



Versicherungsbedingungen safe4beauty Komplikationskostenversicherung

06.2023 - Österreich

Inhalt

Der Versicherungsumfang	3
1. Versicherungsumfang	3
2. Voraussetzungen für den Versicherungsschutz.....	3
3. Versicherungsleistungen	4
4. Versicherungssummen.....	5
5. In welchen Fällen besteht kein Versicherungsschutz?	6
Die Versicherungsdauer.....	7
6. Wann beginnt und wann endet der Versicherungsschutz?.....	7
Die Versicherungsprämie	7
7. Was müssen Sie bei der Prämienzahlung beachten?	7
8. Was ist im Leistungsfall zu beachten (Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalles)?	8
9. Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?	8
10. Wann sind unsere Leistungen fällig?	9
Weitere Bestimmungen	9
11. Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?	9
12. Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten?	11
13. Wann verjähren die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag?	11
14. Aufsichtsbehörde.....	11
15. Identität des Versicherers	11
16. Welches Gericht ist zuständig?	12
17. Welches Recht findet Anwendung?	12
18. Vertragssprache.....	12
19. Wer ist für Ihre Beschwerden zuständig?.....	12

20. Datenschutzhinweis	14
21. Anhang 1 - Auszüge aus dem Versicherungsvertragsgesetz (VersVG).....	15
22. Anhang 2 - Auszug aus dem Konsumentenschutzgesetz (KSchG).....	20

Der Versicherungsumfang

1. Versicherungsumfang

- 1.1 Wir bieten Ihnen Versicherungsschutz für schicksalhafte Komplikationen (nachfolgend versicherte Komplikation) von kosmetischen und ästhetischen Operationen oder Behandlungen (nachfolgend versicherter Eingriff), welche während der Vertragslaufzeit eine weitere ärztliche Versorgung notwendig machen.
- 1.2 Ein Versicherungsfall liegt vor, wenn bei der versicherten Person nach einem versicherten Eingriff während der Dauer des Versicherungsschutzes versicherte Komplikationen in Zusammenhang mit diesem Eingriff auftreten und Ihre gesetzliche Sozialversicherung, die private Krankenversicherung oder die private Zusatzkrankenversicherung die hieraus anfallenden Behandlungskosten nicht bzw. nur teilweise übernimmt. Sofern Sie privat krankenversichert oder zusatzkrankenversichert sind, liegt ein Versicherungsfall vor, sofern die Übernahme dieser Kosten von Ihrer privaten Krankenversicherung oder Zusatzkrankenversicherung nicht oder nur teilweise erfolgt.
- 1.3 Eine versicherte Komplikation liegt vor, wenn es zu objektiv feststellbaren, unerwarteten und schicksalhaften Folgen des versicherten Eingriffs kommt, die eine - über den Behandlungsvertrag hinausgehende - medizinisch notwendige ärztliche Behandlung erforderlich machen. Kosten, die im Rahmen der üblichen vertraglichen vorgesehenen Nachbehandlung entstehen, werden nicht erstattet. Bitte beachten Sie in diesen Zusammenhang die Ausschlüsse unter 5.
- 1.4 Eine Kapselbildung nach Baker 3 oder 4 gelten als versicherte Komplikation.
- 1.5 Sämtliche Behandlungen infolge von versicherten Komplikationen gelten als ein Versicherungsfall, sofern sie auf einen Behandlungsvertrag zurückzuführen sind.
- 1.6 Operationen zur Herstellung des ursprünglichen Operationsergebnisses nach einer versicherten Komplikation (z.B. Einsetzen neuer Implantate nach einer Kapselbildung Baker 3) lösen keine Verlängerung / Veränderung der Versicherungslaufzeit aus.
- 1.7 Im Rahmen des versicherten Eingriffs gemäß Ziffer 1.1. sind zusätzlich die Kosten von Behandlungen zur Wiederherstellung des ursprünglich geplanten Operationsergebnisses bis zur Höhe der Versicherungssummen in Ziffer 4 mitversichert.

2. Voraussetzungen für den Versicherungsschutz

Die Versicherungsleistung können wir nur unter folgenden Voraussetzungen erbringen:

- 2.1 Die versicherte Person hat einen Behandlungsvertrag über einen versicherten Eingriff abgeschlossen.
- 2.2 Der Vertragsabschluss erfolgt vor Beginn des versicherten Eingriffs.
- 2.3 Der Hauptwohnsitz der versicherten Person befindet sich in Österreich. Die versicherte Behandlung findet in einem der nachfolgenden Länder statt:
 - Österreich
 - Deutschland
 - Italien
 - Tschechische Republik

Die Behandlung der versicherten Komplikation findet entweder im Land des Hauptwohnsitzes der versicherten Person oder bei jener Klinik im Ausland statt, wo die versicherte Behandlung stattgefunden hat.

- 2.4 Die Komplikation ist innerhalb der Versicherungslaufzeit eingetreten, weiters wurde diese von einem Arzt in geschriebener Form festgestellt und beim Versicherer innerhalb der Versicherungslaufzeit schriftlich angezeigt.
- 2.5 Die Behandlung der versicherten Komplikation beginnt innerhalb der vereinbarten Versicherungslaufzeit.

- 2.5.1 Sollte die Komplikation erst in den letzten 3 Monaten vor Ablauf der vereinbarten Vertragslaufzeit fristgerecht gemeldet werden, verlängert sich der mögliche Behandlungszeitraum der Komplikation um weitere 3 Monate. Die 3 Monate beginnen mit der Meldung der Komplikation zu laufen.
- 2.6 Versichert gelten Behandlungen der versicherten Komplikation bis maximal 12 Monate nach Ablauf der Versicherungslaufzeit.
- 2.6.1 Sofern Punkt 2.5.1 in Bezug auf den Behandlungsbeginn angewendet wurde, so wird die 12-monatige Frist für die Behandlungsdauer ab dem Zeitpunkt des Ablaufes der Frist nach 2.5.1 angewendet.
- 2.7 Die Faltenbehandlungen (versichert gelten maximal 3 Behandlungen in einem Kalenderjahr) werden ausschließlich von Ärzten durchgeführt. In Punkt 5.15 sind die Detailkriterien für die Versicherbarkeit der Faltenbehandlung und die Ausschlüsse definiert.
- 2.8 Brustvergrößerungen können nur für jene Personen versichert werden, welche bislang noch keine Kapselbrosen erlitten haben. In Punkt 5.14 sind die Detailkriterien für die Versicherbarkeit von Brustvergrößerungen festgehalten.

3. Versicherungsleistungen

- 3.1 Kostenbeteiligung bzw. -übernahme für Heilbehandlungen
- 3.1.1 Die Kostenübernahme erstreckt sich sowohl auf die erforderliche Behandlung zur medizinisch notwendigen Beseitigung der aufgetretenen schicksalhaften Komplikation als auch auf die Herstellung des ursprünglichen geplanten Operationsergebnisses.
- 3.1.2 Ambulante Heil- und Notfallbehandlungen:
Bei Notfallbehandlungen ist ein Kostenvoranschlag nicht notwendig. Bitte beachten sie die Versicherungssummen gemäss 4. Die Versicherungsleistungen setzen einen Rückforderungsbescheid bzw. Ihre Anfrage auf Leistung bei Ihrer Krankenversicherung/Ihres Krankenversicherers voraus..
- 3.1.3 Stationäre Heil- und Notfallbehandlung in Privatkliniken:
Wir erstatten Kosten für kurzstationäre Aufenthalte bis 48 Stunden nach Vorlage eines Kostenvoranschlags, welcher explizit durch uns geprüft und genehmigt wird. Bei Notfallbehandlungen ist ein Kostenvoranschlag nicht notwendig. Bitte beachten sie die Versicherungssummen gemäss 4. Die Versicherungsleistungen setzen einen Rückforderungsbescheid bzw. Ihre Anfrage auf Leistung bei Ihrer Krankenversicherung/Ihres Krankenversicherers voraus..
- 3.1.4 Stationäre Behandlung in öffentlichen Kliniken:
Wir erstatten den Teil der Kosten für stationäre Behandlungen, der von ihrer gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung nicht übernommen bzw. zurückgefordert wird. Die Inanspruchnahme Ihrer Krankenversicherung ist nachzuweisen.

Für Ihre Inanspruchnahme der stationären Leistungen ist der Versicherungsschutz bei Ihrer Krankenversicherung massgeblich. Darüber hinausgehende Leistungen, z.B. Chefarztbehandlung oder 1-Bett-Zimmer sind nicht versichert. Bitte beachten sie die Versicherungssummen gemäß 4.

Die Versicherungsleistungen setzen einen Rückforderungsbescheid bzw. Ihre Anfrage auf Leistung bei Ihrer Krankenversicherung/Ihres Krankenversicherers voraus.
- 3.2 Reisekosten

Wir übernehmen nachgewiesene Fahrtkosten im Zusammenhang mit dem Versicherungsfall bis zu einer Höhe von 300 EUR, sofern die Anreise zum behandelnden Arzt/Krankenhaus mehr als 50 km beträgt. Bei der Benutzung eines eigenen PKW erstatten wir einen Betrag von 0,30 EUR je gefahrenen Kilometer, maximal 300 EUR.
- 3.3 Untersuchungs- / Biopsiekosten bei einer Kapselbrosen
- Bei einer Kapselbrosen ist uns der Grad der Kapselbrosen mittels einer Mammasonographie in Kombination mit einem ärztlichen Untersuchungsbericht (Kapseldicke > 0.81 mm äquivalent zu einem Baker Grad 3 im unteren und oberen Pol der Brustwarze, plus Vorlage der Fotodokumentation, plus Dokumentierung der Schmerzen unter Druck und Ruhe) oder mittels einer Biopsie nachzuweisen. Die Kosten hierfür werden durch uns getragen. Wir können Ihnen oder dem behandelnden Arzt ein Institut / Labor nennen, welches die Kosten direkt mit uns abrechnet.

4. Versicherungssummen

Für die Leistungsbestandteile 3.1.1-3.1.4 gilt:

- 4.1 Wir übernehmen die Kosten gemäß 3.1.1 – 3.1.4 , die Ihnen der Krankenversicherungsträger als Rückforderung entweder in Rechnung stellt oder in Form eines Bescheides ablehnt, maximal jedoch EUR 300.000,- für alle Komplikationen.
- 4.2 Bei Wahlärzten und nicht fondsfinanzierten Krankenanstalten übernehmen wir die Kosten gemäß 3.1.1 – 3.1.4 , die Ihnen der Krankenversicherungsträger als Rückforderung entweder in Rechnung stellt oder in Form eines Bescheides ablehnt, gemäß der nachstehend gelisteten Maximalentschädigungsleistungen, maximiert mit EUR 10.000,- für alle Komplikationen wie folgt:

Art der Behandlung	Max. Entschädigungsleistung
Postoperative Krankheitskosten ohne Operation	max. 1.000,00 EUR pro OP
Krankheitskosten mit Lokalanästhesie	max. 750,00 EUR pro OP
Chirurgiekosten mit Vollnarkose	max. 2.000,00 EUR pro OP
Chirurgiekosten mit Vollnarkose (entnahme und Reimplantation Implantat)	max. 3.000,00 EUR pro OP
Anästhesiekosten	max.300,00 EUR pro Std./max. 3 Std. pro OP
Operationsraum	max. 1.000,00 EUR pro OP
Kosten pro Implantat	max. 500,00 EUR pro OP (auch Eigenfett)
Tagegeld pro Nacht/Übernachungskosten (max. 3 Nächte)	max. 300,00 EUR pro Nacht
Gesamtleistung maximal:	10.000,00 EUR

- 4.3 Bei fondsfinanzierten Krankenanstalten erstatten wir subsidiär zu etwaig bestehenden Privatkrankenversicherungen die verrechneten Kosten, maximiert mit dem Kostenkatalog gemäß Punkt 4.2.
- 4.4 Die Mehrwertsteuererstattung auf uns eingereichten Rechnungen entfällt, sofern die abgerechnete Leistung umsatzsteuerbefreit ist.
- 4.5 Bei Faltenbehandlung (Filler- / Botox-Behandlung / Fadenlifting) gelten in Abänderung der Punkte 4.1 bis 4.4 nachstehende Versicherungssummen vereinbart:
- 4.5.1 Bei Fillerbehandlungen:
- 4.5.1.1 Versichert gelten Kortikosteroid-Behandlungen bis max. € 500.
 - 4.5.1.2 Sofern die Kortikosteroid-Behandlung keine Heilung bewirkt bzw. diese Behandlungsart nicht angewendet werden kann, gilt vereinbart:
 - 4.5.1.3 Zusätzlich zu den etwaig angefallenen Kosten gem. Punkt 4.5.1 erstatten Ihnen maximal € 1.500,- für die Behandlungskosten des Arztes
- 4.5.2 Bei Botox-Behandlungen und Fadenlifting:
- 4.5.2.1 Versichert gelten Behandlungen bis maximal EUR 1.500,-.

5. In welchen Fällen besteht kein Versicherungsschutz?

- 5.1 Folgen eines Kunst- und/oder Behandlungsfehlers bzw. Erfüllungsschäden aus dem Behandlungsvertrag.
- 5.2 Komplikationen, die ohne medizinische Hilfe abheilen oder abheilen können; Versicherungsschutz besteht auch dann nicht, wenn Sie gleichwohl ärztlich behandelt wurden.
- 5.3 Schuldhaftes Abweichen von den Verhaltensempfehlungen des behandelnden Arztes.
- 5.4 Unzufriedenheit mit dem Ergebnis, die ausschließlich auf Ihr subjektives Empfinden zurückzuführen ist.
- 5.5 Kuren sowie Aufenthalte in Sanatorien und Erholungsheimen.
- 5.6 Komplikationen, die Ihnen dadurch zustoßen, dass Sie vorsätzlich eine Straftat ausführen oder dies versuchen sowie infolge selbst beigebrachter Verletzungen.
- 5.7 Kapsel fibrose Baker 1 oder 2.
- 5.8 Narbenwucherungen oder Narbenwülste.
Versichert sind jedoch Narbenwucherungen und Narbenwülsten in Folge einer versicherten Komplikation bis zu einem Höchstbetrag von 300 € pro Vertrag.
- 5.9 Asymmetrien und Formverschlechterungen.
Hierunter sind optisch nicht zufriedenstellende Resultate von Operationen nach Abschluss der Heilbehandlung gemäß Behandlungsvertrag zu verstehen. Vom Versicherungsschutz erfasst sind jedoch Asymmetrien aufgrund nachweisbarer krankhafter Veränderungen, die zu optischen Beeinträchtigungen geführt haben (z.B. Muskeler schlaffungen).
- 5.10 Nervenverletzungen, Parästhesie (Kribbeln, Jucken, Pelzigkeit u.ä.), Taubheitsgefühle und Sensibilitätsstörungen.
- 5.11 Gesundheitsschäden durch Strahlen.
- 5.12 Bei Augenlidstraffungen: Erblindung.
- 5.13 Bei Face-Liftings: Haarausfall.
- 5.14 Bei Brustvergrößerung:
 - 5.14.1 Folgende Personengruppen können nicht versichert werden:
 - 5.14.1.1 Personen, welche bereits eine Kapsel fibrose - unabhängig des Grades – erlitten haben.
 - 5.14.1.2 Personen, welche bereits eine Brustvergrößerung innerhalb der letzten 2 Jahre haben vornehmen lassen und es dabei zu Komplikationen gekommen ist.
- 5.15 Bei Faltenbehandlung (Filler-/ Botox-Behandlung / Fadenlifting):
 - 5.15.1 Folgende Personengruppen können nicht versichert werden:
 - 5.15.1.1 Personen mit Autoimmunerkrankungen.
 - 5.15.1.2 Personen mit Herpes, Akne oder Hautentzündungen.
 - 5.15.1.3 Personen mit erhöhter Blutgerinnungsgefahr(“Bluter” und / oder Einnahme von Blutverdünnungsmittel).
 - 5.15.1.4 Personen mit bekannter Unverträglichkeit von Hyaluronsäure.
 - 5.15.1.5 Schwangere Frauen und stillende Mütter.
- 5.16 Beeinträchtigungen infolge psychischer Reaktionen.
- 5.17 Wir als Versicherer werden keinen Versicherungsschutz bieten und nicht dazu verpflichtet sein, einen Schaden oder eine Versicherungsleistung aus diesem Vertrag zu zahlen, soweit dieser Versicherungsschutz, eine Schadenzahlung oder eine Leistung uns oder unsere Mutter- oder Holding-Gesellschaft einer Sanktion, einem Verbot oder einer Restriktion gemäß UN-Resolutionen oder Handels- oder Wirtschaftssanktionen, Gesetzen oder Anordnungen der EU, des Vereinigten Königreiches, Deutschlands oder den USA aussetzen würde.

Die Versicherungsdauer

6. Wann beginnt und wann endet der Versicherungsschutz?

6.1 **Beginn des Versicherungsschutzes**

Der Versicherungsvertrag kommt mit dem Zugang unseres Annahmeschreibens bei Ihnen zustande. Der Versicherungsschutz beginnt jedoch erst automatisch an dem Tag, an dem der versicherte Eingriff vorgenommen wird. Voraussetzung ist die fristgerechte Zahlung der Einmalprämie spätestens 14 Tage nach dem versicherten Eingriff.

6.2 **Dauer und Ende des Versicherungsschutzes**

Der Versicherungsvertrag hat eine feste Laufzeit gemäß Versicherungspolizze (12, 24 oder 36 Monate) ab dem Tag des Eingriffs und kann innerhalb dieses Zeitraumes von keiner der Vertragsparteien gekündigt werden.

6.3 **Dauer und Ende des Versicherungsschutzes – Faltenversicherung (Filler-/ Botox-Behandlung / Fadenlifting) – maximal 3 versicherte Faltenbehandlungen innerhalb eines Kalenderjahres**

Abweichend von Ziffer 6.2 gilt hinsichtlich des Versicherungsschutzes bezüglich der Faltenversicherung folgendes:

- die dritte Faltenbehandlung muss innerhalb des versicherten Kalenderjahres durchgeführt werden
- der Versicherungsschutz besteht für jeden versicherten Eingriff für 180 Tage, sofern kein erneuter Eingriff im selben Körperareal durchgeführt wird. Handelt es sich bei dem erneuten Eingriff um eine versicherte Faltenbehandlung (Filler-/ Botox-Behandlung, Fadenlifting) besteht Versicherungsschutz für 180 Tage ab deren Durchführung. Handelt es sich dabei nicht um eine versicherte Behandlung, entfällt der Versicherungsschutz für die vorherige Behandlung, ohne dass es einer Kündigung seitens des Versicherers bedarf.
- der Versicherungsschutz endet unabhängig von Kalenderjahr oder Vertragslaufzeit 180 Tage nach dem 3. versicherten Eingriff

Sollten während des Kalenderjahres weniger als 3 versicherte Eingriffe durchgeführt werden, entsteht kein Anspruch auf Prämienrückerstattung.

Die Versicherungsprämie

7. Was müssen Sie bei der Prämienzahlung beachten?

- 7.1 Die einmalige Prämie ist sofort nach Abschluss des Versicherungsvertrages fällig. Diese ist mit Erhalt der Versicherungspolizze zu zahlen.
- 7.2 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.
- 7.3 Ist die erste oder einmalige Prämie zur Zeit des Eintritts des Versicherungsfalles und nach Ablauf der Frist des 7.2 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.
- 7.4 Im Lastschriftverfahren gilt: Die Zahlung ist rechtzeitig, wenn wir die Prämie zum Fälligkeitstag abbuchen können und der Kontoinhaber einer berechtigten Einziehung nicht widerspricht. Können wir die Prämie ohne Verschulden des Versicherungsnehmers nicht abbuchen, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach einer in Textform abgegebenen Zahlungsaufforderung erfolgt.

8. Was ist im Leistungsfall zu beachten (Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalles)?

Ohne Ihre Mitwirkung können wir unsere Leistung nicht erbringen.

- 8.1 Bei einer Komplikation, die voraussichtlich eine Leistungspflicht herbeiführen kann, müssen Sie unverzüglich einen Arzt hinzuziehen und seine Anordnungen befolgen.
- 8.2 Sie sind verpflichtet uns Komplikationen, die nach einem Eingriff bei Ihnen eintreten und die voraussichtlich eine Leistungspflicht herbeiführen, unverzüglich, nach Auftreten der Komplikation bzw. nach Hinzuziehung eines Arztes, in jedem Falle aber noch vor der Vornahme des sich daran anschließenden Eingriffs schriftlich anzuzeigen.
- 8.3 Sie sind verpflichtet uns vor Beginn der Behandlung gemäß 3.1.1 und 3.1.3 einen Kostenvoranschlag Ihres behandelnden Arztes einzureichen.
- 8.4 Die Diagnosestellung einer Kapsel Fibrose kann entweder durch eine Mamasonographie in Kombination mit einem ärztlichen Untersuchungsbericht (Kapseldicke > 0.81 mm äquivalent zu einem Baker Grad 3 im unteren und oberen Pol der Brustwarze, plus Vorlage der Fotodokumentation, plus Dokumentierung der Schmerzen unter Druck und Ruhe) oder mittels einer Biopsie nachgewiesen werden. Die Kosten hierfür werden durch uns getragen. Wir können Ihnen oder dem behandelnden Arzt ein Institut / Labor nennen, welches die Kosten direkt mit uns abrechnet.
- 8.5 Sobald Ihnen ein Rückforderungsbescheid Ihrer gesetzlichen Krankenkasse oder ein Bescheid über die Ablehnung der vollständigen Übernahme von Behandlungskosten aufgrund von Komplikationen in Folge eines versicherten Eingriffs zugeht, sind Sie verpflichtet, uns dies unverzüglich in Textform anzuzeigen.
- 8.6 Falls Sie privat krankenversichert und/oder zusatzkrankenversichert sind, sind Sie verpflichtet, uns die Originalrechnungen mit dem Abrechnungsbescheid der privaten Krankenversicherung und/oder der privaten Zusatzkrankenversicherung vorzulegen. Sollte Ihnen diese nicht vorliegen, sind Sie verpflichtet, diese anzufordern.
- 8.7 Die von uns übersandte Schadenanzeige müssen Sie wahrheitsgemäß ausfüllen und uns unverzüglich zurücksenden; von uns darüber hinaus geforderte sachdienliche Auskünfte müssen in gleicher Weise erteilt werden.
- 8.8 Wir haben das Recht, eine zu einer Komplikation gestellte Diagnose von einem Gutachter bewerten zu lassen. Sie müssen unserer Aufforderung nach dieser gutachterlichen Betrachtung nachkommen. Die daraus entstehenden Kosten einschließlich eines deswegen entstehenden Verdienstaufalles übernehmen wir.
- 8.9 Kommt es bei Ihnen bzw. der versicherten Person zu Komplikationen, sind Sie verpflichtet, zunächst den Hersteller des Implantates in Anspruch zu nehmen und bestehende Garantieansprüche geltend zu machen. Stellt der Hersteller neue Implantate zur Verfügung, besteht kein Anspruch auf Ersatz. Lehnt der Hersteller die Garantie ab und Sie weisen uns die Ablehnung nach, übernehmen wir auch die Kosten der Implantate.
- 8.10 Die Ärzte, die die versicherte Person – auch aus anderen Anlässen – behandelt oder untersucht haben, andere Versicherer, sowie Versicherungsträger und Behörden sind zu ermächtigen, alle erforderlichen Auskünfte an uns zu erteilen.
- 8.11 Wird gegen den behandelnden Arzt ein Haftpflichtanspruch erhoben, haben Sie uns unverzüglich darüber zu informieren.

9. Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

- 9.1 Wird eine Obliegenheit nach Ziffer 8 vorsätzlich verletzt, verlieren Sie Ihren Versicherungsschutz. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Obliegenheit sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere Ihres Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Beides gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben.
- 9.2 Weisen Sie nach, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben, bleibt der Versicherungsschutz bestehen. Der Versicherungsschutz bleibt auch bestehen, wenn Sie nachweisen, dass die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war. Das gilt nicht, wenn Sie die Obliegenheit arglistig verletzt haben.
- 9.3 Diese Bestimmungen gelten unabhängig davon, ob wir ein uns zustehendes Kündigungsrecht wegen der Verletzung einer vorvertraglichen Anzeigepflicht ausüben.

10. Wann sind unsere Leistungen fällig?

10.1 Wir sind verpflichtet, innerhalb eines Monats in Textform zu erklären, ob und in welchem Umfang wir einen Anspruch anerkennen. Die Fristen beginnen mit dem Eingang folgender Unterlagen:

- Kostenvoranschlag des behandelnden Arztes
- Bescheid der Krankenkasse über den Rückforderungsanspruch
- Zusätzlich den Nachweis über die Art und den Abschluss des Heilverfahrens
- eventuell von uns angeforderte Schweigepflichtentbindungserklärungen
- Einwilligungserklärung zur Erhebung personenbezogener Daten.

10.2 Erkennen wir den Anspruch an oder haben wir uns mit Ihnen über Grund und Höhe geeinigt, leisten wir innerhalb von 2 Wochen.

10.3 Steht die Leistungspflicht zunächst nur dem Grunde nach fest, zahlen wir - auf Ihren Wunsch - angemessene Abschlagszahlungen.

Die Anspruchsfeststellung kann insbesondere von dem Abschluss einer eventuellen haftpflichtrechtlichen Auseinandersetzung sowie dem Ergebnis eines Schlichtungsverfahrens abhängig sein.

Weitere Bestimmungen

11. Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

11.1 Gemäß § 16 VersVG hat

- 11.1.1 der Versicherungsnehmer beim Abschluss des Vertrages alle ihm bekannten Umstände, die für die Übernahme der Gefahr erheblich sind, dem Versicherer anzuzeigen. Erheblich sind jene Gefahrumstände, die geeignet sind, auf den Entschluss des Versicherers, den Vertrag überhaupt oder zu den vereinbarten Bestimmungen abzuschließen, einen Einfluss auszuüben. Ein Umstand, nach welchem der Versicherer ausdrücklich und in geschriebener Form gefragt hat, gilt im Zweifel als erheblich.
- 11.1.2 Ist dieser Vorschrift zuwider die Anzeige eines erheblichen Umstandes unterblieben, so kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten. Das gleiche gilt, wenn die Anzeige eines erheblichen Umstandes deshalb unterblieben ist, weil sich der Versicherungsnehmer der Kenntnis des Umstandes arglistig entzogen hat.
- 11.1.3 Der Rücktritt ist ausgeschlossen, wenn der Versicherer den nicht angezeigten Umstand kannte. Er ist auch ausgeschlossen, wenn die Anzeige ohne Verschulden des Versicherungsnehmers unterblieben ist; hat jedoch der Versicherungsnehmer einen Umstand nicht angezeigt, nach dem der Versicherer nicht ausdrücklich und genau umschrieben gefragt hat, so kann dieser vom Vertrag nur dann zurücktreten, wenn die Anzeige vorsätzlich oder grob fahrlässig unterblieben ist.

11.2 Rücktritt

11.2.1 Voraussetzungen und Ausübung des Rücktritts

Wir können vom Vertrag zurücktreten, wenn Sie Ihre Anzeigepflicht gemäß Ziffer 16.1 VersVG verletzen.

Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.

Wir müssen unser Rücktrittsrecht innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Dabei haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Innerhalb der Monatsfrist dürfen wir auch nachträglich weitere Umstände zur Begründung unserer Erklärung angeben.

Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die unser Rücktrittsrecht begründet, Kenntnis erlangen.

Der Rücktritt erfolgt durch Erklärung Ihnen gegenüber.

11.2.2 Ausschluss des Rücktrittsrechts

Unser Rücktrittsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Dasselbe gilt, wenn Sie nachweisen, dass Sie oder Ihr Vertreter die unrichtigen oder unvollständigen Angaben weder vorsätzlich noch grob fahrlässig gemacht haben.

Unser Rücktrittsrecht wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht besteht nicht, wenn Sie nachweisen, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

11.2.3 Folgen des Rücktritts

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz.

Treten wir nach Eintritt des Versicherungsfalls zurück, dürfen wir den Versicherungsschutz nicht versagen, wenn Sie nachweisen, dass der unvollständig oder unrichtig angezeigte Umstand weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war.

Auch in diesem Fall besteht aber kein Versicherungsschutz, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

Uns steht der Teil der Versicherungsprämie zu, der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

11.2.4 Kündigung oder rückwirkende Vertragsanpassung

- 11.2.4.1 Ist unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen, weil Ihre Verletzung einer Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruhte, können wir den Versicherungsvertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat in Textform kündigen, es sei denn, Sie haben die Verletzung der Anzeigepflicht nicht zu vertreten.

Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.

Dabei haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Innerhalb der Monatsfrist dürfen wir auch nachträglich weitere Umstände zur Begründung unserer Erklärung angeben

Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung Ihrer Anzeigepflicht Kenntnis erlangt haben.

Wir können uns auf unser Kündigungsrecht wegen Anzeigepflichtverletzung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrzustand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Das Kündigungsrecht ist auch ausgeschlossen, wenn Sie nachweisen, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

- 11.2.4.2 Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, aber zu anderen Bedingungen geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Pflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.

Wir müssen die Vertragsanpassung innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Dabei haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Innerhalb der Monatsfrist dürfen wir auch nachträglich weitere Umstände zur Begründung unserer Erklärung angeben.

Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die uns zur Vertragsanpassung berechtigt, Kenntnis erlangen.

Wir können uns auf eine Vertragsanpassung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrzustand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Erhöht sich durch die Vertragsanpassung die Prämie um mehr als 10 % oder schließen wir die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung fristlos in Textform kündigen.

11.2.5 Anfechtung

- 11.2.5.1 Unser Recht, den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anzufechten, bleibt unberührt. Im Fall der Anfechtung steht uns der Teil der Prämie zu, der bis zum Wirksamwerden der Anfechtungserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

12. Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten?

- 12.1 Alle für uns bestimmten Anzeigen und Erklärungen sind in Textform abzugeben und an die 4beauty digital GmbH, Stollwerckstraße 7b, 51149 Köln, kontakt@safe4beauty.de zu richten.
- 12.2 Haben Sie uns eine Änderung Ihrer Anschrift nicht mitgeteilt, genügt für eine Willenserklärung, die Ihnen gegenüber abzugeben ist, die Absendung eines eingeschriebenen Briefes an die letzte uns bekannte Anschrift. Die Erklärung gilt drei Tage nach der Absendung des Briefes als zugegangen. Dies gilt entsprechend für den Fall einer Änderung Ihres Namens.

13. Wann verjähren die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag?

- 13.1 Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren nach 3 Jahren. Die Verjährungsfrist beginnt mit dem Schluss des Jahres, in dem die Leistung erstmals verlangt werden kann.
- 13.2 Ist ein Anspruch aus dem Versicherungsvertrag bei uns angemeldet worden, ist die Verjährung von der Anmeldung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem Ihnen unsere Entscheidung in Textform zugeht.

14. Aufsichtsbehörde

Chubb European Group SE, unterliegt der Zulassung und Aufsicht der „Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) 4“, Place de Budapest, CS 92459, 75436 PARIS CEDEX 09. Die Direktion für Österreich unterliegt zusätzlich den Regularien der Finanzmarktaufsicht (FMA), Otto-Wagner-Platz 5, 1090 Wien, zur Ausübung der Geschäftstätigkeit, welche sich von den französischen Regularien unterscheiden können. Beschwerden können an die Finanzmarktaufsicht (FMA) gerichtet werden. Die FMA ist die unabhängige, weisungsfreie und integrierte Aufsichtsbehörde für den Finanzmarkt Österreichs und als Anstalt öffentlichen Rechts eingerichtet.

- 14.1 Die FMA ist zu erreichen unter: Otto-Wagner-Platz 5, 1090 Wien; E-Mail: fma@fma.gv.at; Telefon: +43 1 24959-0.
- 14.2 Die Möglichkeit den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt hiervon unberührt.

15. Identität des Versicherers

- 15.1 Hauptsitz der Gesellschaft
Chubb European Group SE
La Tour Carpe Diem, 31 Place des Corolles, Esplanade Nord, 92400 Courbevoie, Frankreich
Registrierungsnummer 450 327 374 RCS Nanterre
- 15.2 Niederlassung, über die der Vertrag abgeschlossen werden soll/wurde

Chubb European Group SE
Direktion für Österreich
Kärntner Ring 5-7
1010 Wien
T +431 710 9355 0
F +43 1 710 9520
info.at@chubb.com
chubb.com/at

Firmenbuch Nr. FN 241268g
Handelsgericht Wien
DVR-Nr. 2111276

- 15.3 Rechtsform

Societas Europaea (SE)

15.4 Gesetzlicher Vertreter

Gesetzlicher Vertreter der Chubb European Group SE, Direktion für Österreich, ist der Hauptbevollmächtigte Walter Lentsch.

15.5 Hauptgeschäftstätigkeit

Betrieb sämtlicher Sparten der Sach- und Personenversicherung (nicht aber Lebens-, und substitutive Krankenversicherungen), Geschäft der Rückversicherung und Vertrieb von Versicherung aller Art.

15.6 Zuständige Aufsichtsbehörde

Chubb European Group SE unterliegt der Zulassung und Regulierung der „Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) 4“, Place de Budapest, CS 92459, 75436 PARIS CEDEX 09, sowie in Österreich zusätzlich den Regularien der Finanzmarktaufsicht (FMA), Otto-Wagner-Platz 5, 1090 Wien, zur Ausübung der Geschäftstätigkeit, welche sich von den Regularien des Frankreichs unterscheiden können.

16. Welches Gericht ist zuständig?

16.1 Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach unserem Sitz oder dem unserer für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung.

Örtlich zuständig ist auch das Gericht, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.

16.2 Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie müssen bei dem Gericht erhoben werden, das für Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts zuständig ist.

16.3 Ist Ihr Wohnsitz zum Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie nach unserem Sitz oder dem unserer für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung.

17. Welches Recht findet Anwendung?

Für diesen Versicherungsvertrag gilt österreichisches Recht.

18. Vertragssprache

Die Vertragssprache ist deutsch. Jegliche Kommunikation erfolgt ausschließlich in deutscher Sprache.

19. Wer ist für Ihre Beschwerden zuständig?

19.1 Wir sind immer Ihre erste Anlaufstelle, wenn Sie mit irgendetwas nicht zufrieden sind. Wir setzen alles daran, Fehler zu beheben. Schreiben Sie uns:

Chubb European Group SE - Direktion für Österreich
Beschwerden
Kärntner Ring 5-7
1010 Wien
Telefon: +43 1 7109355 45
E-Mail: Yourfeedback.at@chubb.com

19.2 Beschwerdestelle über Versicherungsunternehmen im Bundesminister für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, Abteilung III/3
Stubenring 1, 1010 Wien
Telefon: :+43/1/71100/862501 oder 862504
E-Mail: versicherungsbeschwerde@sozialministerium.at

19.3 Informations- und Beschwerdestelle des Verbands der Versicherungsunternehmen Österreichs (VVO)

Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs (VVO)
Schwarzenbergplatz 7
1030 Wien
Link zum Onlineformular:
https://www.vvo.at/vvo/vvo.nsf/sysPages/Informations_Beschwerdestelle.html
E-Mail: info@vvo.at

19.4 Alternative Streitbeilegungsmöglichkeiten

Gemäß § 19 des Bundesgesetzes über alternative Streitbeilegung in Verbraucherangelegenheiten steht Ihnen die Einleitung eines Verfahrens vor der Schlichtung für Verbrauchergeschäfte (www.verbraucherschlichtung.or.at; der Versicherer ist nicht verpflichtet, sich daran zu beteiligen und beteiligt sich daran auch nicht), bei Geschäften im E-Commerce (online abgeschlossene Geschäften) vor dem Internet Ombudsmann (www.ombudsmann.at) offen.

Weitere Informationen finden Sie unter
<https://ec.europa.eu/consumers/odr/main/index.cfm?event=main.home2.show&lng=DE>.

19.5 Rechtsweg

Auch wenn Sie die oben genannten Beschwerdestellen oder die EU-Kommission einschalten, haben Sie das Recht, den Rechtsweg zu beschreiten.

19.6 Anwendbares Recht

Der Versicherungsvertrag unterliegt österreichischem Recht unter Ausschluss der Verweisungsnormen des internationalen Privatrechts.

19.7 Vertragslaufzeit

Die Vertragslaufzeit entnehmen Sie bitte dem Angebot, der Deckungsbestätigung oder der Police.

20. Datenschutzhinweis

Der Versicherer verwendet personenbezogene Daten für die Ausstellung und Verwaltung von Versicherungen, einschließlich der Bearbeitung im Zusammenhang damit anfallender Schadenfälle.

Diese Daten umfassen grundlegende Kontaktinformationen, wie beispielsweise Namen, Adressen und die Nummer der Versicherungspolice, können aber auch ausführlichere Angaben zu einer Person (beispielsweise Alter, Gesundheitszustand, Angaben zu Ihren Vermögenswerten, bisherige Schadenfälle) beinhalten, sofern diese Angaben für das vom Versicherer versicherte Risiko, die vom Versicherer zur Verfügung gestellten Leistungen oder für einen gemeldeten Schadenfall relevant sind.

Der Versicherer ist Teil eines globalen Konzerns und daher können personenbezogenen Daten u. U. an Konzernunternehmen in anderen Ländern weitergegeben werden, sofern dies für den im Rahmen der Police gewährten Versicherungsschutz oder für Zwecke der Datenspeicherung erforderlich ist. Der Versicherer nimmt auch eine Reihe zuverlässiger Dienstleister in Anspruch, die vorbehaltlich seiner Weisungen und Kontrolle ebenfalls Zugriff auf personenbezogenen Daten haben.

Privatpersonen haben im Zusammenhang mit Ihren personenbezogenen Daten eine Reihe von Rechten, einschließlich des Auskunftsrechts und, unter bestimmten Umständen, des Rechts auf Löschung.

Dieser Abschnitt ist eine gekürzte Erklärung, wie der Versicherer personenbezogene Daten nutzt. Weitere Informationen sind in der ungekürzten Fassung der Rahmendatenschutzrichtlinie des Versicherers unter <https://www2.chubb.com/at-de/data-protection.aspx> zu finden. Die Rahmendatenschutzrichtlinie kann auch jederzeit über die E-Mail-Adresse dataprotectionoffice.europe@chubb.com angefordert werden.

21. Anhang 1 - Auszüge aus dem Versicherungsvertragsgesetz (VersVG)

§ 1b (1) Soweit dieses Bundesgesetz für Erklärungen die Schriftform (Schriftlichkeit) verlangt, sind § 886 ABGB und § 4 SVG anzuwenden. Soweit dieses Bundesgesetz die geschriebene Form verlangt, ist keine Unterschrift oder qualifizierte elektronische Signatur erforderlich, wenn aus der Erklärung die Person des Erklärenden hervorgeht.

§ 1b (2) Wenn sich der Versicherer auf die Unwirksamkeit einer nicht in Schriftform abgegebenen Erklärung berufen will, so hat er dies dem Erklärenden unverzüglich nach dem Zugang der Erklärung mitzuteilen. Dem Empfänger steht es frei, das Formbrechen sodann binnen 14 Tagen durch Absendung einer schriftlichen Erklärung fristwährend zu beseitigen.

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

§ 6. (1a) Bei der Verletzung einer Obliegenheit, die die dem Versicherungsvertrag zugrunde liegende 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.

§ 6. (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.

§ 6. (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.

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

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

§ 8. (1) Eine Vereinbarung, nach welcher ein **Versicherungsverhältnis als stillschweigend verlängert** gilt, wenn es nicht vor dem Ablauf der Vertragszeit gekündigt wird, ist insoweit nichtig, als sich die jedesmalige Verlängerung auf mehr als ein Jahr erstreckt.

(2) Ist ein Versicherungsverhältnis auf unbestimmte Zeit eingegangen (dauernde Versicherung), so kann es von beiden Teilen nur für den Schluß der laufenden Versicherungsperiode gekündigt werden. Die Kündigungsfrist muß für beide Teile gleich sein und darf nicht weniger als einen Monat, nicht mehr als drei Monate betragen. Auf das Kündigungsrecht können die Parteien einverständlich bis zur Dauer von zwei Jahren verzichten.

(3) Ist der Versicherungsnehmer Verbraucher (§ 1 Abs. 1 Z. 2 KSchG), so kann er ein Versicherungsverhältnis, das er für eine Dauer von mehr als drei Jahren eingegangen ist, zum Ende des dritten Jahres oder jedes darauffolgenden Jahres unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Eine allfällige Verpflichtung des Versicherungsnehmers zum Ersatz von Vorteilen, besonders Prämiennachlässen, die ihm wegen einer vorgesehenen längeren Laufzeit des Vertrags gewährt worden sind, bleibt unberührt.

§ 11 a (1) Der Versicherer darf im Zusammenhang mit Versicherungsverhältnissen, bei welchen der Gesundheitszustand des Versicherten oder eines Geschädigten erheblich ist, personenbezogene Gesundheitsdaten verwenden, soweit dies

1. zur Beurteilung, ob und zu welchen Bedingungen ein Versicherungsvertrag abgeschlossen oder geändert wird, oder
2. zur Verwaltung bestehender Versicherungsverträge oder
3. zur Beurteilung und Erfüllung von Ansprüchen aus einem Versicherungsvertrag unerlässlich ist. Das Verbot der Ermittlung genanalytischer Daten gemäß § 67 Gentechnikgesetz bleibt unberührt.

§ 11 a (2) Versicherer dürfen personenbezogene Gesundheitsdaten für die in Abs.1 genannten Zwecke nur auf folgende Art ermitteln:

1. durch Befragung der Person, die versichert werden soll oder bereits versichert ist, beziehungsweise durch Befragung des Geschädigten oder
2. anhand der vom Versicherungsnehmer oder vom Geschädigten beigebrachten Unterlagen oder
3. durch Auskünfte von Dritten bei Vorliegen einer für den Einzelfall erteilten ausdrücklichen Zustimmung des Betroffenen oder
4. zur Beurteilung und Erfüllung von Ansprüchen aus einem konkreten Versicherungsfall durch Auskünfte von untersuchenden oder behandelnden Ärzten, Krankenanstalten oder sonstigen Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge (Gesundheitsdienstleister) über Diagnose sowie Art und Dauer der Behandlung, sofern der Betroffene der Ermittlung ausdrücklich und in einer gesonderten Erklärung, die er jederzeit widerrufen kann, in geschriebener Form zugestimmt hat, nachdem ihn der Versicherer auf die Möglichkeit einer Einzelzustimmung (Z 3) aufmerksam machte und ihn klar und verständlich über die Folgen der Zustimmung sowie die Verweigerung der Zustimmung und über sein Widerrufsrecht im Falle der Zustimmung belehrte; solche Auskünfte dürfen erst eingeholt werden, nachdem der Betroffene von der beabsichtigten Auskunftserhebung unter Bekanntgabe der konkret nachgefragten Daten sowie des Zweckes der Datenermittlung verständigt und dabei über sein Widerspruchsrecht sowie die Folgen des Widerspruchs klar und verständlich belehrt wurde, und der Datenermittlung nicht binnen 14 Tagen (Einlangen des Widerspruchs) widersprochen hat, oder
5. durch Heranziehung sonstiger, dem Versicherer rechtmäßiger Weise bekanntgewordener Daten; diese sind dem Betroffenen mitzuteilen; es steht ihm das Widerspruchsrecht gemäß § 28 Datenschutzgesetz 2000 zu.

(Anm.: Abs. 3 bis 5 aufgehoben durch BGBl. I Nr. 34/2012)

§ 11c. (1) Soweit eine ausdrückliche, den einzelnen Übermittlungsfall betreffende Zustimmung des Betroffenen nach § 11a Abs. 2 Z 3 nicht vorliegt, dürfen Versicherer **Gesundheitsdaten** für die in § 11a Abs. 1 genannten Zwecke nur an folgende Empfänger übermitteln:

1. Gesundheitsdienstleister (§ 11a Abs. 2 Z 4),
2. Sozialversicherungsträger, Rückversicherer oder Mitversicherer,
3. andere Versicherer, die bei Abwicklung von Ansprüchen aus einem Versicherungsfall mitwirken,
4. vom Versicherer herangezogene befugte Sachverständige,

5. gewillkürte oder gesetzliche Vertreter des Betroffenen,
6. Gerichte, Staatsanwaltschaften, Verwaltungsbehörden, Schlichtungsstellen und sonstige Einrichtungen der Streitbeilegung und ihre Organe, einschließlich der von ihnen bestellten Sachverständigen.

§ 11c. (2) Der Versicherer hat auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder jedes Versicherten Auskunft über und Einsicht in Gutachten zu geben, die auf Grund einer ärztlichen Untersuchung eines Versicherten erstattet worden sind, wenn die untersuchte Person der Auskunftserteilung oder Einsicht Gewährung zustimmt. Auf Verlangen sind den auskunftsberechtigten Personen gegen Aufwandsersatz auch Abschriften dieser Gutachten zur Verfügung zu stellen.

§ 11d. Nach den §§ 11a und 11b erhobene **Gesundheitsdaten** unterliegen dem besonderen Geheimnisschutz des § 321 VAG 2016 mit der Maßgabe, dass das Vorliegen eines berechtigten privaten Interesses an der Weitergabe außerhalb der Fälle der §§ 11a und 11c ausgeschlossen ist. Derartige Daten sind umgehend zu löschen, sobald sie nicht mehr für einen rechtlich zulässigen Zweck aufbewahrt werden; dies gilt insbesondere im Zusammenhang mit Gesundheitsdaten, die in Vorbereitung eines nicht zustande gekommenen Versicherungsvertrags erhoben wurden.

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

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

§ 12 (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 der 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.

§ 15a. (1) Auf eine Vereinbarung, die von den Vorschriften des § 1a, § 1b, § 1c, § 1d, § 3, § 5 Abs. 1 bis 3, § 5a, § 5b, § 5c, § 6 Abs. 1 bis 3 und Abs. 5, § 8 Abs. 2 und 3, § 11, § 11a, § 11b, § 11c, § 11d, § 12 und § 14 zum Nachteil des Versicherungsnehmers abweicht, kann sich der Versicherer nicht berufen.

(2) Wenn die Vertragsparteien nicht die elektronische Kommunikation (§ 5a) vereinbart haben, können sie die Schriftform ausbedingen, sofern dies aus Gründen der Rechtssicherheit sachlich gerechtfertigt und für den Versicherungsnehmer nicht gröblich benachteiligend ist. Eine solche **Vereinbarung der Schriftform** bedarf der ausdrücklichen Zustimmung des Versicherungsnehmers, die gesondert erklärt werden muss.

§ 16. (1) Anzeigepflicht. Erhöhung der Gefahr Der Versicherungsnehmer hat beim Abschluss des Vertrages alle ihm bekannten Umstände, die für die Übernahme der Gefahr erheblich sind, dem Versicherer anzuzeigen. Erheblich sind jene Gefahrumstände, die geeignet sind, auf den Entschluss des Versicherers, den Vertrag überhaupt oder zu den vereinbarten Bestimmungen abzuschließen, einen Einfluss auszuüben. Ein Umstand, nach welchem der Versicherer ausdrücklich und in geschriebener Form gefragt hat, gilt im Zweifel als erheblich.

(2) Ist dieser Vorschrift zuwider die Anzeige eines erheblichen Umstandes unterblieben, so kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten. Das gleiche gilt, wenn die Anzeige eines erheblichen Umstandes deshalb unterblieben ist, weil sich der Versicherungsnehmer der Kenntnis des Umstandes arglistig entzogen hat.

(3) Der Rücktritt ist ausgeschlossen, wenn der Versicherer den nicht angezeigten Umstand kannte. Er ist auch ausgeschlossen, wenn die Anzeige ohne Verschulden des Versicherungsnehmers unterblieben ist; hat jedoch der Versicherungsnehmer einen Umstand nicht angezeigt, nach dem der Versicherer nicht ausdrücklich und genau umschrieben gefragt hat, so kann dieser vom Vertrag nur dann zurücktreten, wenn die Anzeige vorsätzlich oder grob fahrlässig unterblieben ist.

§ 23 (1) Nach Abschluss des Vertrages darf der Versicherungsnehmer ohne Einwilligung des Versicherers weder eine **Erhöhung der Gefahr** vornehmen noch ihre Vornahme durch einen Dritten gestatten.

§ 23 (2) Erlangt der Versicherungsnehmer davon Kenntnis, dass durch eine von ihm ohne Einwilligung des Versicherers vorgenommene oder gestattete **Änderung die Gefahr** erhöht ist, so hat er dem Versicherer unverzüglich Anzeige zu machen.

§ 35. Der Versicherungsnehmer hat die **Prämie** und, wenn laufende Prämien bedungen sind, die erste Prämie sofort nach dem Abschluss des Vertrages zu zahlen. Er ist zur Zahlung nur gegen Übermittlung des Versicherungsscheins verpflichtet, es sei denn, dass die Ausstellung eines Versicherungsscheins ausgeschlossen ist.

§ 38. (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.

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

§ 38. (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.

§ 38. (4) Die Nichtzahlung von Zinsen oder Kosten löst die Rechtsfolgen der Abs. 1 und 2 nicht aus.

§ 39. (1) Wird eine **Folgeprämie** nicht rechtzeitig gezahlt, so kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten schriftlich eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen bestimmen; zur Unterzeichnung genügt eine Nachbildung der eigenhändigen Unterschrift. Dabei sind die Rechtsfolgen anzugeben, die nach Abs. 2 und 3 mit dem Ablauf der Frist verbunden sind. Eine Fristbestimmung, ohne Beachtung dieser Vorschriften, ist unwirksam.

§ 39. (2) Tritt der Versicherungsfall nach dem Ablauf der Frist ein und ist der Versicherungsnehmer zur Zeit des Eintritts mit der Zahlung der Folgeprämie im Verzug, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, es sei denn, dass der Versicherungsnehmer an der rechtzeitigen Zahlung ohne sein Verschulden verhindert war.

§ 39. (3) Der Versicherer kann nach dem Ablauf der Frist das Versicherungsverhältnis ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen, wenn der Versicherungsnehmer mit der Zahlung im Verzug ist. Die Kündigung kann bereits mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer in diesem Zeitpunkt mit der Zahlung im Verzug ist; darauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich aufmerksam zu machen. Die Wirkungen der Kündigung fallen fort, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, falls die Kündigung mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach dem Ablauf der Zahlungsfrist die Zahlung nachholt, sofern nicht der Versicherungsfall bereits eingetreten ist.

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

§ 39a. Ist der Versicherungsnehmer bloß mit nicht mehr als 10 vH der Jahresprämie, höchstens aber mit 60 Euro im Verzug, so tritt eine im § 38 oder § 39 vorgesehene Leistungsfreiheit des Versicherers nicht ein.

§ 75 (1) Bei der **Versicherung für fremde Rechnung** stehen die Rechte aus dem Versicherungsvertrag dem Versicherten zu. Die Übermittlung eines Versicherungsscheines kann jedoch nur der Versicherungsnehmer verlangen.

§ 75 (2) Der Versicherte kann ohne Zustimmung des Versicherungsnehmers über seine Rechte nur dann verfügen und diese Rechte nur dann gerichtlich geltend machen, wenn er im Besitz eines Versicherungsscheines ist.

§ 184 (1) Sollen nach dem Vertrag einzelne Voraussetzungen des Anspruches aus der Versicherung oder das Maß der durch den Unfall herbeigeführten Einbuße an Erwerbsfähigkeit durch **Sachverständige** festgestellt werden, so ist die getroffene Feststellung nicht verbindlich, wenn sie offenbar von der wirklichen Sachlage erheblich abweicht. Die Feststellung erfolgt in diesem Falle durch Urteil. Das gleiche gilt, wenn die Sachverständigen die Feststellung nicht treffen können oder wollen oder sie verzögern.

§ 184 (2) Sind nach dem Vertrag die Sachverständigen vom Gericht zu bestellen, so sind auf die Bestellung die Vorschriften des § 64 Abs. 2 entsprechend anzuwenden.

§ 184 (3) Eine Vereinbarung, die von der Vorschrift des Abs.1 Satz 1 abweicht, ist nichtig.

22. Anhang 2 - Auszug aus dem Konsumentenschutzgesetz (KSchG)

Besondere Bestimmungen für Verträge zwischen Unternehmern und Verbrauchern

§ 1. (1) Dieses Hauptstück gilt für Rechtsgeschäfte, an denen

1. einerseits jemand, für den das Geschäft zum Betrieb seines Unternehmens gehört, (im Folgenden kurz Unternehmer genannt) und
2. andererseits jemand, für den dies nicht zutrifft, (im Folgenden kurz **Verbraucher** genannt) beteiligt sind.

§ 1 (2) Unternehmen im Sinn des Abs. 1 Z 1 ist jede auf Dauer angelegte Organisation selbständiger wirtschaftlicher Tätigkeit, mag sie auch nicht auf Gewinn gerichtet sein. Juristische Personen des öffentlichen Rechts gelten immer als Unternehmer.

(3) Geschäfte, die eine natürliche Person vor Aufnahme des Betriebes ihres Unternehmens zur Schaffung der Voraussetzungen dafür tätigt, gehören noch nicht im Sinn des Abs. 1 Z 1 zu diesem Betrieb.

§ 14 (1) Hat der Verbraucher im Inland seinen Wohnsitz oder seinen gewöhnlichen Aufenthalt oder ist er im Inland beschäftigt, so kann für eine Klage gegen ihn nach den §§ 88, 89, 93 Abs. 2 und 104 Abs. 1 JN nur die **Zuständigkeit eines Gerichtes** begründet werden, in dessen Sprengel der Wohnsitz, der gewöhnliche Aufenthalt oder der Ort der Beschäftigung liegt; dies gilt nicht für Rechtsstreitigkeiten, die bereits entstanden sind.

§ 14 (2) Das Fehlen der inländischen Gerichtsbarkeit sowie der örtlichen Zuständigkeit des Gerichts ist in jeder Lage des Verfahrens von Amts wegen wahrzunehmen; die Bestimmungen über die Heilung des Fehlens der inländischen Gerichtsbarkeit oder der sachlichen oder örtlichen Zuständigkeit (§ 104 Abs. 3 JN) sind jedoch anzuwenden.

§ 14 (3) Eine Vereinbarung, mit der für eine Klage des Verbrauchers gegen den Unternehmer ein nach dem Gesetz gegebener Gerichtsstand ausgeschlossen wird, ist dem Verbraucher gegenüber rechtsunwirksam.

Chubb. Insured.SM