

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB-1995 / Fassung Juli 2021)

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen sind Bestandteil des einzelnen Versicherungsvertrages INDEX

Antragstellung, Abschluss des Versicherungsvertrages	§ 2	
Ärztliche Behandlung (ambulant)	§ 5 A	§ 13 (3), § 14
Auskunftseinholung, -erteilung, Anzeigepflicht	§ 11 A, B, C, D	§ 5 D (18)
Auszahlung von Versicherungsleistungen	§ 7 (1), (2), (3)	§ 18
Beendigung der Versicherung	§ 15	Leistungsanspruch § 1 (1)
Begleitperson (bei Spitalsaufenthalten von Kindern)	§ 5 D (20)	Medikamente § 5 A (8)
Diagnosenangabe	§ 7 (1)	Mehrfachversicherung § 11 C (10)
Einschluss bestehender Erkrankungen in den Versicherungsschutz	§ 4 (2) c), § 6 (4), § 8 (2)	Mitversicherung, begünstigte § 2 (5)
Einschränkung des Versicherungsschutzes	§ 1 (2) d), § 5 B, § 6, § 8 (2), § 11 D	Operationen § 5 C (14)
Empfangsberechtigung für Versicherungsleistungen	§ 7 (2)	Pflichtversicherung § 7 (1), § 12
Ende des Versicherungsschutzes	§ 9	Prämien und Gebühren § 10 A
Entbindung	§ 1 (2) b), § 4 (2) a), § 5 D (16)	Prämien- und Leistungsanpassung § 18
Erhöhung des Versicherungsschutzes	§ 4 (3)	Prämienerhöhung § 11 B (8), § 13 (4), § 18
Familienangehörige	§ 2 (5), § 5 A (5)	Prämienrückstand § 10 B
Gebühren und Spesen	§ 7 (4), § 10 A (3), B (5)	Rücktritt vom Vertrag § 10 B (4), § 11 B
Geltungsbereich	§ 1 (7)	Ruhen des Versicherungsschutzes § 8
Gerichtsstand	§ 17	Schwangerschaft, -erkrankungen § 1 (2) b), § 4 (2) a), § 5 D (16)
Heilbehelfe (Hilfsmittel)	§ 5 A (7)	Strahlentherapie § 5 C (15)
Kosmetische Behandlungen	§ 1 (2) d)	Subsidiaritätsklausel/Anspruch gegen Dritte § 12
Krankengeld bei häuslicher Pflege	§ 5 D (19)	Unfälle (Unfallfolgen) § 1 (2), (5), § 5 D (17), § 6 (5)
Krankenhausbehandlung	§ 5 B	Verjährung von Versicherungsleistungen § 7 (8)
Krankenhausbehandlung außerhalb Österreichs	§ 5 B (10)	Versicherungsfall § 1 (2)
Krankenhaustransportkosten	§ 5 B (13)	Versicherungsjahr § 13 (2)
Kündigung durch den Versicherungsnehmer	§ 11 B (6), § 13, § 14 (3), § 16 (1)	Versicherungsschutz (Beginn) § 3
Kündigung durch den Versicherer	§ 9 (2), § 10 B (7),	Vorvertragliche Erkrankungen (Heilbehandlungen) § 6

Inhaltsverzeichnis

DER VERSICHERUNGSSCHUTZ

- § 1 Gegenstand und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes
- § 2 Abschluss des Versicherungsvertrages
- § 3 Beginn des Versicherungsschutzes
- § 4 Wartezeiten
- § 5 Art und Umfang des Versicherungsschutzes
 - A Leistungen für ambulante Heilbehandlung
 - B Leistungen für stationäre Heilbehandlung
 - C Gemeinsame Bestimmungen
 - D Besondere Bestimmungen
- § 6 Einschränkung des Versicherungsschutzes
- § 7 Auszahlung der Versicherungsleistungen
- § 8 Ruhen des Versicherungsschutzes
- § 9 Ende des Versicherungsschutzes

PFLICHTEN DES VERSICHERUNGSNEHMERS

- § 10 Zahlungsmodalitäten und Gebühren
 - A Prämien und Gebühren
 - B Zahlungsverzug und dessen Folgen
- § 11 Obliegenheiten
 - A Anzeigepflicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages
 - B Folgen der Verletzung der Anzeigepflicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages
 - C Pflichten des Versicherungsnehmers und des Versicherten (Mitversicherten) während des Bestehens des Versicherungsvertrages

- D Folgen der Verletzung von Pflichten während des Bestehens des Versicherungsvertrages

- § 12 Subsidiaritätsklausel/Anspruch gegen Dritte

ENDE DES VERSICHERUNGSVERTRAGES

- § 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer
- § 14 Kündigung durch den Versicherer
- § 15 Sonstige Beendigungsgründe

SONSTIGE BESTIMMUNGEN

- § 16 Form und Empfänger von Willenserklärungen und Anzeigen
- § 17 Erfüllungsort, Gerichtsstand
- § 18 Änderung der Prämie und des Versicherungsschutzes
 - A Leistungs- und Prämienanpassung
 - B Umstellung von der Kinder- zur Erwachsenenprämie

DER VERSICHERUNGSSCHUTZ

§ 1

Gegenstand und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherte (Mitversicherte) hat im Versicherungsfall Anspruch auf Versicherungsleistung im Rahmen der gewählten Tarife (Besonderen Versicherungsbedingungen - BVB).
Der Anspruch auf die Versicherungsleistung steht dem Versicherten (Mitversicherten) zu.
- (2) a) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung des Versicherten (Mitversicherten) wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung. Er endet, wenn nach medizinischem Befund die Notwendigkeit der Heilbehandlung nicht mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolgen ausgedehnt werden, die mit der (den) bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängen, so entsteht hinsichtlich dieser neuen Krankheit oder Unfallfolgen ein neuer Versicherungsfall.

- b) Als Versicherungsfall gelten ferner die Schwangerschaft und Entbindung, einschließlich damit im Zusammenhang stehender medizinisch notwendiger Heilbehandlungen und medizinisch notwendiger Untersuchungen, sowie Fehlgeburten.
- c) Als Versicherungsfall gelten auch Leistungen, welche der ausgewählte Tarif (die Besonderen Versicherungsbedingungen - BVB) vorsieht. Dies können beispielsweise sein:

- der Tod,
- der Unfall,
- die Kurbehandlung, der Kur- oder Erholungsaufenthalt, die Rehabilitation,
- die Zahnbehandlung und der Zahnersatz sowie Zahn- und Kieferregulierungen,
- die Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit oder Unfallfolgen,
- der Krankenhausaufenthalt einer Begleitperson.

In solchen Fällen sind die Bestimmungen der §§ 4 (2) und 5 D anzuwenden.

- d) Als Versicherungsfall gelten nicht:

- kosmetische Behandlungen und Operationen und deren Folgen, soweit diese Maßnahmen nicht der Behebung einer Fehlfunktion des Körpers und damit der Heilung einer therapiebedürftigen Erkrankung dienen, sondern Zweck der kosmetischen Behandlung die Ästhetik ist (z.B. Brustverkleinerung, -straffung, -vergrößerung, Facelifting, Fettabsaugung, Lidkorrektur);
- geschlechtsangleichende Operationen;
- Zahnimplantationen sowie die damit im ursächlichen Zusammenhang stehenden Maßnahmen und Folgen, soweit diese nicht der Beseitigung von Unfallfolgen dienen;
- präventive Behandlungen und Eingriffe;
- nichtärztliche Hauspflege sowie Maßnahmen der Geriatrie und der Heilpädagogik;
- alle Formen der künstlichen Befruchtung (z. B. In vitro Fertilisation, Insemination) sowie die damit im ursächlichen Zusammenhang stehenden Maßnahmen und Folgen.

- (3) Heilbehandlung [Abs. (2)] ist eine medizinische Behandlung, die nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft geeignet erscheint, die Gesundheit wieder herzustellen, den Zustand zu bessern oder eine Verschlechterung zu verhindern.

- (4) Krankheit ist ein nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft anomaler körperlicher oder geistiger Zustand.

- (5) Unfall ist jedes vom Willen des Versicherten (Mitversicherten) unabhängige Ereignis, das plötzlich von außen, mechanisch oder chemisch einwirkend, eine körperliche Schädigung des Versicherten (Mitversicherten) nach sich zieht.

Als Unfall gelten auch folgende, vom Willen des Versicherten unabhängige Ereignisse:

- Ertrinken;
- Verbrennungen, Verbrühungen, Einwirkungen von Blitzschlag oder elektrischem Strom;
- Einatmen von Gasen oder Dämpfen, Einnehmen von giftigen oder ätzenden Stoffen, es sei denn, dass diese Einwirkungen allmählich erfolgen;
- als Unfall gilt auch, wenn durch erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule ein Gelenk verrenkt wird oder Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerrt oder gerissen werden.
- Wundstarrkrampf und -Tollwut, verursacht durch einen Unfall und die Folgen von Insektenstichen und -bissen sowie von Schlangenbissen gelten ebenfalls als Unfall.

Krankheiten gelten nicht als Unfall, übertragbare Krankheiten auch nicht als Unfallfolgen.

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auch auf Folgen der Kinderlähmung und der durch Zeckenbiss übertragenen Frühsommer-Meningoencephalitis und Lyme-Borreliose, wenn die Erkrankung serologisch festgestellt und frühestens 15 Tage nach Beginn, jedoch spätestens 15 Tage nach Beendigung der Versicherung zum Ausbruch kommt. Als Krankheitsbeginn (Zeitpunkt des Versicherungsfalles) gilt der Tag, an dem erstmals ein Arzt wegen der als Kinderlähmung oder Frühsommer-Meningoencephalitis oder Lyme-Borreliose diagnostizierten Krankheit zu Rate gezogen wurde.

- (6) Versichert können nur Personen werden, die in Österreich ihren Hauptwohnsitz haben.
- (7) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Versicherungsfälle auf der ganzen Erde, falls die Besonderen Versicherungsbedingungen (BVB) der einzelnen Tarife keine Einschränkung dieses örtlichen Geltungsbereiches vorsehen.

§ 2 Abschluss des Versicherungsvertrages

- (1) Der Versicherungsvertrag wird auf Lebenszeit des Versicherungsnehmers abgeschlossen.
- Versicherungsnehmer kann nur eine Person sein, die in Österreich ihren Hauptwohnsitz hat, sofern nicht eine andere Vereinbarung getroffen wird.
- (2) Der Antragsteller ist sechs Wochen an seinen Antrag gebunden, sofern nicht eine längere Frist individuell vereinbart wurde. Die Frist beginnt mit dem Tag der Antragstellung bzw. mit der Absendung des Antrages.
- (3) Stellt die zu versichernde Person ein erhöhtes Risiko dar, hat der Versicherer das Recht auf Festlegung eines Prämienzuschlags, Leistungsausschlusses oder einer Wartezeit. 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) des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung ist der Versicherungsvertrag abgeschlossen. Vor Abschluss des Versicherungsvertrages besteht kein Versicherungsschutz.
- (5) Bei neugeborenen Kindern, die bei einer gesetzlichen Sozialversicherung pflichtversichert sind, verzichtet der Versicherer in der Krankheitskostenversicherung unter folgenden Voraussetzungen auf das Recht der Ablehnung [§ 2 Abs. (4)] und auf einen Leistungsausschluss gem. § 6 Abs. (1) und (2):
- a) Die Eltern des Kindes müssen seit mindestens drei Monaten nach Tarifen versichert sein, die dem für das Kind beantragten Versicherungsschutz entsprechen;
 - b) der für das Kind beantragte Versicherungsschutz basiert auf zum Geburtszeitpunkt abschließbaren Tarifen;

- c) die Mitversicherung des Kindes muss innerhalb eines Monats nach der Geburt mit Wirkung ab dem Geburtsmonat beantragt werden;

- d) wenn schon Kinder vorhanden sind, müssen alle im gemeinsamen Haushalt lebenden Kinder unter 18 Jahren im Anschluss an die Versicherung der Eltern schon mitversichert sein.

Das Recht auf einen Prämienzuschlag in Form eines Risikozuschlags wenn das Kind ein erhöhtes Risiko darstellt, bleibt hiervon unberührt.

- (6) Bei neugeborenen Kindern, die bei keiner gesetzlichen Sozialversicherung pflichtversichert sind, gilt hingegen folgendes:

Der Versicherer ist auf Verlangen des Versicherungsnehmers verpflichtet, dessen neugeborenes Kind mit Wirkung ab der Geburt ohne Wartezeiten und Leistungsausschlüsse zu versichern, sofern dieses Verlangen spätestens 2 Monate nach der Geburt gestellt wird. Der Versicherungsschutz hat den gleichen Umfang, wie der des für den Versicherungsnehmer (Versicherten, Mitversicherten) bereits bestehenden Sozialversicherungsersatztarifes. Stellt das Kind ein erhöhtes Risiko dar, so kann der Versicherer einen angemessenen Prämienzuschlag verlangen.

§ 3 Beginn des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherungsschutz beginnt mit Abschluss des Versicherungsvertrages, nicht vor Ablauf der Wartezeiten und nicht vor dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn).
- (2) Wird die erste oder einmalige Prämie innerhalb von 14 Tagen nach Abschluss des Versicherungsvertrages und nach Aufforderung zur Prämienzahlung bezahlt, so beginnt der Versicherungsschutz mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Datum.
- (3) Tritt der Versicherungsfall vor Ablauf der Wartezeit ein, so ist der Versicherer zur Leistung nur dann verpflichtet, wenn der Versicherungsnehmer (Versicherte, Mitversicherte) beweist, dass die Krankheit erst nach Vertragsabschluss erkennbar wurde bzw. die Schwangerschaft erst nach diesem Zeitpunkt begonnen hat.

§ 4 Wartezeiten

- (1) Die Wartezeiten [Wartezeiterkrankungen siehe § 6 Abs. (3) und Abs. (4)] werden ab Versicherungsbeginn gerechnet.
- (2) Wartezeiten werden für folgende Versicherungsfälle vorgeschrieben, sofern die Besonderen Versicherungsbedingungen (BVB) Leistungen hierfür vorsehen:
 - a) Für Schwangerschaften, Entbindungen und damit im Zusammenhang stehende Heilbehandlungen und Untersuchungen sowie für Fehlgeburten besteht Versicherungsschutz erst nach Ablauf einer Wartezeit von 9 Monaten.
 - b) Für Zahnbehandlungen, Zahnersatz und Kieferorthopädie werden Leistungen erbracht, wenn die Behandlung nach Ablauf einer Wartezeit von 6 Monaten begonnen hat.
 - c) Werden Krankheiten oder Unfallfolgen in den Versicherungsschutz eingeschlossen, die sowohl dem Versicherungsnehmer, dem Versicherten und Mitversicherten, als auch dem Versicherer zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses bekannt sind, besteht Anspruch auf Leistungen erst nach Ablauf einer individuell zu vereinbarenden Wartezeit von höchstens 3 Jahren.
- (3) Bei Übertritt in eine höhere Tarifklasse besteht Anspruch auf höheren Versicherungsschutz bei Versicherungsfällen, die dem Versicherungsnehmer, dem Versicherten oder Mitversicherten bereits vor dem Wechsel bekannt oder erkennbar waren, erst nach neuerlichem Ablauf der individuell zu vereinbarenden Wartezeiten.

§ 5 Art und Umfang des Versicherungsschutzes

- (1) Art und Umfang des Versicherungsschutzes ergeben sich aus dem Tarif (den Besonderen Versicherungsbedingungen - BVB) und dem Versicherungsschein. Soweit dort Leistungen für ambulante und/oder stationäre Heilbehandlung vorgesehen sind, gelten folgende Bestimmungen:

A Leistungen für ambulante Heilbehandlung

- (2) Der Versicherte (Mitversicherte) hat freie Wahl unter den niedergelassenen, zur selbständigen Ausübung des ärztlichen Berufes zugelassenen Ärzten und Dentisten. Bei medizinischer Notwendigkeit werden während eines Versicherungsfalles auch die Kosten der Beiziehung mehrerer Ärzte erstattet.
 - (3) Die Kosten der ärztlichen Hausbesuche werden nur dann vergütet, wenn der Zustand des Versicherten (Mitversicherten) das Aufsuchen des Arztes nicht gestattet; ansonsten wird nur Entschädigung für Ordinationen geleistet.
 - (4) Weggebühren des Arztes werden erstattet, wenn am Wohnort des Versicherten (Mitversicherten) kein Arzt ansässig ist; nicht erstattet werden die Kosten für Fahrten des Versicherten (Mitversicherten) zu einem Arzt.
 - (5) Bei Eigenbehandlung, Behandlung durch Ehegatten, Lebensgefährten, Partner eingetragener Partnerschaften, Eltern oder Kinder des Versicherten (Mitversicherten) werden nur die nachgewiesenen Sachkosten, maximal bis zu den Höchstbeträgen für Fremdbehandlung, erstattet.
 - (6) Die Kosten diagnostischer Untersuchungen (z.B. Labordiagnostik, bildgebende Diagnostik, Ultraschalluntersuchungen) und die Kosten ärztlich verordneter physikalischer Heilbehandlungen werden erstattet, wenn sie durch einen Arzt oder einen zur Heilbehandlung am Kranken Berechtigten durchgeführt wurden.
- Zusätzliche Kosten für Ordinationen oder Hausbesuche werden hiebei nicht vergütet.
- (7) Die Kosten für jene Heilbehelfe (Hilfsmittel), die eine individuelle Anpassung an den Versicherten bedingen, werden ersetzt. Dies sind beispielsweise:

Brillen, Kontaktlinsen, Bruchbänder, Gliederprothesen, Hörapparate, orthopädische Korsette, orthopädische Schuheinlagen und die orthopädische Ausstattung von Schuhen.

Als solche Heilbehelfe (Hilfsmittel) gelten beispielsweise jedoch nicht:

Irrigatoren, Inhalationsapparate, Milchpumpen, Mundduschen, Eisbeutel, Heizkissen, Fieberthermometer, Blutdruckmessgeräte, Behelfe zur Korrektur von Zahn- und Kieferfehlstellungen sowie alle sonst zur Körper- und Krankenpflege dienenden Apparate und Behelfe. Hat der Versicherer für Heilbehelfe, Hilfsmittel und refraktive Augenoperationen einen Kostersatz geleistet, so besteht ein neuerlicher Anspruch auf Leistungen erst nach Ablauf der vom Versicherer in den Besonderen Versicherungsbedingungen (BVB) festgesetzten Nutzungsdauer, sofern nicht zu einem früheren Zeitpunkt aus medizinischen Gründen eine Neuananschaffung notwendig ist.

Bei Sehbehelfen ist ferner zu beachten: Versicherungsfall ist der medizinisch notwendige Sehbehelf wegen Fehlsichtigkeit, welche in Dioptrien angegeben wird. Die Fehlsichtigkeit wird durch einen Sehbehelf korrigiert, wobei der Versicherer für Brillen in den Besonderen Versicherungsbedingungen (BVB) eine Nutzungsdauer festsetzt. Während dieser Nutzungsdauer kann nur dann ein neuerlicher Anspruch auf Versicherungsleistung entstehen, wenn sich die Dioptrien ändern und der tarifliche Höchstsatz in den jeweiligen gültigen Besonderen Versicherungsbedingungen (BVB) noch nicht erreicht wurde. Auch in diesem Fall werden jedoch die Leistungen, die innerhalb der Nutzungsdauer bereits erbracht wurden, auf den Höchstsatz angerechnet und nur noch der verbleibende Betrag bis zum Erreichen des Höchstsatzes ersetzt.

- (8) Die Kosten der im Rahmen einer Heilbehandlung verordneten und aus einer Apotheke bezogenen Arzneimittel werden ersetzt. Nicht erstattet werden die Kosten für Nähr- und Stärkungsmittel, Vitaminpräparate, Nahrungsergänzungsmittel, Lebensmittel, Produkte aus einem natürlichen Heilvorkommen, Medizinälweine, Tonika, kosmetische Mittel, alle nicht in Österreich registrierten Arzneimittel und alle weiteren, nicht ausdrücklich genannten Stoffe, die keine pharmakologische Wirkung entfalten.

B Leistungen für stationäre Heilbehandlung

- (9) Stationäre Heilbehandlung im Sinne dieser Versicherungsbedingungen ist eine Heilbehandlung im Rahmen eines medizinisch notwendigen stationären Aufenthaltes in sanitätsbehördlich genehmigten Krankenanstalten oder Abteilungen von Krankenanstalten, sofern diese ständige ärztliche Anwesenheit vorsehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen, nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft arbeiten, nicht auf die Anwendung bestimmter Behandlungsmethoden ausgerichtet sind sowie Krankengeschichten führen. Als stationär gilt ein Aufenthalt nur, wenn die Art der Heilbehandlung einen Aufenthalt von mindestens 24 Stunden erfordert.

Stationäre Aufenthalte für Zahnbehandlung und Zahnersatz sowie zahn- und kieferchirurgische Eingriffe gelten nur dann als medizinisch notwendig, wenn eine ambulante Heilbehandlung aus medizinischen Gründen nicht möglich ist.

Als medizinisch notwendig gilt ein stationärer Aufenthalt nicht, wenn er lediglich zu Zwecken der Pflege dient.

- (10) Für eine stationäre Heilbehandlung im Sinne des Abs. (9) in den nachstehend angeführten Krankenanstalten bzw. den entsprechenden Organisationseinheiten und Betriebsformen von Krankenanstalten aller Art, werden Leistungen nur insoweit erbracht, als der Versicherer diese vor Beginn der Heilbehandlung in geschriebener Form zugesagt hat.

Dies gilt für Krankenanstalten,

- die nicht nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft arbeiten;
- in denen neben stationärer Heilbehandlung auch Rehabilitationsmaßnahmen oder Kurbehandlungen durchgeführt werden;
- für psychische Erkrankungen;
- in denen Langzeitbehandlungen durchgeführt werden;
- in denen Maßnahmen der Palliativmedizin durchgeführt werden;
- in privaten Krankenanstalten außerhalb Österreichs.

- (11) In den nachstehend angeführten Krankenanstalten bzw. den entsprechenden Organisationseinheiten und Betriebsformen von Krankenanstalten aller Art besteht kein Versicherungsschutz:

- die auf Rehabilitation ausgerichtet sind;
- für Alkohol- und Drogenabhängige;
- Sanitätseinrichtungen des Bundesheeres;
- Krankenabteilungen in Justizanstalten (Inquisitenspitälern);
- für geistig abnorme Rechtsbrecher;
- selbständige Ambulatorien (auch wenn die durchzuführende Untersuchung oder Behandlung eine kurzfristige Unterbringung erforderlich macht);
- Kuranstalten, Erholungs-, Diät- und Genesungshäuser sowie Gesundheitszentren;
- zur Pflege wegen Alters, Geriatrie oder mangels häuslicher Pflege;
- Hospizeinrichtungen;
- Tages- und Nachtkliniken.

- (12) Der Versicherer erbringt Leistungen für stationäre Heilbehandlungen in Anstalten nach Abs. (10) und (11) jedoch dann, wenn die Dringlichkeit der stationären Heilbehandlung das Aufsuchen einer Krankenanstalt im Sinne des Abs. (9) bzw. die Einholung einer vor Beginn der stationären Heilbehandlung erforderlichen schriftlichen Zusage nach Abs. (10) nicht zulässt.

- (13) Bei einem medizinisch notwendigen Transport in ein und aus einem Krankenhaus werden Kosten für einen Transport mit einem Krankenwagen gemäß den Besonderen Versicherungsbedingungen (BVB) ersetzt.

C Gemeinsame Bestimmungen

- (14) Als Operationskosten gelten das Honorar des Operateurs, des Anästhesisten, der bei der Operation assistierenden Ärzte und die Kosten des Pflegepersonals für die Operation einschließlich Vor- und Nachbehandlung sowie die gesondert in Rechnung gestellten Sachkosten.

Kein Anspruch auf Kostenersatz besteht für die Kosten von Körpersatzstücken, Implantaten und sonstigen therapeutischen Behelfen wie insbesondere Apparaturen, die Organe ersetzen oder in ihrer Funktion unterstützen.

Bei gleichzeitiger Ausführung mehrerer Operationen wird die am höchsten einzustufende Operation gemäß Tarif voll, jede weitere in verschiedenen Operationsfeldern mit höchstens 50 %, Operationen im gleichen Operationsfeld mit höchstens 25 % des tariflichen Ausmaßes vergütet. Die Vergütung beträgt jedoch maximal das Doppelte des Satzes für die höchst einzustufende Operation.

- (15) Als Kosten der Strahlentherapie gelten das Honorar des behandelnden Arztes und der notwendigen Assistenz, die Kosten für Benützung von Geräten, für strahlendes Material und sonstigen Sachaufwand sowie alle Nebenkosten.

D Besondere Bestimmungen

- (16) Schwangerschaft und Entbindung

Im Versicherungsfall der Schwangerschaft und Entbindung, einschließlich damit im Zusammenhang stehender medizinisch notwendiger Heilbehandlungen und medizinisch notwendiger Untersuchungen sowie Fehlgeburten werden Leistungen nur erbracht, wenn für die weibliche Versicherte (Mitversicherte) die Prämie für erwachsene Frauen bezahlt wird.

- (17) Unfallschädigung

Art und Umfang des Versicherungsschutzes ergeben sich aus den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Kollektivunfallversicherung und kurzfristige Unfallversicherung ohne Progressivitätsregelung in der jeweils zum Zeitpunkt des Abschlusses des Versicherungsvertrages geltenden Fassung.

Die für Unfalltod vorgesehene Leistung wird an den Überbringer des letzten gültigen Versicherungsscheines ausbezahlt. Eine Unfallschädigung wird nur erbracht, wenn die Prämie für Erwachsene bezahlt wird.

- (18) Kur- und Erholungskosten

Im Versicherungsfall der Kurbehandlung oder des Kuraufenthaltes werden Leistungen nach Maßgabe der Tarife (Besonderen Versicherungsbedingungen - BVB) erbracht.

- (19) Krankengeld

In Krankheitskostentaxen, in denen Leistungen hiefür vorgesehen sind, wird bei Arbeitsunfähigkeit bei Krankheit und Unfallfolgen an vollbeschäftigte Hauptversicherte in der Sozialversicherung (Dienstnehmer), nicht aber an mitversicherte Familienangehörige, sofern sie sich während der Dauer der Erkrankung in häuslicher Pflege befinden, in der ständigen Wohnung gepflegt und behandelt werden und aufgrund der ordnungsgemäßen Krankmeldung bei der zuständigen Pflichtkrankenkasse im Krankenstand geführt werden, ein Krankengeld für eine im Tarif vorgesehene Dauer der häuslichen Pflege bezahlt.

Krankengeld wird nicht bezahlt für die Dauer der Arbeitsunfähigkeit bei Aufhalten im Krankenhaus, bei Kur- oder Erholungsaufhalten, während des Bezuges einer Rente (Pension) und während der Dauer der Arbeitslosigkeit. Voraussetzung für die Auszahlung des Krankengeldes ist die Vorlage einer von der zuständigen Krankenkasse ausgestellten Bestätigung über Art und Dauer der Erkrankung.

Für einen fortlaufenden Krankenstand wird das Krankengeld nur einmal bis zum tariflichen Höchstausmaß ausbezahlt. Ein neuerlicher Krankenstand gilt als gegeben, wenn zwischen dem Abschluss des ersten Krankenstandes und dem neuerlichen Krankenstand eine mindestens 6 Wochen dauernde Berufstätigkeit liegt.

- (20) Begleitperson

In Tarifen (Besonderen Versicherungsbedingungen - BVB), in denen Leistungen für diesen Versicherungsfall vorgesehen sind, werden bei stationärem Krankenhausaufenthalt eines versicherten Kindes bis zum vollendeten 12. Lebensjahr zusätzlich die Kosten des Krankenhausaufenthaltes für eine Begleitperson übernommen, wenn sowohl die Begleitperson als auch das Kind nach einem Tarif für die Sonderklasse (letzte Anpassungsstufe) versichert sind und Versicherungsschutz besteht. Bei direkter Verrechnung mit unseren Vertragskrankenhäusern werden die vollen Verpflegungskosten vergütet. Ansonsten wird höchstens das tägliche Krankenhaus-Ersatztagelohn für Erwachsene, das im kostendeckenden Tarif für das Kind vorgesehen ist, bezahlt.

§ 6 Einschränkung des Versicherungsschutzes

- (1) Vom Versicherungsschutz ausgenommen sind Heilbehandlungen, die vor Versicherungsbeginn begonnen haben.
- (2) Krankheiten und Unfallfolgen, die vor Versicherungsbeginn entstanden sind, aber erst nach Versicherungsbeginn zu einer Heilbehandlung führen, sind nur nach Maßgabe des § 11 in den Versicherungsbedingungen einbezogen.

Der Versicherer kann von den Bestimmungen des § 11 Pkt. A und B Abs. (1) bis (6) keinen Gebrauch machen, wenn seit Abschluss des Versicherungsvertrages 3 Jahre verstrichen sind.

- (3) Für Krankheiten und Unfallfolgen, die während der Wartezeit (§ 4) erstmalig behandelt worden sind, und auf die die Voraussetzungen des § 3 Abs. (3) nicht zutreffen, besteht bis zur Beendigung des Versicherungsfalles, längstens bis 3 Jahre nach Abschluss des Versicherungsvertrages kein Versicherungsschutz; dasselbe gilt für Krankheiten und Unfallfolgen, die mit diesen in einem unmittelbar ursächlichen Zusammenhang stehen.
- (4) Krankheiten und Unfallfolgen gemäß Abs. (1) bis (3) können zu besonderen Bedingungen (höhere Prämie, Wartezeiten) in den Versicherungsschutz eingeschlossen werden.

- (5) Kein Versicherungsschutz besteht für die Heilbehandlung

- von Krankheiten und Unfällen, die als Folge des Genusses von Alkohol oder Suchtgiften eintreten, sowie für Entziehungsmaßnahmen und Entziehungskuren;
- bei Unterbringung wegen Selbst- oder Fremdgefährdung;
- von Krankheiten und Unfällen sowie deren Folgen, die durch aktive Beteiligung an Unruhen, durch schuldhaftige Beteiligung an Schlägereien oder bei der Begehung einer gerichtlich strafbaren Handlung, die Vorsatz voraussetzt, entstehen;
- bei Folgen von Selbstmordversuchen;
- von Krankheiten und Unfällen und deren Folgen, die der Versicherungsnehmer oder der Versicherte (Mitversicherte) hinsichtlich der eigenen Person vorsätzlich herbeigeführt haben.

Hat der Versicherungsnehmer (Versicherte) die Krankheit oder den Unfall und deren Folgen hinsichtlich eines Versicherten (Mitversicherten) vorsätzlich herbeigeführt, bleibt die Leistungspflicht des Versicherers bestehen. Der Schadenersatzanspruch des Versicherten (Mitversicherten) gegen den Versicherungsnehmer (Versicherten) geht auf den Versicherer über.

- von Krankheiten und Unfällen sowie deren Folgen, die durch Kriegereignisse jeder Art, einschließlich Neutralitätsverletzungen, entstehen.
- von Krankheiten und Unfällen sowie deren Folgen, die auf Reisen eintreten, die trotz Reisewarnung der österreichischen Bundesregierung angetreten wurden.
- von Krankheiten und Unfällen sowie deren Folgen, die aufgrund der Ausübung von Extremsportarten (insbesondere Base-Jumping, Klippenpringen, Downhill-Biking, Free Solo-Klettern, Slacklining in großer Höhe, Inline Speedskating, Tauchen in mehr als 40 Meter Tiefe oder bei Tauchgängen unter besonders gefährlichen Verhältnissen wie z.B. Apnoe-Tauchen), Expeditionen in entlegene, unerforschte oder schwer zugängliche Gebiete mit kaum vorhandener Infrastruktur, Bergfahrten bzw. Bergbesteigungen ab 4.000m Höhe über dem Meeresspiegel, Montagearbeiten und dgl. entstehen.

- (6) Für die Heilbehandlung von Krankheiten, Unfällen und Unfallfolgen, die vom Versicherungsnehmer bzw. vom Versicherten (Mitversicherten) vor Abschluss des Versicherungsvertrages angegeben wurden, kann der Versicherungsschutz nur durch ausdrückliche schriftliche Erklärung des Versicherers ausgeschlossen werden.
- (7) Geht die Heilbehandlung über das medizinisch notwendige Maß hinaus, welches sich aus der durchschnittlichen Verweildauer der jeweiligen Behandlung und der Einschätzung unserer Vertrauensärzte ergibt, so ist der Versicherer berechtigt, die Erstattung auf das angemessene Ausmaß herabzusetzen.
- (8) Der Versicherer kann Behandlungen durch bestimmte Ärzte oder Dentisten bzw. in bestimmten Krankenanstalten bzw. in den entsprechenden Organisationseinheiten und Betriebsformen von Krankenanstalten aller Art vom Versicherungsschutz ausnehmen. Dies gilt für Behandlungen, die nach Zustellung einer Mitteilung vom Versicherer in schriftlicher oder in geschriebener Form durchgeführt werden. Für laufende Versicherungsfälle besteht Versicherungsschutz bis zum Ablauf des 3. Monats nach Zustellung dieser Mitteilung.

§ 7

Auszahlung der Versicherungsleistungen

- (1) Die Auszahlung der Versicherungsleistung erfolgt aufgrund von saldierten Originalrechnungen oder Aufenthaltsbestätigungen. Diese Belege müssen den Vor- und Zunamen, die Adresse, die Versicherungsnummer, das Geburtsdatum der behandelten Person sowie die Bezeichnung der Krankheit und der erbrachten Leistungen und die Daten der Behandlungen enthalten.

Ist der Versicherte (Mitversicherte) noch anderweitig (gesetzlich oder privat) krankenversichert, können auch Zwetschriften samt der dazugehörigen Abrechnung oder detaillierte Abrechnungen der anderen Versicherer vorgelegt werden.

- (2) Der Versicherer darf den Überbringer von Belegen, soweit dieser Versicherungsnehmer, versicherte Person, Mitversicherer ist oder eine vom Versicherungsnehmer gesondert zum Empfang von Leistungen bekannt gegebene Person ist, als zum Empfang der darauf entfallenden Versicherungsleistungen berechtigt ansehen.
- (3) Die Belege gehen in das Eigentum des Versicherers über.
- (4) Der Versicherer darf nur solche Gebühren verlangen, die der Abgeltung von Mehraufwendungen dienen, die durch das Verhalten des Versicherungsnehmers (Versicherten, Mitversicherten) veranlasst worden sind (z.B. Anfragen beim zentralen Melderegister für beim Versicherer nicht bekannt gegebene Adressänderungen, Kosten für Übersetzungen von allfälligen Krankenunterlagen und zugehörigen Rechnungen).
- (5) Die im Zusammenhang mit der Heilbehandlung im Ausland nicht in Eurowährung entstandenen Kosten werden zum Referenzkurs der Europäischen Zentralbank des letzten Behandlungstages in Euro umgerechnet.
- (6) Die Ansprüche auf Versicherungsleistungen können ohne Zustimmung des Versicherers weder verpfändet noch abgetreten werden. Der Versicherungsnehmer (Versicherte, Mitversicherte) kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, wenn der Versicherer zahlungsunfähig ist oder 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.
- (7) 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 (Versicherten, Mitversicherten) gegenüber den erhobenen Anspruch unter Angabe der Frist zur gerichtlichen Geltendmachung sowie der mit dem Ablauf der Frist verbundenen Rechtsfolgen schriftlich abgelehnt hat. Diese Ablehnung muss zumindest mit einer ihr zugrunde gelegten Tatsache und gesetzlichen oder vertraglichen Bestimmung begründet sein.

Die Frist zur Geltendmachung ist für die Dauer von Vergleichsverhandlungen über den erhobenen Anspruch und für die Zeit, in der der Versicherungsnehmer (Versicherte, Mitversicherte) ohne sein Verschulden an der rechtzeitigen gerichtlichen Geltendmachung des Anspruches gehindert ist, gehemmt.

- (8) Die Ansprüche auf die Versicherungsleistungen verjähren in drei Jahren ab Fälligkeit der Leistung.

Steht der Anspruch einem Dritten zu, so beginnt die Verjährung zu laufen, sobald diesem sein Recht auf die Leistung des Versicherers bekannt geworden ist. Ist dem Dritten dieses Recht nicht bekannt geworden, so verjähren seine Ansprüche erst nach 10 Jahren.

§ 8

Ruhen des Versicherungsschutzes

- (1) Auf Antrag des Versicherungsnehmers kann in begründeten Fällen für einen im Voraus bestimmten Zeitraum von nicht mehr als zwölf Monaten das Ruhen der Rechte und Pflichten aus dem Versicherungsvertrag vereinbart werden.
- (2) Für Versicherungsfälle, die während des Ruhens des Versicherungsvertrages eingetreten sind, besteht kein Versicherungsschutz. Dies gilt auch für die Fortsetzung der Heilbehandlung nach Ende des Ruhens. Ein Einschluss in den Versicherungsschutz kann zu besonderen Bedingungen (höhere Prämie, Wartezeiten) vereinbart werden.

§ 9

Ende des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherungsschutz endet mit der Beendigung des Versicherungsvertrages (siehe §§ 13, 14 und 15). Dies gilt auch für bereits vor Beendigung des Versicherungsvertrages eingetretene und über die Beendigung des Versicherungsvertrages hinaus andauernde Versicherungsfälle.
- (2) Kündigt der Versicherer gemäß § 14 (1) oder (2), so besteht Versicherungsschutz für alle vor Beendigung des Versicherungsvertrages eingetretenen Versicherungsfälle, nicht aber für einen längeren Zeitraum oder in einem höheren Ausmaß, als der Schutz des Versicherten nach den Versicherungsbedingungen überhaupt besteht.

PFLICHTEN DES VERSICHERUNGSNEHMERS

§ 10

Zahlungsmodalitäten und Gebühren

A Prämien und Gebühren

- (1) Die Prämie ist eine Jahresprämie und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Für die Berechnung des Eintrittsalters wird ein angefangenes Lebensjahr voll berechnet, wenn bei Versicherungsbeginn 6 Monate bereits überschritten sind.

Die erste Prämie wird mit Zustellung des Versicherungsscheins, nicht aber vor Versicherungsbeginn fällig und ist sodann nach Aufforderung durch den Versicherer binnen 14 Tagen zu bezahlen. Die Folgeprämien sind gemäß der vereinbarten Zahlweise jeweils am Monatsersten fällig.

- (2) Bei Versicherung von mindestens zwei Personen aus einem Familienverband unter einem Versicherungsschein kann auf die Prämie ein Rabatt gewährt werden (Familienrabatt). Die Höhe dieses Rabattes ergibt sich aus dem Angebot. Voraussetzung für die Gewährung des Familienrabatts ist die Versicherung von zumindest zwei Familienmitgliedern (Ehegatten/eingetragene Partnerschaften/Lebensgemeinschaften/Kinder) unter einem Versicherungsschein gemeinsam, wobei diese Tarife mit deckungsgleichem Inhalt mit letztgültiger Anpassungsstufe haben müssen (z.B. zwei Spitalskostentarife). Liegen die Voraussetzungen für die Gewährung des Familienrabatts nicht mehr vor, ist der Versicherer umgehend darüber zu informieren und entfällt dieser Rabatt ab dem nächstfolgenden Monatsersten, an dem eine entsprechende Meldung an den Versicherer ergangen ist.

Sind mehr als 3 Kinder unter 20 Jahren mit mindestens einem Elternteil unter einem Versicherungsschein versichert, so sind nur die Prämien für 3 Kinder zu entrichten, sofern alle Kinder in gleichen Tarifen versichert sind. Hierbei werden jeweils die Prämien für 3 Kinder verrechnet, wobei für das jüngste Kind keine Prämien vorgeschrieben werden.

- (3) Die Prämien sind an die vom Versicherer bekannt gegebene Bankverbindung zu entrichten.

Der Versicherer darf neben der Prämie nur solche Gebühren verlangen, die der Abgeltung von Mehraufwendungen dienen, die durch das Verhalten des Versicherungsnehmers (Versicherten) veranlasst worden sind. Die Höhe der Gebühren für Rückbuchungen im Lastschriftverfahren oder Mahnungen können dem Angebot entnommen werden.

B Zahlungsverzug und dessen Folgen

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

Ist die erste Prämie oder Prämienrate zur Zeit des Eintrittes des Versicherungsfalles und nach Ablauf der Frist von 14 Tagen noch nicht bezahlt, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, es sei denn der Versicherungsnehmer (Versicherte) war an der rechtzeitigen Zahlung ohne Verschulden verhindert.

Die Rechtsfolgen der Rücktrittsmöglichkeit und der Leistungsfreiheit stehen dem Versicherer nur zu, wenn der Versicherer in der Aufforderung zur Prämienzahlung den Versicherungsnehmer darauf hingewiesen hat.

- (5) Wird in der Folge eine fällige Prämie oder eine fällige Prämienrate nicht rechtzeitig bezahlt, so wird der Versicherer den Versicherungsnehmer (Versicherten) auf dessen Kosten schriftlich mahnen und ihn auffordern, die Schuld innerhalb einer Zahlungsfrist von mindestens 2 Wochen, vom Empfang der Aufforderung an gerechnet, an den Versicherer kostenfrei zu bezahlen.

Nach Ablauf der Zahlungsfrist von 2 Wochen werden, wenn bis dahin der eingemahnte Betrag nicht bezahlt ist, die gestundeten Prämienraten des laufenden Versicherungsjahres fällig.

- (6) Tritt der Versicherungsfall nach Ablauf der in der Mahnung gesetzten Zahlungsfrist ein und ist der Versicherungsnehmer (Versicherte) zu dieser Zeit mit der Zahlung der Prämie im Verzug, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, es sei denn der Versicherungsnehmer (Versicherte) war an der rechtzeitigen Zahlung ohne Verschulden verhindert. Darauf wird der Versicherer in der Mahnung ausdrücklich hinweisen.

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) Der Versicherer ist berechtigt, den Versicherungsvertrag ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist zu kündigen, wenn der Versicherungsnehmer (Versicherte) nach Ablauf der Frist mit der Zahlung der Prämie im Verzug ist. Der Versicherer kann bereits bei der Bestimmung der Zahlungsfrist das Versicherungsverhältnis so kündigen, dass die Kündigung mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer (Versicherte) in diesem Zeitpunkt mit der Zahlung im Verzug ist.

- (8) Die Wirkungen der Kündigung fallen fort, wenn der Versicherungsnehmer (Versicherte) innerhalb eines Monats nach Kündigung, oder falls die Kündigung mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach dem Ablauf der Zahlungsfrist, die Zahlung nachholt, sofern der Versicherungsfall nicht bereits eingetreten ist.

- (9) Die Leistungsfreiheit nach Abs. (4) und (6) tritt nicht ein, wenn der Versicherungsnehmer (Versicherte) bloß ohne sein Verschulden an der rechtzeitigen Zahlung gehindert war oder mit nicht mehr als 10 % der Jahresprämie, maximal aber mit dem gesetzlichen Höchstbetrag, im Verzug ist.

Die Nichtzahlung von Zinsen und Kosten löst die Möglichkeit des Rücktritts, der Kündigung sowie die Leistungsfreiheit nicht aus.

§ 11

Obliegenheiten

A Anzeigepflicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages

- (1) Der Versicherungsnehmer und der Versicherte (Mitversicherte) sind verpflichtet, den Antrag und die damit verbundenen Fragen wahrheitsgemäß und vollständig auszufüllen bzw. zu beantworten und bei der Antragstellung und zwischen Antragstellung und Zustellung (Aushängung) des Versicherungsscheines alle ihnen bekannten Umstände, die für die Übernahme der Gefahr erheblich sind, anzuzeigen. Erheblich sind jene Gefahrenumstände, die geeignet sind, auf den Entschluss des Versicherers, den Versicherungsvertrag überhaupt oder zu den vereinbarten Bestimmungen abzuschließen, einen Einfluss auszuüben. Jeder Gefahrenumstand, nach dem der Versicherer ausdrücklich in schriftlicher Form gefragt hat, gilt im Zweifel als erheblich.

B Folgen der Verletzung der Anzeigepflicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages

- (2) Hat der Versicherungsnehmer oder ein Versicherter (Mitversicherter) die Anzeigepflicht über erhebliche Gefahrenumstände schuldhaft verletzt, so kann der Versicherer innerhalb von drei Jahren seit Abschluss des Versicherungsvertrages von diesem zurücktreten. Die Anzeigepflicht ist auch dann verletzt, wenn Fragen um Gefahrenumstände unrichtig und unvollständig beantwortet werden. Das gleiche gilt, wenn die Anzeige eines erheblichen Umstandes deshalb unterblieben ist, weil sich der Versicherungsnehmer oder Versicherte der Kenntnis des Umstandes arglistig entzogen hat.

Hat der Versicherungsnehmer (Versicherte, Mitversicherte) einen Umstand nicht angezeigt, nach dem der Versicherer nicht ausdrücklich und genau umschrieben gefragt hat, ist ein Rücktritt nur bei vorsätzlicher oder grobfahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht möglich.

- (3) Der Rücktritt vom Versicherungsvertrag ist innerhalb eines Monats von dem Tag an zulässig, an dem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erlangt hat. Der Versicherer kann dann nicht vom Versicherungsvertrag zurücktreten, wenn er von der Unrichtigkeit oder Unvollständigkeit der Angaben bzw. vom Eintritt des Versicherungsfalles Kenntnis hatte oder wenn die unrichtige oder unvollständige Anzeige ohne Verschulden des Versicherungsnehmers erfolgt ist.
- (4) Tritt der Versicherer zurück, nachdem ein Versicherungsfall eingetreten ist, so bleibt die Verpflichtung zur Leistung bestehen, wenn der Umstand, in Ansehung dessen die Anzeigepflicht verletzt wurde, keinen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalles oder soweit er keinen Einfluss auf den Umfang der Leistung des Versicherers gehabt hat. Der Versicherer kann jedoch die Rückzahlung solcher Behandlungskosten verlangen, die er zur Behandlung von Erkrankungen oder Verletzungen erbracht hat, in Ansehung deren die Anzeigepflicht verletzt wurde.
- (5) Im Falle des Rücktrittes hat der Versicherer Anspruch auf die Prämien bis zum Ende der verstrichenen Vertragslaufzeit.
- (6) Treffen die Voraussetzungen für den Rücktritt nur auf einzelne Personen zu, so ist der Rücktritt auf diese beschränkt. Der Versicherungsnehmer hat in diesem Fall das Recht, innerhalb eines Monats nach Erhalt der Rücktrittserklärung den Versicherungsvertrag mit sofortiger Wirkung zur Gänze zu kündigen.
- (7) Das Recht des Versicherers, den Versicherungsvertrag wegen Arglist anzufechten, wird durch die vorstehenden Bestimmungen nicht berührt.
- (8) Bei schuldloser Verletzung der Anzeigepflicht kann der Versicherer, wenn nach den für den Geschäftsbetrieb des Versicherers maßgebenden Grundsätzen bei Vorliegen der ihm unbekannt gebliebenen Gefahrumstände eine höhere Prämie vorgesehen ist, von Beginn der laufenden Versicherungsperiode 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 Pflichten des Versicherungsnehmers und des Versicherten (Mitversicherten) während des Bestehens des Versicherungsvertrages

- (9) Der Versicherungsnehmer und der Versicherte (Mitversicherte) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Art und des Umfangs des Versicherungsschutzes erforderlich ist.

Dies umfasst auch die Verpflichtung des Versicherten (Mitversicherten), auf Verlangen des Versicherers geforderte Unterlagen diesem zur Verfügung zu stellen.

- (10) Wird für eine versicherte Person bei einem anderen Versicherer ein Interesse gegen dieselbe Gefahr versichert, so ist der Versicherer vom weiteren Versicherungsvertrag unverzüglich zu informieren.

D Folgen der Verletzung von Pflichten während des Bestehens des Versicherungsvertrages

- (11) Erfüllt der Versicherungsnehmer oder der Versicherte (Mitversicherte) die Auskunftspflicht des § 11 C Abs (9) nicht, so wird die Versicherungsleistung erst mit Erfüllung der Auskunftspflicht fällig. Hat die Nicht-Erfüllung der Auskunftspflicht weder auf die Feststellung des Versicherungsfalles noch auf die Feststellung oder den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung Einfluss, so bleibt der Versicherer zur Leistung verpflichtet.

§ 12

Subsidiaritätsklausel/Anspruch gegen Dritte

- (1) Versicherungsleistungen werden nur erbracht, soweit der Versicherungsnehmer (Versicherte) nicht aus anderen privatrechtlichen Versicherungsverträgen eine Leistung erhält. Die Versicherungsleistung unter diesem Versicherungsvertrag ist daher nachrangig.
- (2) Bestehen für einen Versicherungsfall neben dem Anspruch gegen den Versicherer gleichartige Ansprüche gegenüber dritten Personen oder öffentlich-rechtlichen oder privaten Versicherungsträgern, so gehen diese Ansprüche insoweit auf den Versicherer über, als dieser die Kosten ersetzt. Der Anspruchsberechtigte ist verpflichtet, diese Abtretung auf Verlangen dem Versicherer zu bestätigen.
- (3) Soweit der Anspruchsberechtigte von schadenersatzpflichtigen dritten Personen oder aufgrund anderer Versicherungsverträge schon Ersatz der ihm entstandenen Kosten erhalten hat, ist der Versicherer berechtigt, den Ersatz auf seine Leistungen anzurechnen.
- (4) Die Verpflichtung des Versicherers zur Leistung für Kosten, deren (teilweisen) Ersatz der Anspruchsberechtigte von einem öffentlich-rechtlichen Versicherungsträger fordern kann, tritt erst ein, wenn letzterer die ihm obliegenden Leistungen erbracht oder abgelehnt hat.
- (5) Gibt der Anspruchsberechtigte seinen Anspruch gegen Dritte oder ein zur Sicherung des Anspruchs dienendes Recht ohne Zustimmung des Versicherers auf, so wird der Versicherer insoweit von der Ersatzpflicht frei, als er aus dem Anspruch oder dem Rechte hätte Ersatz erlangen können.

ENDE DES VERSICHERUNGSVERTRAGES

§ 13

Kündigung durch den Versicherungsnehmer

- (1) Der Versicherungsnehmer verzichtet für die Dauer von zwei Jahren auf sein Kündigungsrecht; d.h., dass der Versicherungsvertrag erstmal zum Ende des dritten Versicherungsjahres mit einer Kündigungsfrist von drei Monaten gekündigt werden kann. Nach Ablauf dieser vereinbarten Mindestvertragsdauer kann der Versicherungsnehmer den Versicherungsvertrag zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Kündigungsfrist von drei Monaten kündigen.
- (2) Das Versicherungsjahr richtet sich nach dem ursprünglichen Versicherungsbeginn, das ist der Versicherungsbeginn (§ 3) der ersten bei dem Versicherer unter einer Versicherungsnummer abgeschlossenen Krankheitskosten- oder Krankenhaustagegeldversicherung.
- (3) 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.
- (4) Werden vom Versicherer Prämien einseitig erhöht oder Leistungen einseitig vermindert (§ 11 B Abs. (8)), 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.
- (5) Wird ein Versicherungsnehmer oder ein Versicherter (Mitversicherter) in eine Pflegeanstalt für chronisch Kranke, in ein Pflegeheim oder in eine dauerhafte häusliche Pflegebetreuung aufgenommen, so hat der Versicherungsnehmer das Recht, den Versicherungsvertrag zum

Ende des Monats zu kündigen, in welchem er die Aufnahme in eine solche Anstalt bzw. Übernahme nachweist.

- (6) Ferner kann der Versicherungsvertrag im Falle der Arbeitslosigkeit des Versicherungsnehmers hinsichtlich seiner Person oder zur Gänze gekündigt werden. Im Falle der Arbeitslosigkeit des Versicherten (Mitversicherten) kann der Versicherungsvertrag nur hinsichtlich dieses Versicherten (Mitversicherten) gekündigt werden. Hierfür sind jeweils eine Bestätigung des Arbeitsmarktservice oder ein Versicherungsdatenauszug vorzulegen. Nach Übermittlung dieser Nachweise wird die Beendigung des Versicherungsvertrages zu dem auf den Übermittlungszeitpunkt folgenden Monatsletzten ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist durchgeführt.
- (7) Im Falle der Kündigung wird kein Rückkaufwert ausbezahlt. Es besteht somit auch kein Anspruch auf die anteilige Altersrückstellung.

§ 14

Kündigung durch den Versicherer

- (1) In der Krankengeldversicherung hat der Versicherer das Recht, den Versicherungsvertrag zur Gänze oder nur hinsichtlich einzelner versicherter Personen mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines jeden Versicherungsjahres zu kündigen.
- (2) Wenn der Versicherungsnehmer oder ein Versicherter (Mitversicherter) in der Krankenversicherung durch wesentlich falsche Angaben, insbesondere durch Vortäuschung einer Krankheit, 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. Das gleiche gilt, wenn der Versicherte (Mitversicherte) im Krankheitsfall den vom Arzt gegebenen zumutbaren Verhaltensmaßregeln vorsätzlich oder grob fahrlässig nicht Folge leistet.
- (3) Kündigt der Versicherer nach Abs. (1) oder (2) den Versicherungsvertrag 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 Tod des Versicherungsnehmers. Die Versicherten haben jedoch das Recht, binnen zweier Monate nach dem Tod des Versicherungsnehmers die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses als neue Versicherungsnehmer zu erklären.
- (2) Beim Tod eines Versicherten endet der Versicherungsvertrag hinsichtlich dieser Person.
- (3) Durch Verlegung des Hauptwohnsitzes des Versicherungsnehmers oder des Versicherten ins Ausland endet der Versicherungsvertrag mit Ende des Monats, in dem der Verzug ins Ausland durch entsprechende Belege nachgewiesen wird, sofern nicht eine andere Vereinbarung getroffen wurde. Die Bestimmungen des Abs. (1) gelten sinngemäß.
- (4) Endet das Versicherungsverhältnis aus sonstigen Gründen, ohne dass der Versicherungsvertrag durch Rücktritt des Versicherers wegen Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht (§ 11) oder Nichtzahlung der Erstprämie (§ 10 Abs. (4)) oder sonst durch dessen Kündigung aus anderem wichtigen Grund [z. B. § 13 Abs. (3) und § 14 Abs. (2)], so sind die Versicherten ebenfalls berechtigt, die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses nach dem Versicherungsnehmer binnen zweier Monate ab dem Beendigungstermin zu erklären.

SONSTIGE BESTIMMUNGEN

§ 16

Form und Empfänger von Willenserklärungen und Anzeigen

- (1) Anzeigen und Erklärungen des Versicherungsnehmers, des Versicherten oder sonstiger Dritter haben in geschriebener Form zu erfolgen, soweit nicht Schriftform vereinbart wurde oder das Gesetz Schriftform vorsieht.
- (2) Hat der Versicherungsnehmer (Versicherte, Mitversicherte) seinen Wohnsitz gewechselt, dies aber nicht dem Versicherer mitgeteilt, so genügt zur Rechtswirksamkeit von Willenserklärungen des Versicherers dem Versicherungsnehmer (Versicherten, Mitversicherten) gegenüber die Absendung der Erklärung an die letzte dem Versicherer bekannte Anschrift.

§ 17

Erfüllungsort, Gerichtsstand

Erfüllungsort für die beiderseitigen Verpflichtungen aus dem Versicherungsvertrag ist der Sitz des Versicherers in Graz.

§ 18

Änderung der Prämie und des Versicherungsschutzes

A Leistungs- und Prämienanpassung

- (1) Der Versicherer ist berechtigt, die Prämie oder den Versicherungsschutz nach Vertragsabschluss einseitig zu ändern. Maßgebende Umstände für Änderungen der Prämie oder des Versicherungsschutzes sind die Veränderung folgender Faktoren:
 - a) des von der Bundesanstalt "Statistik Österreich" (Statistik Austria) zum Zeitpunkt der Leistungs- und Prämienanpassung letztgültig veröffentlichten Verbraucherpreisindex 2015 zum jeweiligen Vergleichswert des Vorjahres,
 - b) der durchschnittlichen Lebenserwartung,
 - c) der Häufigkeit der Inanspruchnahme von Leistungen nach Art der vertraglich vorgesehenen und deren Aufwendigkeit, bezogen auf die zu diesem Tarif Versicherten,
 - d) des Verhältnisses zwischen den vertraglich vereinbarten Leistungen und den entsprechenden Kostenersätzen der gesetzlichen Sozialversicherungen,
 - e) der durch Gesetz, Verordnung, sonstigen behördlichen Akt oder durch Vertrag zwischen dem Versicherer und im Versicherungsvertrag bezeichneten Einrichtungen des Gesundheitswesens festgesetzten Entgelte für die Inanspruchnahme dieser Einrichtungen und
 - f) des Gesundheitswesens oder der dafür geltenden gesetzlichen Bestimmungen.
- (2) Die Erklärung der Änderung der Prämie oder des Versicherungsschutzes gemäß Abs. (1) wirkt erst ab dem der Absendung folgenden Monatsersten. Wenn der Versicherer die Prämie erhöht, wird er dem Versicherungsnehmer auf dessen Verlangen die Fortsetzung des Versicherungsvertrages mit höchstens gleichbleibender Prämie und angemessen geänderten Leistungen anbieten.
- (3) Abs. (2) gilt nicht für eine Anhebung der Prämie auf der Grundlage einer zwischen dem Versicherungsnehmer (Versicherten) und dem Versicherer getroffenen Vereinbarung, dass eine zunächst geringere Prämie ab einem bestimmten Lebensalter des Versicherten auf denjenigen Betrag angehoben wird, den der betreffende Tarif für Versicherte vorsieht, die mit diesem Alter in die Versicherung eintreten (bei Umstellung auf die Erwachsenenprämie, wobei dieses Lebensalter nicht über 20 Jahren liegen darf [Abs. (8)]).

(4) Änderungen der Prämie oder des Versicherungsschutzes gemäß Abs. (1) können zu folgenden Stichtagen erfolgen: 1. Jänner, 1. April, 1. Juli, 1. Oktober.

(5) Veröffentlicht die Statistik Austria den in Abs. (1) lit. a) vereinbarten Index nicht mehr, so tritt an seine Stelle jener Index, den die Statistik Austria als seinen Nachfolgeindex bezeichnet; in Ermangelung eines solchen Nachfolgeindex jener von der Statistik Austria oder ihrer Nachfolgeorganisation veröffentlichte Index, der dem Index laut Abs. (1) lit. a) am nächsten kommt.

B Umstellung von der Kinder- zur Erwachsenenprämie

(6) Allein und mitversicherte Kinder zahlen bis zur Vollendung des 20. Lebensjahres nur die Kinderprämie. Während der Dauer der Zahlung der Kinderprämie besteht nur Anspruch auf Leistungen in dem für Kinder vorgesehenen Ausmaß.

(7) Der Versicherungsnehmer kann die Umstellung auf die Erwachsenenprämie für das allein oder mitversicherte Kind beantragen. Die Umstellung erfolgt zum der Beantragung folgenden Monatsersten. Nach Umstellung auf die Erwachsenenprämie ist eine Rück-Umstellung

auf die Kinderprämie nicht mehr möglich. Die in § 4 Abs (2) genannten Wartezeiten beginnen mit der Umstellung auf die Erwachsenenprämie nicht neu zu laufen. Sollte bei Beantragung der Umstellung auf die Erwachsenenprämie bei dem versicherten Kind eine Schwangerschaft bestehen, so ist eine Umstellung nur mit gesonderter Vereinbarung möglich.

(8) Hat ein allein oder mitversichertes Kind das 20. Lebensjahr vollendet, so wird die Prämie ab dem nächstfolgenden Monatsersten, in dem das 20. Lebensjahr vollendet wird, auf denjenigen Betrag angehoben, den der betreffende Tarif für Versicherte vorsieht, die mit diesem Alter in die Versicherung eintreten (Erwachsenenprämie). Von einer solchen Prämienanhebung wird der Versicherer den Versicherungsnehmer mindestens sechs Wochen vor Wirksamkeit der Anhebung unter Bekanntgabe der angehobenen Prämie verständigen und ihm die Möglichkeit einräumen, den Versicherungsvertrag vom Zeitpunkt des Erhalts der Verständigung binnen vier Wochen zu kündigen, ohne dass die Prämienanhebung wirksam wird. Die in § 4 Abs. (2) genannten Wartezeiten beginnen mit der Umstellung auf die Erwachsenenprämie nicht neu zu laufen.

