

Allgemeine Geschäftsbedingungen für die Schaden-/Unfallversicherung

(Soweit personenbezogene Bezeichnungen nur in männlicher Form angeführt sind, beziehen sie sich auf Frauen und Männer in gleicher Weise.)

1. Vertragsinhalt

Dem Versicherungsvertrag liegen die zum Zeitpunkt des Vertragschlusses vom Versicherer verwendeten

- **Allgemeinen Geschäftsbedingungen** der Schaden-/Unfallversicherung der Oberösterreichischen Versicherung AG sowie
- **die in der Police angeführten Versicherungsbedingungen und Klauseln**, die dem gewählten Tarif und der jeweiligen Sparte entsprechen, zugrunde.

Die Vertragsgrundlagen, die im Zuge der Vertragsanbahnung vorgelegt wurden oder deren Einsicht angeboten wurde, stehen jederzeit im Internet unter www.keinesorgen.at/bedingungen zum Download bereit. Darüber hinaus kann der Versicherungsnehmer die Ausfolgung der Vertragsgrundlagen auf Papier jederzeit – bei Vereinbarung der elektronischen Kommunikation nach § 5a VersVG jeweils einmalig kostenfrei – verlangen.

Durch Unterschrift auf dem Antragsformular – in den Fällen des Punktes 2 b) durch Bezahlung der Erstprämie oder Unterlassung des Widerspruchs der Ermächtigung zur Einziehung der Erstprämie mit Lastschrift – erklärt sich der Versicherungsnehmer mit dem Vertragsinhalt einverstanden.

Im Falle von widersprechenden Bestimmungen gelten im Einzelfall primär die in der Police festgehaltenen Regelungen, sodann die Besonderen Bedingungen und Klauseln, und in weiterer Folge die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und zuletzt die Regelungen dieser Allgemeinen Geschäftsbedingungen der Schaden-/Unfallversicherung.

2. Zustandekommen des Versicherungsvertrages

Der Versicherungsvertrag kommt zustande

- a) sofern der **Versicherungsnehmer** einen **Antrag** auf Schließung eines Versicherungsvertrages an den Versicherer stellt, mit **Zugang der Police** beim Versicherungsnehmer;
- b) sofern der **Versicherer** über entsprechenden Wunsch des Versicherungsnehmers einen Antrag auf Schließung eines Versicherungsvertrages durch Zusendung der Police stellt
 - mit **Bezahlung der ausgewiesenen Erstprämie** durch den Versicherungsnehmer;
 - mit **Einzug oder Abbuchung der Erstprämie** vom Konto des Versicherungsnehmers auf Grund einer, im Zuge der Vertragsanbahnung erteilten Zustimmung zum Einzug oder zur Abbuchung, wenn der Versicherungsnehmer nicht innerhalb der im Zahlungsverkehr mit der Bank festgelegten Frist die Rückbuchung veranlasst;
- c) in **allen anderen Fällen** auf Grund einer **gesonderten Annahmeerklärung** durch den Versicherer.

3. Beginn/Aufrechterhaltung des Versicherungsschutzes

3.1. Vor Zustandekommen des Versicherungsvertrages gemäß Punkt 2. besteht, sofern nicht eine provisorische Deckung gewährt wird, **Versicherungsschutz nur nach Maßgabe folgender Bestimmungen:**

3.1.1. Nicht anfragepflichtiges Risiko

Sofern eine vorläufige Deckung nicht aufgrund gesetzlicher Vorschrift oder gesonderter Vereinbarung besteht, beginnt der Versicherungsschutz für beantragte oder im elektronischen Weg erfasste nicht anfragepflichtige versicherte Risiken im Rahmen der für den Geschäftsbetrieb maßgebenden Grundsätze (Annahmerichtlinien) **ab Einlangen** des Antrages oder der elektronisch erfassten Daten in der Generaldirektion, **frühestens jedoch ab dem beantragten Beginnzeitpunkt**.

Dies gilt in der Unfallversicherung allerdings lediglich im in den besonderen Hinweisen und Erklärungen zur Unfallversicherung (Sofortschutz) angeführten Umfang sowie unter den dort näher geregelten Voraussetzungen.

3.1.2. Anfragepflichtiges Risiko

Bei anfragepflichtigen Risiken besteht Versicherungsschutz erst – soweit nicht eine vorläufige Deckung vereinbart worden ist – **mit Zugang der Police** oder einer gesonderten Annahmeerklärung, **frühestens jedoch ab dem beantragten Beginnzeitpunkt**.

3.2. Versicherungsschutz nach Maßgabe dieser Bestimmungen besteht überdies nur dann (bleibt nur dann aufrecht), wenn die Erstprämie rechtzeitig binnen 14 Tagen nach Erhalt der Police oder unverschuldet später bezahlt wird (§ 38 VersVG). Mit Erhalt der Police erlöschen allfällige

Deckungszusagen. Wird die Erstprämie verschuldet verspätet bezahlt, besteht Versicherungsschutz erst ab diesem Zeitpunkt.

4. Beschränkung des Umfangs der Vermittlervollmacht und Ausschluss von mündlichen Zusagen

Der Vermittler berät die am Vertragsabschluss beteiligten Personen und hat nur Vermittlervollmacht. Der Vermittler ist daher ausschließlich zur elektronischen Erfassung und Übermittlung von Daten zum Abschluss eines Versicherungsvertrages sowie zur Entgegennahme von Anträgen auf Abschluss, Verlängerung oder Änderung von Versicherungsverträgen berechtigt. Er darf auch keine verbindlichen Erklärungen über die Bedeutung von Fragen zur Beurteilung des Risikos/Antragsfragen abgeben.

Der Vermittler ist insbesondere nicht berechtigt, mündliche Erklärungen und Angaben oder Ergänzungen zum Antrag entgegenzunehmen und **mündliche Zusagen abzugeben bzw. eine (vorläufige) Deckung zuzusagen**. Erklärungen und Vereinbarungen sind für den Versicherer – unbeschadet der Rechtswirksamkeit formloser Erklärungen gegenüber Verbrauchern im Sinne des KSchG – nur verbindlich, wenn sie vom Versicherer rechtsgültig unterzeichnet und in geschriebener Form übermittelt werden. Der Vermittler ist verpflichtet, seinen Ausweis, in dem der Umfang der Vollmacht erschöpfend beschrieben ist, über Wunsch des Kunden vorzuweisen.

Darüber hinausgehende Vollmachten besitzt kein Vermittler.

5. Billigungsklausel (Abweichungen vom Antrag)

Sofern ein entsprechender Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrages gestellt wurde, liegen diesem Versicherungsvertrag ausschließlich die Angaben im Versicherungsantrag des Versicherungsnehmers zugrunde. Eventuelle Abweichungen der Police vom Antrag, auf die der Versicherungsnehmer in geschriebener Form besonders hingewiesen wurde oder diese in der Versicherungsurkunde auffällig gekennzeichnet sind, gelten als genehmigt, wenn der Versicherungsnehmer nicht innerhalb eines Monats nach Empfang der Police in geschriebener Form widerspricht.

6. Vorvertrag, Konvertierung

Sofern mit dieser Police ein bisher bestehender Vertrag konvertiert (abgeändert/verlängert/neu gefasst) wird, wird letzterer mit Wirkung des Vertragsbeginnes dieser Police ersetzt. Im Falle eines Rücktrittes oder einer sonstigen rückwirkenden Aufhebung des gegenständlichen Vertrages lebt der frühere Vertrag aus der Vorpolize wieder auf.

7. Bündelversicherungen/Vertragsschicksal und Zahlung

Bei Bündelversicherungen gilt jede Sparte als eigener, rechtlich selbständiger Vertrag. Die in der Police als Gesamtprämie für alle Risiken gemeinsam ausgeworfene Prämie stellt – unbeschadet der rechtlichen Selbstständigkeit der einzelnen Verträge – eine Gesamtschuld dar. Teilzahlungen werden daher entsprechend dem internen Verhältnis der Prämienanteile für die einzelnen Risiken anteilmäßig aufgeteilt. Eine besondere Widmung einer Teilzahlung bedarf der ausdrücklichen Erklärung des Versicherungsnehmers.

8. Prämie/Prämienzahlung/Prämienzahlungsverzug

In der ausgewiesenen Prämie sind sämtliche Steuern und Gebühren in der derzeit gesetzlichen Höhe enthalten. Eine Änderung dieser Abgaben bewirkt daher eine entsprechende Neuberechnung.

8.1 Unterjährige Zahlweise

Ist vertraglich eine unterjährige Zahlweise vereinbart, so erwirbt der Versicherer den Anspruch auf sämtliche Teilbeträge einer Folgeprämie einer Versicherungsperiode – unbeschadet der später eintretenden Fälligkeit – bereits zu deren Beginn.

8.2 Prämienzahlungsverzug

Bei Nichteinlösung eines vereinbarten unterjährigen Prämieinzuges von einem Bankkonto ist der Versicherer berechtigt, die Prämie mit jährlicher Zahlweise mit Zahlschein vorzuschreiben.

Eingehende Zahlungen werden zunächst auf die jeweils älteste Fälligkeit inklusive Zinsen und Kosten, sodann auf Zinsen und Kosten der darauffolgenden Fälligkeit und danach auf den Kapitalbetrag angerechnet. Bei Prämienzahlungsverzug gelten Verzugszinsen in Höhe von 10 % p.a. als vereinbart. Darüber hinaus ist der Versicherer bei Verschulden am Verzug berechnigt, die notwendigen Kosten von zweckentsprechenden außergerichtlichen Betreibungs- oder Einbringungsmaßnahmen geltend zu machen, soweit diese in einem angemessenen Verhältnis zur betriebenen Forderung stehen (§ 1333 Abs. 2 ABGB). Überdies tritt bei Prämienzahlungsverzug hinsichtlich allfälliger weiterer Prämienteilbeträge der laufenden Versicherungsperiode Terminverlust ein.

8.3. SEPA Lastschriftverfahren und Vorabinformation (Prenotifikation)

Sofern der Antragsteller/Versicherungsnehmer dazu ein entsprechendes Mandat erteilt hat, zieht der Versicherer fällige Prämien im Wege des SEPA Lastschriftverfahrens (SEPA Direct Debit Core) ein.

Die Creditor ID (= Zahlungsempfängererkennung) des Versicherers lautet AT25ZZ00000004142. Die Mandatsreferenz entspricht der auf allen Prämienvorschreibungen angeführten 6 bzw. 7 stelligen Kundennummer des Versicherungsnehmers.

Es gilt ausdrücklich vereinbart, dass der Antragsteller/Versicherungsnehmer als Zahlungspflichtiger vom Einzug einer Erstprämie mit der Police sowie in weiterer Folge vom Einzug der Folgeprämien mit Prämienchein vor dem in der Police angeführten Hauptfälligkeitstermin informiert wird.

Diese Bekanntgabe gilt unter Verzicht auf die Einhaltung der diesbezüglichen Frist als entsprechende Vorabinformation für sämtliche vertraglichen Prämienfälligkeiten. Die Abbuchung von auf der Police ausgewiesenen Erstprämien erfolgt zum dort genannten Fälligkeitstermin. Auf Prämien Scheinen ausgewiesene Prämien werden jeweils zum Ersten des dort ausgewiesenen Fälligkeitstermins abgebucht. Fällt der Erste auf einen Samstag, Sonntag oder Feiertag, so erfolgt die Abbuchung am darauffolgenden Geschäftstag. Der Antragsteller/Versicherungsnehmer hat zu den jeweiligen Fälligkeitsterminen für ausreichende Kontodeckung zu sorgen.

9. Laufzeitabhängige Prämiennachlässe:

(Besondere Vereinbarung i.S. von Art. 4 Abs. 6 ABS; Art. 12 Pkt. 7 AHVB/EHVB)

Für Verträge mit einer mehrjährigen Laufzeit, gewährt der Versicherer einen laufzeitabhängigen Prämiennachlass für sich daraus ergebende risiko- und kostentechnische Vorteile. Dieser Nachlass wird nach Maßgabe der nachstehenden Tabelle gleichmäßig verteilt und ist im jeweils vorgeschriebenen Prämienzahlungsbetrag und bei sämtlichen künftig fällig werdenden Prämien bereits berücksichtigt.

Wird der Versicherungsvertrag vor Ablauf der jeweils vereinbarten Laufzeit aufgelöst, entfällt die Grundlage für den Prämiennachlass. Der Versicherungsnehmer ist in diesem Fall zur Rückzahlung eines Teiles des gewährten Prämiennachlasses nach Maßgabe der nachstehenden Tabelle verpflichtet.

Bei Vertragsauflösung nach

vollendeten	3	4	5	6	7	8	9	10	Jahren
sind	60	50	45	40	35	30	25	0	% der Bemessungsgrundlage

zurückzuzahlen.

Bei Vertragsauflösung während der ersten drei Jahre sind 60 % der Bemessungsgrundlage zurückzuzahlen.

Bemessungsgrundlage ist die bei Vertragsbeginn für den jeweiligen Vertrag vereinbarte und aus der Police ersichtliche Jahresfolgeprämienvorschreibung.

Im Fall der Auflösung des Versicherungsvertrages durch den Versicherer entfällt die Rückzahlung, sofern die Auflösung nicht auf einen Umstand zurückzuführen ist, der in der Sphäre des Versicherungsnehmers liegt.

Ausgenommen von dieser Regelung sind Kfz-Haftpflicht, Kasko, Assistance, Transport, Insassenunfall, Bauwesen, Wasserkasko und Ausstellungsversicherung, CMR-Frächterhaftung, Maschinen-Montage- und Maschinen-Garantie-Versicherung. Für diese Verträge wird kein Prämiennachlass im Hinblick auf die Vertragslaufzeit gewährt.

10. Nebengebühren

Neben der Prämie und allfälligen Zuschlägen für eine unterjährige Zahlweise ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, alle Nebengebühren zu bezahlen, die der Abgeltung von Mehraufwendungen dienen, die durch sein Verhalten veranlasst worden sind. Hiefür gelten die im – einen integrierenden Bestandteil des Vertrages bildenden – Gebührenblatt in der jeweils gültigen Fassung nach Maßgabe des § 41b VersVG angeführten Nebengebühren vereinbart.

11. Versicherungsperiode

Als Versicherungsperiode gilt, falls der Versicherungsvertrag nicht für kürzere Zeit abgeschlossen ist, der Zeitraum eines Jahres beginnend mit dem Tage des in der Police angeführten Hauptfälligkeitstermines. Der Hauptfälligkeitstermin ist der jeweils Erste eines Monats, in dem die in der Police ausgewiesene Versicherungsdauer endet. Die Versicherungsperiode beginnt jeweils mit 00:00 Uhr des ersten Tages, an dem der Vertrag abgeschlossen wird und endet um 24:00 Uhr des letzten Tages.

12. Belehrung über Rücktrittsrechte

12.1. § 3 KSchG (nur für Verbraucher)

Wurde der Vertragsabschluss vom Versicherungsnehmer als Verbraucher im Sinne des Konsumentenschutzgesetzes nicht selbst angebahnt und dieser Antrag nicht in den Geschäftsräumen des Versicherers gestellt, so ist er berechtigt, binnen einer Woche ab Zustandekommen dieses Vertrages schriftlich den Rücktritt vom Vertrag zu erklären.

12.2. § 3a KSchG (nur für Verbraucher)

Der Versicherungsnehmer kann als Verbraucher vom Vertrag weiters zurücktreten, wenn ohne seine Veranlassung für seine Einwilligung maßgebliche Umstände, die der Versicherer als Unternehmer im Zuge der Vertragsverhandlungen als wahrscheinlich dargestellt hat, nicht oder nur in erheblich geringerem Ausmaß eintreten. Dieses Rücktrittsrecht ist schriftlich (unverändert) binnen einer Woche auszuüben, sobald für den Verbraucher erkennbar ist, dass die vorgenannten Umstände nicht oder nur in erheblich geringerem Ausmaß eintreten und erlischt spätestens einen Monat nach Zustandekommen des Vertrages.

12.3. Rücktritt gem. § 5b VersVG

Der Versicherungsnehmer kann schriftlich, sofern nach Maßgabe der getroffenen Vereinbarung die Schriftform vereinbart wurde, ansonsten in geschriebener Form, binnen zwei Wochen ab Erhalt der Police seinen Rücktritt vom Vertrag erklären, sofern er

- keine Kopie seiner Vertragserklärung erhalten hat,
- die Versicherungsbedingungen einschließlich der Bestimmungen über die Festsetzung der Prämie, soweit diese nicht im Antrag bestimmt ist, und über vorgesehene Änderungen der Prämie nicht vor Abgabe seiner Vertragserklärung erhalten hat,
- die in den §§ 9a und 18b des VAG und sofern die Vermittlung durch einen Versicherungsvermittler in der Form Versicherungsagent erfolgte, die in den §§ 137f Abs. 7 bis 8 und 137g der GewO unter Beachtung des § 137h der GewO vorgesehenen Mitteilungen nicht erhalten hat.

Das Rücktrittsrecht erlischt spätestens einen Monat nach Zugang des Versicherungsscheins einschließlich einer Belehrung über das Rücktrittsrecht. Dieses Rücktrittsrecht besteht nicht, wenn die Vertragslaufzeit weniger als sechs Monate beträgt.

12.4. Rücktritt gem. § 5c VersVG (nur für Verbraucher)

Der Versicherungsnehmer, der den Versicherungsvertrag als Verbraucher im Sinne des § 1 KSchG abgeschlossen hat, kann vom Vertrag oder seiner Vertragserklärung binnen 14 Tagen schriftlich, sofern nach Maßgabe der getroffenen Vereinbarung die Schriftform vereinbart wurde, ansonsten in geschriebener Form, zurücktreten. Die Frist zur Ausübung des Rücktrittsrechts beginnt mit dem Tag zu laufen, an dem dem Versicherungsnehmer

- der Versicherungsschein und die Versicherungsbedingungen einschließlich der Bestimmungen über die Prämienfestsetzung oder -änderung,
- die in §§ 9a und 18b VAG sowie in den §§ 137f Abs. 7 und 8 und 137g in Verbindung mit § 137h GewO 1994 vorgesehenen Informationen und
- eine Belehrung über das Rücktrittsrecht zugegangen sind.

Dieses Rücktrittsrecht besteht nicht, wenn die Vertragslaufzeit weniger als sechs Monate beträgt. Es erlischt spätestens einen Monat nach dem Zugang des Versicherungsscheins und einer Belehrung über das Rücktrittsrecht.

12.5 Rücktritt gem. § 8 FernFinG

(nur für Verbraucher bei Fernabsatzverträgen)

Der Versicherungsnehmer kann als Verbraucher vom Vertrag innerhalb von 14 Tagen ab Erhalt der Police zurücktreten. Die Frist ist jedenfalls gewahrt, wenn der Rücktritt schriftlich oder auf einem anderen, dem Empfänger zur Verfügung stehenden und zugänglichen dauerhaften Datenträger erklärt und diese Erklärung vor Ablauf der Frist abgesendet wird. Rücktrittserklärungen nach dieser Bestimmung sind an die im Kopf dieser Allgemeinen Geschäftsbedingungen angeführten Anschrift des Versicherers zu senden.

13. § 14 KHVG Laufzeit (gilt nur für die Kfz-Haftpflichtversicherung)

Eine als Einzelvertrag oder im Rahmen einer Bündelversicherung abgeschlossene Kraftfahrzeug-Haftpflichtversicherung endet, wenn sie

- mit einem Monatsersten, 00:00 Uhr, begonnen hat, ein Jahr nach diesem Zeitpunkt
- zu einem anderen Zeitpunkt begonnen hat, mit dem nächstfolgenden Monatsersten, 00:00 Uhr, nach Ablauf eines Jahres, es sei denn, es wurde eine kürzere Laufzeit als ein Jahr vereinbart.

Der Versicherungsvertrag verlängert sich um jeweils ein Jahr, wenn er nicht spätestens einen Monat vor Ablauf schriftlich gekündigt worden ist. Beträgt die Laufzeit weniger als ein Jahr, so endet der Vertrag, ohne dass es einer Kündigung bedarf.

14. Vorvertragliche Anzeigepflicht

Der Antragsteller ist gemäß § 16 VersVG verpflichtet, die Fragen nach den gefahrerheblichen Umständen – in der Personenversicherung die Gesundheitsfragen – richtig und vollständig zu beantworten. Unvollständige oder unrichtige Angaben hindern den Versicherer, die von ihm zu übernehmende Gefahr richtig einzuschätzen.

Bei schuldhafter Verletzung dieser Pflicht kann der Versicherer unter den in §§ 16 ff VersVG bestimmten Umständen vom Vertrag zurücktreten oder ihn anfechten und gegebenenfalls die Leistung verweigern.

15. Zustimmung zur Ermittlung, Übermittlung und sonstigen Verwendung von Daten

15.1. In der Schadenversicherung/Kfz-Haftpflichtversicherung

Der Antragsteller und die zu versichernden Personen stimmen ausdrücklich zu, dass zur Beurteilung, ob und unter welchen Bedingungen ein Versicherungsvertrag abgeschlossen, geändert oder fortgesetzt wird, nach Eintritt eines Versicherungsfalles zur Beurteilung und Erfüllung von Ansprüchen sowie in der Kfz-Haftpflichtversicherung im Zusammenhang mit der PrämienEinstufung im Bonus/Malus-System Personenidentifikationsdaten (Name, Geburtsdatum, Adresse) und Versicherungsfalldaten vom Versicherer an andere die Schadenversicherung in Österreich betreibende Versicherungsunternehmen und von diesen an den Versicherer übermittelt werden. Diesem Zweck dient auch das "Zentrale Informationssystem - ZIS" des Verbandes der Versicherungsunternehmen Österreichs, Schwarzenbergplatz 7, 1030 Wien (Informationsverbundsystem iSd § 4 Z 13 DSG). Das "Zentrale Informationssystem - ZIS" ist eine Einrichtung der Versicherungswirtschaft zur Verhinderung und Bekämpfung des Versicherungsmissbrauchs und des Versicherungsbetruges.

15.2. In der Personenversicherung

15.2.1. bei Vertragsabschluss

Der Antragsteller (sofern dieser nicht auch die zu versichernde Person ist, auch diese) stimmt zu, dass der Versicherer zur Beurteilung, ob und zu welchen Bedingungen ein Versicherungsvertrag abgeschlossen oder geändert wird, personenbezogene Gesundheitsdaten durch unerlässliche Auskünfte von den untersuchenden oder behandelnden Ärzten, Krankenanstalten, sonstigen Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge, sowie den bekannt gegebenen Sozialversicherungsträgern einholen darf.

Unerlässliche Auskünfte im Sinne des vorstehenden Absatzes sind die zur Vertragsbeurteilung erforderlichen Auskünfte und Unterlagen der genannten Ärzte und Einrichtungen. Davon umfasst sind die zu dieser Beurteilung erforderlichen medizinischen Unterlagen (Anamnese, Entlassungsberichte, sämtliche diagnostische Befunde, Infusionsblatt, klinische oder ärztliche Aufnahme- und Behandlungsdaten, wobei in Einzelfällen auch mit weniger Unterlagen das Auslangen gefunden werden kann). Der Antragsteller und die zu versichernden Personen entbinden die vorgeannten Befragten im Voraus von der ärztlichen und sonstigen beruflichen Schweigepflicht im Umfang der erteilten Zustimmungserklärung.

15.2.2. im Versicherungsfall

Sofern der Antragsteller und/oder die zu versichernden Personen dazu vorher ihre (nach Maßgabe des § 11a Abs 2 Z 4 VersVG ausdrückliche und in geschriebener Form gesondert erklärte) Zustimmung erteilt haben, gilt Folgendes vereinbart:

Der Versicherer ist zur Beurteilung und Erfüllung von Ansprüchen aus einem konkreten Versicherungsfall und zur Überprüfung erbrachter

Behandlungsleistungen berechtigt, personenbezogene Gesundheitsdaten durch unerlässliche Auskünfte von untersuchenden oder behandelnden Ärzten, Krankenanstalten oder sonstigen Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge über Diagnose sowie Art und Dauer der Behandlung einzuholen.

Unerlässliche Auskünfte im Sinne des vorstehenden Absatzes sind die im Einzelfall zur Beurteilung der Leistungspflicht erforderlichen Auskünfte über die mit dem konkreten Versicherungsfall im Zusammenhang stehenden Krankheiten, Unfallfolgen und Gebrechen von den genannten Ärzten, Krankenanstalten sowie sonstigen Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge. Davon umfasst sind die zur Beurteilung unerlässlichen medizinischen Unterlagen (Daten zum Grund der stationären Aufnahme oder ambulanten Behandlung, zu allfälligen Unfallgründen, zur erbrachten Behandlungsleistung, über die Aufenthalts- oder Behandlungsdauer sowie zur Behandlungsentlassung oder -beendigung; etwa Anamnese der aktuellen Behandlung/Aufnahme und Statusblatt, Fieberkurve mit Infusionsplan, sämtliche diagnostische Befunde, OP-Bericht, ärztlicher Verlaufsbericht, Anästhesieprotokoll, Verlaufsbericht der pflegerischen Maßnahmen, Entlassungsbericht, gerichtsmedizinische Befunde, Einsatz-, Behördenprotokolle, wobei in Einzelfällen auch mit weniger Unterlagen das Auslangen gefunden werden kann).

Der Antragsteller und die zu versichernden Personen entbinden die vorgeannten Befragten im Voraus von der ärztlichen und sonstigen beruflichen Schweigepflicht im Umfang der erteilten Zustimmungserklärung.

Im Fall einer solchen Datenermittlung werden der Antragsteller und die zu versichernde Person 14 Tage im Voraus über die beabsichtigte Datenermittlung und deren Zweck und konkretes Ausmaß verständigt. Dieser Datenermittlung kann binnen der 14-tägigen Frist dem Versicherer gegenüber widersprochen werden.

Nach § 11a VersVG besteht für den Antragsteller und die zu versichernden Personen auch die Möglichkeit, der Datenermittlung jeweils im Einzelfall zuzustimmen. Machen der Antragsteller und die zu versichernden Personen von diesem Recht auf Einzelfallzustimmung Gebrauch, so haben sie dies dem Versicherer in geschriebener Form mitzuteilen.

Der Antragsteller und die zu versichernden Personen stimmen zu, dass der Versicherer Auskünfte über zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles beantragte, bestehende oder beendete Personenversicherungen bei Sozialversicherungsträgern, öffentlichen Fonds zur Gesundheitsfinanzierung und privaten Versicherungsunternehmen (bei Doppelversicherungen) zur Beurteilung der Leistungspflicht im unerlässlichen Ausmaß einholt.

15.2.3. Zustimmung zur Verwendung personenbezogener Daten im Rahmen des ZIS

Das Zentrale Informationssystem (ZIS) des Verbandes der Versicherungsunternehmen Österreichs, 1030 Wien, Schwarzenbergplatz 7 ist eine Einrichtung der Versicherungswirtschaft zur Verhinderung und Bekämpfung von Geldwäsche, Versicherungsmissbrauch und Versicherungsbetrug in der Kranken-, Lebens- und Berufsunfähigkeitsversicherung. Der Antragsteller und die zu versichernden Personen stimmen zu, dass der Versicherer zur Beurteilung, ob und zu welchen Bedingungen ein Versicherungsvertrag abgeschlossen, geändert oder fortgesetzt wird Personenidentifikationsdaten (Name, Geburtsdatum) sowie das Meldedatum, die betroffene Versicherungssparte und Daten zum Meldestatus (jedoch keine Gesundheitsdaten) im Rahmen des ZIS in Einzelfällen an andere die Personenversicherung in Österreich betreibende Versicherungsunternehmen übermitteln und von diesen auch erhalten kann.

15.3. Weitergabe von Daten für Werbezwecke

Der Antragsteller und die zu versichernden Personen stimmen ferner zu, dass der Versicherer Personenidentifikations- und Vertragsdaten (z.B. Art des Vertrages, Laufzeit, Versicherungssumme; keinesfalls sensible Daten) zu ihrer Betreuung und Beratung auch hinsichtlich anderer Finanzdienstleistungsprodukte verwendet oder durch Konzern- und Partnerunternehmen verwenden lässt und dass ihnen, auch telefonisch, per Fax, E-Mail usw. Vorschläge für Vertragsanpassungen und andere Produkte unterbreitet werden. Die aktuellen Konzern- und Partnerunternehmen sind im Internet auf unserer Homepage (www.keinesorgen.at) zu finden oder können über die Servicehotline 057891-0 erfragt werden.

Die Zustimmung zur Datenverwendung für Werbezwecke kann jederzeit widerrufen werden

15.4. Widerruf und Verweigerung der Zustimmung

Eine erteilte Zustimmung kann vom Antragsteller und den versicherten Personen nach Maßgabe der Bestimmungen des DSG oder des VersVG jederzeit widerrufen werden. Im Fall des Widerrufs der Zustimmung gemäß Punkt 15.2.1. kann der Versicherer bis zum Erhalt aller erforderlichen Unterlagen die Antragsprüfung nicht vornehmen. Ein solcher Widerruf kann daher zur Folge haben, dass sich der Versicherer die Einholung weiterer Unterlagen vorbehält oder den Antrag ablehnt.

Bei einem Widerspruch gemäß Punkt 15.2.2. binnen 14 Tagen oder bei Verweigerung der Zustimmung im Einzelfall sind die benötigten Unterlagen vom Antragsteller, Bezugsberechtigten oder den zu versichernden Personen in vollem Umfang beizubringen. Bis zum Erhalt aller benötigten Unterlagen können Leistungsansprüche nicht fällig werden.

16. Ermächtigung zur Übermittlung von Angeboten zur Vertragsanpassung und Deckungserweiterung – vertragliche Erklärungsfiction

Der Versicherungsnehmer ermächtigt den Versicherer zur Vermeidung von Deckungslücken, ihm – im Rahmen von Prämienvorschreibungen oder gesondert – Angebote zur Verbesserung und Erweiterung der Deckung des abgeschlossenen Versicherungsvertrages zu unterbreiten. Hierzu kann der Versicherer eine entsprechende Vertragsanpassung im Wege eines Zahlscheines oder einer Prämienabbuchung im Rahmen einer erteilten Ermächtigung zur Einziehung der Prämie mit Lastschrift unterbreiten.

Es gilt ausdrücklich vereinbart, dass die Unterlassung einer ausdrücklichen Ablehnung in geschriebener Form binnen 3 Wochen ab Zugang eines solchen Angebotes als Vertragsannahme durch den Versicherungsnehmer gilt.

Der Versicherer wird den Versicherungsnehmer in einem in dieser Form an ihn gerichteten Angebot auf die Bedeutung seines Verhaltens und dessen Rechtfolgen (Wirkung des Schweigens als Annahme) sowie auf die vorgenannten Fristen zur Ablehnung des Angebotes – im Sinne des § 6 Abs. 1 Z 2 KSchG – ausdrücklich hinweisen.

17. Vereinbarung zur Form von Erklärungen und anderen Informationen:

17.1. Schriftform

Folgende Erklärungen und Mitteilungen zwischen Versicherer und Versicherungsnehmern bzw. Versicherten oder sonstigen Dritten sind nur in Schriftform wirksam:

- Kündigungen,
- Rücktrittserklärungen,
- einvernehmliche Auflösungen von Versicherungsverträgen,
- Anträge auf Prämienfreistellung und Rückkauf von Lebensversicherungen,
- Anzeigen des Wegfalls des versicherten Interesses und
- Anträge auf Änderung des Anspruchsberechtigten für den Erhalt von Versicherungsleistungen (z.B. Bezugsrechtsänderung).

Schriftform bedeutet, dass dem Erklärungsempfänger das Original der Erklärung mit eigenhändiger Unterschrift des Erklärenden zugehen muss, um rechtswirksam zu werden. Die qualifizierte elektronische Unterschrift gemäß § 4 Signaturgesetz ist der eigenhändigen Unterschrift nicht gleichgestellt.

17.2. Geschriebene Form

Für alle anderen Erklärungen und Informationen des Versicherungsnehmers bzw. Versicherten oder sonstiger Dritter im Zusammenhang mit den beantragten Versicherungen gilt die geschriebene Form.

Geschriebene Form bedeutet, dass die jeweilige Erklärung oder Mitteilung dem Empfänger durch einen Text in Schriftzeichen, aus dem die Person des Erklärenden hervorgeht (z.B. Telefax oder E-Mail), zugeht.

17.3. Bloß mündlich abgegebene Erklärungen und Informationen des Versicherungsnehmers, des Versicherten oder sonstiger Dritter sind nicht wirksam.

17.4. Gesetzliche Schriftformgebote bleiben von dieser Vereinbarung unberührt.

17.5. Soweit die Oberösterreichische Versicherung AG für Vertragsabschlüsse ab 1. Juli 2012 Versicherungsbedingungen und Klauseln vor diesem Zeitpunkt verwendet, in denen für die Wirksamkeit von Erklärungen des Versicherungsnehmers die Schriftform gefordert wird, tritt an die Stelle der dort vorgesehenen Schriftform die geschriebene Form. Der geschriebenen Form wird durch Zugang eines Textes in Schriftzeichen entsprochen, aus dem die Person des Erklärenden hervorgeht (z.B. Telefax oder Email).

Dies gilt nicht für nachstehende Erklärungen und Mitteilungen des Versicherungsnehmers:

- Kündigungen und Rücktrittserklärungen,
- Anträge auf Prämienfreistellung und Rückkauf von Lebensversicherungen,
- Anzeigen des Wegfalls des versicherten Interesses,
- Anträge auf Änderung des Anspruchsberechtigten für den Erhalt von Versicherungsleistungen (z.B. Bezugsrechtsänderung)

Für diese gilt nach Maßgabe der getroffenen Vereinbarung weiterhin die Schriftform. Schriftform bedeutet, dass der Oberösterreichischen Versicherung AG das Original der Erklärung mit eigenhändiger Unterschrift des Erklärenden zugehen muss.

18. Haftungsausschluss

Der Versicherer haftet für das Fehlverhalten seiner gesetzlichen Vertreter sowie sonstiger Personen, deren er sich zur Erfüllung seiner vertraglichen Verpflichtungen bedient, nur bei Vorsatz und grober Fahrlässigkeit. Dies gilt nicht bei Personenschäden.

19. Beschwerdestelle

Bei der Oberösterreichischen Versicherung AG ist eine Beschwerdestelle eingerichtet, an welche sich der Versicherungsnehmer bei Beschwerden im Zusammenhang mit der Abwicklung seines Versicherungsvertrages wenden kann. Oberösterreichische Versicherung AG – Beschwerdestelle, Gruberstraße 32, 4020 Linz, E-Mail: beschwerdestelle@ooev.at, Tel.: 05/7891-71343

20. Versicherungsaufsichtsbehörde

Zuständige Aufsichtsbehörde für den Versicherungsvertrag betreffende Anfragen/Beschwerden ist die Finanzmarktaufsichtsbehörde, Otto-Wagner-Platz 5, 1090 Wien.

21. Vertragssprache, anwendbares Recht

Vertragssprache ist deutsch. Es gilt österreichisches Recht.

Abkürzungsverzeichnis:

VersVG	Versicherungsvertragsgesetz
KSchG	Konsumentenschutzgesetz
ABS	Allgemeine Bedingungen für die Sachversicherung
AHVB/EHVB	Allgemeine und ergänzende allgemeine Bedingungen für die Haftpflichtversicherung
VAG	Versicherungsaufsichtsgesetz
GewO	Gewerbeordnung 1994
FernFinG	Fern-Finanzdienstleistungs-Gesetz
KHVG	Kraftfahrzeug-Haftpflichtversicherungsgesetz 1994
DSG	Datenschutzgesetz 2000
VersRÄG	Versicherungsrechts-Änderungsgesetz 2012
BGBI	Bundesgesetzblatt

Stand: 1. November 2013