle besteht jedoch Versicherungsschutz längstens bis zum Ablauf des 3. Monats nach Zustellung der Mitteilung.

## § 7

### Auszahlung der Versicherungsleistungen

- (1) Die Auszahlung der Versicherungsleistungen erfolgt nur aufgrund rechtzeitiger vollständiger Anmeldung der Ansprüche des Versicherungsnehmers gemäß § 11, Abs. 8 bis 10, entweder an diesen selbst oder an einen anderen von ihm namhaft gemachten Bezugsberechtigten.
- (2) Die Ansprüche auf Versicherungsleistungen können ohne Zustimmung des Versicherers nicht verpfändet werden. Ansprüche auf Versicherungsleistungen dürfen vor der Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistungspflicht nicht 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 die vom Versicherer anerkannt worden sind.
- (3) 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 sei 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.
- (4) 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 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 Anspruches gehindert ist, gehemmt.

- (5) Die Ansprüche auf die Versicherungsleistungen 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 bekannt geworden ist; ist dem Dritten dieses Recht nicht bekannt geworden, so verjähren seine Ansprüche erst nach zehn 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 zehn Jahren tritt jedoch die Verjährung jedenfalls ein.

## § 8

### Ruhen des Versicherungsschutzes

- (1) Auf Antrag des Versicherungsnehmers kann in begründeten Fällen auf einen im Voraus bestimmten Zeitraum von nicht mehr als zwölf Monaten das Ruhen der Rechte und Pflichten aus dem Versicherungsvertrag vereinbart werden.
- (2) Eine vom Versicherungsnehmer beantragte Wiederinkraftsetzung der Versicherung vor Ablauf des vereinbarten Zeitraumes kann von einer Gesundheitsprüfung abhängig gemacht werden.
- (3) Für Versicherungsfälle, die während des Ruhens des Versicherungsvertrages eingetreten sind, besteht kein Versicherungsschutz.

### Anwartschaftsversicherung

- (4) Wird für die Zeit der Ruhendstellung der Versicherung eine Anwartschaftsprämie vereinbart und im Voraus entrichtet (Anwartschaftsversicherung) besteht nach Wiederinkraftsetzung der Versicherung Versicherungsschutz für den Weiterbestand von während des Ruhens eingetretenen Versicherungsfällen. Die Dauer der Anwartschaftsversicherung wird auf die Wartezeit (§ 4) angerechnet.

### Stilllegung der Versicherung

- (5) Wird für die Zeit der Ruhendstellung der Versicherung keine Anwartschaftsprämie bezahlt, besteht für den Weiterbestand von während des Ruhens eingetretenen Versicherungsfällen nach Wiederinkraftsetzung der Versicherung kein Versicherungsschutz. Ein Einschluss in den Versicherungsschutz kann zu besonderen Bedingungen (höhere Prämie, besondere Wartezeit) vereinbart werden.

## § 9

### Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz endet, auch für laufende Versicherungsfälle, mit der Beendigung des Versicherungsvertrages; im Falle der Kündigung durch den Versicherer (§ 14) endet der Versicherungsschutz nach Ablauf von vier Wochen ab Beendigung des Versicherungsvertrages, spätestens aber mit dem Ende der Anspruchsberechtigung gemäß § 15 Abs. 4.

# Pflichten des Versicherungsnehmers

## § 10

### A. Prämie, Gebühren und Angaben

- (1) Die Prämie ist eine Jahresprämie und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Sie ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten, kann aber auch in gleichen monatlichen Prämienraten bezahlt werden, die jeweils bis zur Fälligkeit der Prämienraten gestundet gelten.  
Die Prämienraten sind am 1. eines jeden Monats fällig. Die erste Prämie ist spätestens bei Aushändigung bzw. Angebot der Polize und Aufforderung zur Prämienzahlung fällig.
- (2) Die Prämien sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.
- (3) 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.

### B. Zahlungsverzug und dessen Folgen

- (4) Ist die erste Prämie oder die erste Prämienrate innerhalb von 14 Tagen nach dem Abschluss des Versicherungsvertrages und nach 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.
- (5) Wird in der Folge eine fällige Prämie oder eine fällige Prämienrate nicht rechtzeitig bezahlt, so kann der Versicherer den Versicherungsnehmer unter Angabe der Höhe der Prämien- und Kostenschuld und der Rechtsfolge weiterer Säumnis schriftlich auffordern, die Schuld innerhalb einer Zahlungsfrist von 14 Tagen, vom Empfang der Aufforderung gerechnet, an die

vom Versicherer bezeichnete Stelle ohne Abrechnung von Überweisungsspesen zu bezahlen.  
Neben Postgebühr und Mahnkosten können Verzugszinsen in Höhe der gesetzlichen Verzugszinsen eingehoben werden.

- (6) Tritt der Versicherungsfall nach Ablauf der Zahlungsfrist ein und ist der Versicherungsnehmer zu dieser Zeit mit der Zahlung der Prämien ganz oder teilweise im 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 Bezahlung aller rückständigen Prämien wieder auf, jedoch besteht für Versicherungsfälle, die nach Ablauf der Zahlungsfrist und vor Nachzahlung der rückständigen Prämien eingetreten sind, und deren Folgen kein Anspruch auf Leistung.
- (7) Ist der Versicherungsnehmer bloß mit nicht mehr als 10vH der Jahresprämie, höchstens aber mit dem in § 39a VersVG genannten Betrag (derzeit EUR 60,-) in Verzug, so tritt die in Abs. 6 vorgesehene Leistungsfreiheit des Versicherers nicht ein.
- (8) Der Versicherer ist berechtigt, den Versicherungsvertrag ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist zu kündigen, wenn der Versicherungsnehmer nach Ablauf der Frist nach Abs. 5 mit der Zahlung im Verzug ist. Der Versicherer kann bereits bei der Bestimmung der Zahlungsfrist den Versicherungsvertrag so kündigen, dass die Kündigung mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer in diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist.
- (9) 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.

## **§ 11 Obliegenheiten**

### **A. Anzeigeobliegenheit vor Abschluss des Versicherungsvertrages**

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

### **B. Folgen der Verletzung der Anzeigeobliegenheit vor Abschluss des Versicherungsvertrages (vgl. auch § 6)**

- (2) Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person die Anzeigeobliegenheit über erhebliche Gefahrenumstände und berufliche Verhältnisse schuldhaft verletzt, so kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten. Die Anzeigeobliegenheit 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 Anzeigeobliegenheit Kenntnis erlangt.
- (4) Tritt der Versicherer zurück, nachdem ein Versicherungsfall eingetreten ist, so bleibt der Versicherungsschutz bestehen, wenn der Umstand, in Ansehung dessen die Anzeigeobliegenheit verletzt wurde, keinen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalles oder soweit er keinen Einfluss 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) Wegen einer Verletzung der dem Versicherungsnehmer beim Abschluss des Vertrags obliegenden Anzeigeobliegenheit kann der Versicherer vom Vertrag nicht mehr zurücktreten oder den Vertrag kündigen, wenn seit dem Abschluss drei Jahre verstrichen sind. Das Rücktrittsrecht bleibt jedoch bestehen, wenn die Anzeigeobliegenheit arglistig verletzt worden ist.
- (7) Bei schuldloser Verletzung der Anzeigeobliegenheit 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.

### **C. Anmeldung von Ansprüchen**

- (8) Der Versicherungsnehmer und die versicherte Person haben die gänzliche oder teilweise Arbeitsunfähigkeit unverzüglich nach deren Eintritt schriftlich unter Vorlage eines ärztlichen Zeugnisses mit Angabe der Diagnose und des Grades der Arbeitsunfähigkeit zu melden. Ein Rückfall innerhalb von zwölf Monaten (§ 5 Abs. 3) ist unverzüglich zu melden.  
Zeugnisse und Bescheinigungen von Ärzten, die mit der versicherten Person in auf- oder absteigender Linie verwandt oder mit ihr verehelicht sind, werden nicht anerkannt.
- (9) 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 und Grad der Arbeitsunfähigkeit zu erbringen.

- (10) Die Wiedererlangung der gänzlichen oder teilweisen Arbeitsfähigkeit haben der Versicherungsnehmer und die versicherte Person ebenfalls mittels ärztlicher Bestätigung unverzüglich bekannt zu geben.

**D. Obliegenheiten des Versicherungsnehmers und der versicherten Person während des Bestehens des Versicherungsvertrages**

- (11) Der Versicherungsnehmer und die versicherte Person haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Art und des Umfanges des Versicherungsschutzes erforderlich ist. Dies umfasst auch die Obliegenheit der versicherten Person, sich auf Verlangen des Versicherers durch einen von diesem beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
- (12) Wird für eine versicherte Person bei einem anderen Unternehmen ein Vertrag mit Anspruch auf Kranken- oder Krankentagegeld abgeschlossen, so ist der Versicherer vom weiteren Versicherungsvertrag unverzüglich zu unterrichten.
- (13) Der Versicherungsnehmer hat dem Versicherer unverzüglich den Zeitpunkt mitzuteilen, zu welchem die Voraussetzungen zur Aufrechterhaltung des Versicherungsvertrages (§15 Abs. 1 bis 3 und Abs. 6) entfallen oder eine Minderung des monatlichen Nettoeinkommens aus selbständiger oder unselbständiger Tätigkeit (§ 5 Abs. 4) eingetreten sind.
- (14) Die arbeitsunfähige versicherte Person hat den zumutbaren Anforderungen des Arztes Folge zu leisten und alles zu vermeiden, was der Wiederherstellung der Gesundheit hinderlich sein könnte.

**E. Folgen bei Versäumnis der Anmeldung von Ansprüchen und bei Verletzung der Obliegenheiten während des Bestehens des Versicherungsvertrages**

- (15) Erfolgt die in Abs. 8 bezeichnete Meldung nicht unverzüglich, so gilt als erster Krankheitstag 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 auf die Feststellung oder den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung Einfluss gehabt hat.
- (16) Verletzt der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person die Auskunftsobliegenheit des Abs. 11, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, sofern die Verletzung vorsätzlich oder grob fahrlässig erfolgt ist. Ist die Auskunftsobliegenheit 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.
- (17) Leistet die arbeitsunfähige versicherte Person ohne umgehende genügende Entschuldigung einer solchen Aufforderung zur Untersuchung gemäß Abs.11 keine Folge, so kann das Krankengeld für die Dauer der Weigerung entzogen werden.
- (18) Wird die in Abs. 12 genannte Informationsobliegenheit schuldhaft verletzt, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Erbringung von Leistungen frei. Der Versicherer kann überdies den Versicherungsvertrag zur Gänze oder nur hinsichtlich der betreffenden versicherten Person innerhalb eines Monats, nachdem er von der Obliegenheitsverletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen. Kündigt der Versicherer innerhalb eines Monats nicht, so kann er sich auf die Leistungsfreiheit nicht berufen.
- (19) Handelt die versicherte Person trotz schriftlicher Aufforderung den in Abs. 14 bezeichneten Obliegenheiten zuwider, ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung für die Zeit ab dem dritten dem Tage der Zustellung der Aufforderung folgenden Tage frei.

**§ 12**

**Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten (Ärztekommission)**

- (1) Im Fall von Meinungsverschiedenheiten über Art und Umfang der Arbeitsunfähigkeit entscheidet die Ärztekommision. Die Entscheidung der Ärztekommision kann im Sinne des § 184 VersVG gerichtlich überprüft werden. Die Entscheidung der Ärztekommision ist dann nicht verbindlich, wenn sie offenbar von der wirklichen Sachlage erheblich abweicht. Das Gleiche gilt, wenn die Sachverständigen die Feststellung nicht treffen können oder wollen oder sie verzögern.
- (2) In den nach Abs. 1 der Ärztekommision zur Entscheidung vorbehaltenen Meinungsverschiedenheiten ist der Anspruchsberechtigte berechtigt, innerhalb von 6 Monaten nach Zugang der Ergebnisse bzw. der Entscheidung (siehe § 7 Abs 4), Widerspruch zu erheben und mit Vorlage eines medizinischen Gutachtens unter Bekanntgabe seiner Forderung die Entscheidung der Ärztekommision zu beantragen. Das Recht, die Entscheidung der Ärztekommision zu beantragen, steht auch dem Versicherer zu und ist von ihm binnen 6 Monaten nach Entstehen der Meinungsverschiedenheit zu beantragen. Wenn der Versicherer die Entscheidung durch die Ärztekommision beantragt, ist das Verfahren vor der Ärztekommision auch dann vor der Anrufung der ordentlichen Gerichte durchzuführen, wenn der Anspruchsberechtigte bei Erhebung des Widerspruchs die Entscheidung durch ordentliche Gerichte beantragt hat.
- (3) Für die Ärztekommision bestimmen der Versicherer und der Anspruchsberechtigte je einen Facharzt, der zur selbständigen Ausübung des ärztlichen Berufes im jeweiligen medizinischen Sonderfach berechtigt ist und an der Heilbehandlung der

versicherten Person nicht mitgewirkt hat. 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 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.

- (4) Die versicherte Person ist verpflichtet, sich von den Ärzten der Kommission untersuchen zu lassen und sich jenen Maßnahmen zu unterziehen, die diese Kommission für notwendig hält.
- (5) Die Ärztekommision hat über ihre Tätigkeit 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 im Protokoll. Die Akten des Verfahrens werden vom Versicherer verwahrt.
- (6) Die Kosten der Ärztekommision werden von ihr selbst festgesetzt und sind im Verhältnis des Obsiegens der beiden Parteien zu tragen.

## Ende des Versicherungsschutzes

### § 13

#### Kündigung durch den Versicherungsnehmer

- (1) Der Versicherungsvertrag wird auf unbestimmte Zeit abgeschlossen. Der Versicherungsnehmer hat das Recht, den Versicherungsvertrag zum Ende eines Versicherungsjahres frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer, mit einer Frist von drei Monaten zu kündigen.
- (2) Das Versicherungsjahr richtet sich nach dem ursprünglichen Versicherungsbeginn gemäß § 3.
- (3) Die Kündigung muss schriftlich erfolgen und ist an die Geschäftsleitung des Versicherers zu richten.
- (4) Kündigt der Versicherungsnehmer den Versicherungsvertrag hinsichtlich einzelner Personen, hat der Versicherer das Recht, innerhalb einer Frist von einem Monat den Versicherungsvertrag hinsichtlich der übrigen Personen zum gleichen Termin zu kündigen.
- (5) Werden Prämien erhöht oder Leistungen vermindert (§ 11 B) Abs. 7), hat der Versicherungsnehmer das Recht, den Versicherungsvertrag hinsichtlich der betroffenen Personen innerhalb eines Monats vom Zugang der Mitteilung über die Änderung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung zu kündigen.  
Eine Anpassung des Versicherungsvertrages gemäß § 178f VersVG (siehe auch § 18) berechtigt zur Kündigung jedoch nicht.

### § 14

#### Kündigung durch den Versicherer

- (1) Der Versicherer hat das Recht, das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres (siehe § 3) mit einer Frist von drei Monaten zu kündigen.
- (2) Wenn der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person durch wissentlich falsche Angaben, insbesondere durch Vortäuschung von Arbeitsunfähigkeit, Versicherungsleistungen erschleicht oder zu erschleichen versucht oder bei einer solchen Handlung mitwirkt, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei und hat das Recht, den Versicherungsvertrag fristlos zu kündigen.
- (3) Kündigt der Versicherer gemäß § 11 Abs. 18 und § 14 Abs. 1 den Vertrag hinsichtlich einzelner Personen, hat der Versicherungsnehmer das Recht, den Versicherungsvertrag hinsichtlich der übrigen Personen innerhalb einer Frist von einem Monat zum gleichen Termin zu kündigen.

### § 15

#### Sonstige Beendigungsgründe

- (1) Der Versicherungsvertrag endet mit dem Fortfall jeglichen Erwerbseinkommens aus selbständiger oder unselbständiger Tätigkeit.  
Wurde der Fortfall des Erwerbseinkommens durch einen Versicherungsfall gemäß § 1 Abs. 2 ursächlich herbeigeführt, so enden das Versicherungsverhältnis und die Leistungspflicht mit dem Erlöschen der Anspruchsberechtigung gemäß Abs. 4.
- (2) Der Versicherungsvertrag endet mit dem Eintritt der dauernden Berufsunfähigkeit der versicherten Person. Eine solche liegt vor, wenn die versicherte Person im bisher ausgeübten Beruf auf nicht absehbare Zeit mehr als 50% erwerbsunfähig ist. Wurde die dauernde Berufsunfähigkeit durch einen Versicherungsfall gemäß § 1 Abs. 2 ursächlich herbeigeführt, so enden das Versicherungsverhältnis und die Leistungspflicht mit dem Erlöschen der Anspruchsberechtigung gemäß Abs. 4.
- (3) Der Versicherungsvertrag endet mit dem auf die Vollendung des 65. Lebensjahres folgenden Monatsersten.

- (4) Der Versicherungsvertrag endet mit dem Bezug von Leistungen für die Dauer von 365 Tagen innerhalb von drei Versicherungsjahren.
- (5) Der Versicherungsvertrag endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Beim Tod einer versicherten Person endet der Versicherungsvertrag hinsichtlich dieser Person.
- (6) Der Versicherungsvertrag endet ferner durch Verlegung des Wohnsitzes des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person ins Ausland, sofern keine anderweitige Vereinbarung getroffen wird.

## Sonstige Bestimmungen

### § 16

#### Form und Empfänger von Willenserklärungen und Anzeigen

- (1) Alle Erklärungen des Versicherungsnehmers sind gültig, wenn sie schriftlich erfolgen und bei der Generali eingelangt sind. Die Erklärungen der Generali erfolgen ebenfalls schriftlich.
- (2) Hat der Versicherungsnehmer seine Wohnung 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 dem Versicherer bekanntgegebene Anschrift.

### § 17

#### 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 Wohnsitz, seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat oder der Ort seiner Beschäftigung liegt.

### § 18

#### Änderungen des Versicherungsschutzes und der Prämie

- (1) Der Versicherer ist, zur Wahrung der vertraglichen Leistungszusage, verpflichtet, die Prämie oder den Versicherungsschutz (Allgemeine Versicherungsbedingungen und Tarife) einseitig zu ändern, wenn mindestens einer der folgenden Umstände gegeben ist. Dabei ist der Versicherer bei Vorliegen der vereinbarten Voraussetzungen für eine Prämienänderung auch zu einer Herabsetzung der Prämien verpflichtet:
  - a) Änderung der durchschnittlichen Lebenserwartung;
  - b) Änderung der Häufigkeit der Inanspruchnahme von Leistungen nach Art der vertraglich vorgesehenen und deren Aufwändigkeit, bezogen auf die zu diesem Tarif versicherten Personen;
  - 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 Versicherungsverhältnisses mit höchstens gleichbleibender Prämie und angemessen geänderten Leistungen anzubieten.
- (3) Die Erklärung einer rückwirkenden Änderung der Prämie oder des Versicherungsschutzes ist unwirksam; die Erklärung wirkt ab dem der Absendung folgenden Monatsersten.
- (4) Der Versicherungsnehmer hat das Recht, während der Laufzeit des Vertrages unter Anrechnung der aus der Vertragslaufzeit erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung in einen anderen im Geschäftsplan vorgesehenen Tarif derselben Versicherungsart (§ 178 b VersVG) bis zum bisherigen Deckungsumfang zu wechseln.

### § 19

#### Gewinnbeteiligung

Die Versicherungen nach Tarif KT gehören zum Gewinnverband B.

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

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

- (1) Erstens sind nur diejenigen Versicherungen des Gewinnverbandes teilnahmeberechtigt, für welche die Prämien des abgelaufenen ganzen Kalenderjahres voll gezahlt worden sind. Änderungen des Versicherungsschutzes oder der Tarife während des Kalenderjahres können eine Teilnahmeberechtigung

nicht begründen. Haben sich die Prämien während des Kalenderjahres geändert, bemisst sich die Höhe der Gewinnbeteiligung nach der niedrigsten Monatsprämie.

Weiters ist Voraussetzung, dass für die ganze Dauer des letzten Kalenderjahres keine Leistungen vom Versicherer bezogen worden sind.

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

- (2) **Auszahlung von Versicherungsleistungen:**  
Bei Feststellung der Teilnahmeberechtigung an der Gewinnbeteiligung gelten die Versicherungen von erwachsenen Personen als Einheit, d.h. diese Versicherungen sind nur dann teilnahmeberechtigt, wenn von keiner der erwachsenen Personen im abgelaufenen Geschäftsjahr Versicherungsleistungen in Anspruch genommen worden sind.  
Weiters gelten Versicherungen in den Gewinnverbänden B und G bei der Feststellung der Teilnahmeberechtigung an der Gewinnbeteiligung/Prämienrückvergütung als Einheit. Dies gilt sowohl für die in Abs. 1 geregelten Voraussetzungen der Prämienzahlung und des Nichtbezugs von Leistungen als für den in Abs. 5 beschriebenen Bestand der Versicherung.
- (3) Kinderprämien sind nicht gewinnberechtigt.
- (4) Der auf die einzelne Versicherung entfallende Gewinnanteil wird entsprechend dem Geschäftsplan ermittelt. Er muss stets ein ganzzahliges Vielfaches einer Monatsprämie betragen. Verbleibende Reste in der Gewinnrückstellung der versicherten Person werden auf das Folgejahr vorgetragen.
- (5) Die Verrechnung der Gewinnbeteiligung erfolgt nach Veröffentlichung der Bilanz, frühestens jedoch zum 1. 7. des dem abgelaufenen Geschäftsjahr folgenden Kalenderjahrs. Für zum Zeitpunkt der Verrechnung ausgeschiedene Versicherungsverträge erfolgt keine Verrechnung.  
Die Gewinnbeteiligung wird vom Versicherer auf die Prämien der Monate, die der Verrechnung folgen, in Anrechnung gebracht.
- (6) Bei Ansprüchen auf Versicherungsleistung für das abgelaufene Geschäftsjahr nach Empfang der Gewinnbeteiligung, wird diese auf die Leistung des Versicherers angerechnet; eine zu Unrecht erhaltene Gewinnbeteiligung ist zurückzuerstatten.

## Anhang

### Information zur Datenanwendung (gemäß § 24 DSGVO)

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

#### 1. Zweck der Datenanwendung

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

#### Datenverarbeitung beim Versicherer

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

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

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

#### Übermittlung von nichtsensiblen Daten

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

Weiters benötigen unsere Mit- und Rückversicherer im In- und Ausland die erforderlichen versicherungstechnischen Angaben, wie etwa Polizzenummer, Prämie, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos, sowie im Einzelfall auch Ihre Personalien zur Erstellung und Verwaltung der Mit- und Rückversicherungsverträge; soweit Rückversicherer bei der Risiko- und

Schadenbeurteilung mitwirken, werden ihnen auch die dafür erforderlichen Unterlagen und Daten von Ihnen zur Verfügung gestellt. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherer weiterer Rückversicherer, denen sie ebenfalls die entsprechenden Daten übermitteln.

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

#### **Übermittlung von Gesundheitsdaten**

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

#### **Verwendung von Daten in der Unternehmensgruppe und bei Kooperationspartnern**

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

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

#### **Gesundheitsdaten werden an Gruppenunternehmen jedoch im Sinne des DSGVO 2018 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 DSGVO 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 DSGVO 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](mailto:datenschutz@generali.at)) zur Verfügung.

SAP 23121 06.11 DVR 0603589