

ALLGEMEINE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN FÜR DIE KRANKHEITSKOSTEN- UND KRANKENHAUS-TAGEGELDVERSICHERUNG

920

Analog den Formulierungen im Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) beziehen sich personenbezogene Bezeichnungen auf Frauen und Männer in gleicher Weise

INHALTSVERZEICHNIS

DER VERSICHERUNGSSCHUTZ

- § 1 Gegenstand und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes
- § 2 Abschluss des Versicherungsvertrags
- § 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 Bestimmung
- § 6 Einschränkung des Versicherungsschutzes
- § 7 Auszahlung der Versicherungsleistungen
- § 8 Ruhen des Versicherungsschutzes
- § 9 Ende des Versicherungsschutzes

PFLICHTEN DES VERSICHERUNGSNEHMERS

- § 10 A. Prämien, Gebühren und Abgaben
 - B. Zahlungsverzug und dessen Folgen
- § 11 Obliegenheiten
 - A. Anzeigepflicht vor Abschluss des Versicherungsvertrags
 - B. Folgen der Verletzung der Anzeigepflicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages
 - C. Pflichten des Versicherungsnehmers und des Versicherten während des Bestehens des Versicherungsvertrags
 - D. Folgen der Verletzung von Pflichten während des Bestehens des Versicherungsvertrags
- § 12 Ansprüche 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
- § 18 Änderung der Prämie oder des Versicherungsschutzes (Anpassung)

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen sind insoweit Bestandteil des Versicherungsvertrages, als in den Besonderen Versicherungsbedingungen (BVB) bzw. den Leistungsübersichten für die gewählten Tarife nichts Abweichendes bestimmt ist.

DER VERSICHERUNGSSCHUTZ

§ 1 Gegenstand und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherte hat im Versicherungsfall Anspruch auf Versicherungsschutz im Rahmen der gewählten Tarife.
- (2) a) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung des Versicherten 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 insoweit ein neuer Versicherungsfall.
- b) Als Versicherungsfall gelten auch:
- bei zur Erwachsenenprämie versicherten Frauen die Entbindung einschließlich der wegen Schwangerschaft erforderlichen Untersuchungen sowie die damit im Zusammenhang stehende medizinisch notwendige Heilbehandlung und
 - allfällige sonstige in den BVB für die gewählten Tarife vorgesehene Versicherungsfälle.
- c) Als Versicherungsfall gelten nicht:
- kosmetische Behandlungen und Operationen und deren Folgen, soweit diese Maßnahmen nicht der Beseitigung von Unfallfolgen dienen; Kosmetische Behandlungen im Sinne der Versicherungsbedingungen dienen nicht der Behebung einer Fehlfunktion des Körpers und damit der Heilung einer therapiebedürftigen Erkrankung. Das Ergebnis der kosmetischen Behandlung dient vornehmlich der Ästhetik. Daher gelten Korrekturoperationen nach Eingriffen wegen Übergewichts auch dann nicht als Versicherungsfall, wenn der ursprüngliche Eingriff zur Behandlung des Übergewichts medizinisch indiziert und damit vom Versicherungsschutz umfasst war.
 - geschlechtsangleichende Operationen und deren Folgen;
 - Zahnimplantationen sowie die damit im ursächlichen Zusammenhang stehenden Maßnahmen und Folgen, soweit diese nicht der Beseitigung von Unfallfolgen dienen;
 - präventive Behandlungen und Eingriffe und deren Folgen;
 - Hauspflege sowie Maßnahmen der Geriatrie, der Rehabilitation, der Heilpädagogik, der Logopädie und der Heilgymnastik;
 - Aufenthalte wegen Alters oder mangels häuslicher Pflege
- (3) Heilbehandlung ist eine medizinische Behandlung, die nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft geeignet erscheint, die Gesundheit wiederherzustellen, den Zustand zu bessern oder eine Verschlechterung zu verhindern.

- (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 unabhängige Ereignis, das, plötzlich von außen, mechanisch oder chemisch einwirkend, eine körperliche Schädigung des Versicherten nach sich zieht.
(6) Versichert können nur gesunde Personen werden, die in Österreich ihren ordentlichen Wohnsitz und das 70. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Andere Personen können zu besonderen Bedingungen versichert werden.
Familienangehörige und Lebensgefährten des Versicherten, die mit ihm im gemeinsamen Haushalt leben, sind, soweit dies der Tarif vorsieht, zu besonderen Bedingungen (Prämiensätzen) mitversicherungsfähig, wenn die Voraussetzung des Abs. 6, erster Satz, auch für sie zutreffen.

§ 2 Abschluss des Versicherungsvertrags

- (1) Versicherungsnehmer oder Versicherter kann nur eine Person sein, die in Österreich ihren ordentlichen Wohnsitz hat, sofern nicht eine andere Vereinbarung getroffen wird.
(2) Der Antragsteller ist sechs Wochen an seinen Antrag gebunden. Die Frist beginnt mit dem Tag der Antragstellung bzw. mit der Absendung des Antrags.
(3) Die Annahme des Antrags kann auch von einer ärztlichen Untersuchung oder von der Beibringung eines ärztlichen Zeugnisses abhängig gemacht werden. Die Kosten trägt der Antragsteller.
(4) Über die Antragsannahme entscheidet die Geschäftsleitung des Versicherers. Die Entscheidung ist dem Antragsteller in geschriebener Form mitzuteilen. Mit der Zustellung (Aushändigung) des Versicherungsscheins oder einer Annahmeerklärung in geschriebener Form ist der Versicherungsvertrag abgeschlossen.
(5) Für neugeborene Kinder von Versicherungsnehmern, die keinen Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung haben, besteht gemäß § 178e Versicherungsvertragsgesetz ein Anspruch auf Versicherungsschutz im gleichen Umfang wie der des Versicherungsnehmers; ein solches Verlangen ist spätestens zwei Monate nach der Geburt zu stellen.
Bei neugeborenen Kindern verzichtet der Versicherer außerhalb des Falles des § 178e Versicherungsvertragsgesetz unter folgenden Voraussetzungen auf das Recht der Ablehnung (§ 2 Abs. 4), die Einhebung eines Prämienzuschlags und auf einen Leistungsausschluss gemäß § 6 Abs. 1 und 2:
a) ein Elternteil des Kindes - wenn schon Kinder vorhanden sind, auch alle im gemeinsamen Haushalt lebenden Kinder unter 18 Jahren - muss seit mindestens drei Monaten nach Tarifen versichert sein, die dem für das Kind beantragten Versicherungsschutz entsprechen und
b) die Mitversicherung des Kindes muss innerhalb eines Monats nach der Geburt mit Wirkung ab dem Geburtsmonat beantragt werden.

§ 3 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt mit Abschluss des Versicherungsvertrags, jedoch nicht vor Bezahlung der ersten Prämie, nicht vor Ablauf der Wartezeiten und nicht vor dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn). Wird der Versicherungsschein nach diesem Zeitpunkt ausgehändigt, die Prämie sodann aber innerhalb von 14 Tagen bezahlt, so beginnt der Versicherungsschutz abgesehen von den Bestimmungen über die Wartezeiten mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt.

§ 4 Wartezeiten

- (1) Die Wartezeiten (Erkrankungen während der Wartezeiten siehe § 6 Abs. 3 und Abs. 4) werden ab Versicherungsbeginn gerechnet.
(2) Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate.
Sie entfällt:
a) bei Unfällen:
Bauch- oder Unterleibsbrüche und Fehl- oder Frühgeburten, die durch einen Unfall herbeigeführt oder verschlechtert worden sind, gelten nicht als Unfallfolgen;
b) bei folgenden akuten Infektionskrankheiten: Röteln, Masern, Windpocken (Varicellen), Scharlach, Diphtherie, Keuchhusten, Mumps, spinale Kinderlähmung, Meningitis, Ruhr, Paratyphus, Flecktyphus (Fleckfieber), Typhus, Cholera, Rückfallfieber, Malaria, Milzbrand, Rotlauf, Gelbfieber, Pest, Tularämie, Psittakose;
c) bei Mitversicherung von Ehegatten und neugeborenen Kindern für Leistungen im Ausmaß der bestehenden Versicherung
- wenn die Versicherung mindestens drei Monate bestanden hat und
- wenn die Mitversicherung innerhalb eines Monats nach der Eheschließung oder nach der Geburt mit Wirkung vom 1. des betreffenden Monats beantragt wird.
(3) Besondere Wartezeiten:
a) Für Entbindungen einschließlich der wegen Schwangerschaft erforderlichen Untersuchungen sowie für die damit im Zusammenhang stehende medizinisch notwendige Heilbehandlung und für Fehlgeburten besteht Versicherungsschutz erst nach Ablauf einer Wartezeit von neun Monaten, es sei denn, es handelt sich nachweislich um eine nach Vertragsabschluss, während der Versicherungsdauer eingetretene Schwangerschaft. Eine mindestens drei Monate bestandene Vorversicherung des Ehegatten, Lebensgefährten oder Partners eingetragener Partnerschaften wird bei Zutreffen der Voraussetzungen gemäß Abs. 2, c) zur Gänze auf diese Wartezeit angerechnet.
b) Soweit Versicherungsschutz ausdrücklich für solche Krankheiten oder Unfallfolgen vereinbart wird, die beiden Vertragsteilen bei Vertragsabschluss bereits bekannt sind, können besondere Wartezeiten vereinbart werden.
c) Allfällige weitere Besondere Wartezeiten sind den BVB für die gewählten Tarife zu entnehmen.
(4) Der Versicherungsnehmer ist berechtigt, unter Anrechnung der aus der Vertragslaufzeit erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung in einen anderen Tarif dieser Versicherungsart bis zum bisherigen Deckungsumfang zu wechseln. Bei Übertritt in eine höhere Tariffklasse gilt § 2 sinngemäß. Anspruch auf höheren Versicherungsschutz besteht nur für Versicherungsfälle, die nach neuerlichem Ablauf der Wartezeiten eintreten.
(5) Wird eine Krankheitskostenversicherung nachweislich innerhalb eines Monats nach Beendigung einer Pflichtversicherung in unmittelbarem Anschluss an diese abgeschlossen, so wird deren Versicherungszeit auf die Wartezeit angerechnet; dies gilt sinngemäß auch für gegenüber einem Träger der sozialen Krankenversicherung bisher Anspruchsberechtigte. Für stationäre Heilbehandlung besteht aber innerhalb der Wartezeit Versicherungsschutz höchstens im Ausmaß der Leistung aus der Pflichtversicherung. Für Entbindungen und deren Folgen besteht Versicherungsschutz erst nach Ablauf der in Abs. 3 genannten Wartezeiten; das gleiche gilt für wegen Schwangerschaft erforderliche Untersuchungen sowie für damit im Zusammenhang stehende medizinisch notwendige Heilbehandlung und für Fehlgeburten.
Die Voraussetzungen für die Anrechnung der Pflichtversicherung sind dem Versicherer durch geeignete Belege nachzuweisen.

§ 5 Art und Umfang des Versicherungsschutzes

(1) Art und Umfang des Versicherungsschutzes ergeben sich aus dem Tarif, dem Versicherungsschein und einer allfälligen diesem beiliegenden Leistungsübersicht. Soweit dort Leistungen für ambulante und/oder stationäre Heilbehandlung vorgesehen sind, gelten folgende Bestimmungen:

A. Leistungen für ambulante Heilbehandlung

(2) Der Versicherte hat freie Wahl unter den niedergelassenen, zur selbständigen Ausübung des ärztlichen Berufs zugelassenen Ärzten und Dentisten. Bei medizinischer Notwendigkeit werden während eines Versicherungsfalls auch die Kosten der Beiziehung mehrerer Ärzte erstattet.

(3) Die Kosten der ärztlichen Hausbesuche werden nur dann vergütet, wenn der Zustand des Versicherten das Aufsuchen des Arztes nicht gestattet; ansonsten wird nur Entschädigung für Ordinationen geleistet.

(4) Weggebühren des Arztes werden erstattet, wenn am Wohnort des Versicherten kein Arzt ansässig ist; nicht erstattet werden die Kosten für Fahrten des Versicherten zu einem Arzt.

(5) entfällt

(6) Die Kosten diagnostischer Untersuchungen (z.B. Labordiagnostik, bildgebende Diagnostik, Ultraschalluntersuchungen) und die Kosten ärztlich verordneter physiotherapeutischer Heilbehandlungen werden erstattet, wenn sie durch einen Arzt oder einen zur Heilbehandlung am Kranken Berechtigten durchgeführt wurden.

Zusätzliche Kosten für Ordinationen oder Hausbesuche werden hierbei nicht vergütet.

(7) Als Heilbehelfe (Hilfsmittel) gelten z.B. Brillen, Kontaktlinsen, Bruchbänder, Gliederprothesen, Hörapparate, orthopädische Korsette, orthopädische Schuheinlagen und die orthopädische Ausstattung von Schuhen, Bandagen und Bauchmieder, nicht jedoch z.B. Irrigatoren, Inhalationsapparate, Milchpumpen, Mundduschen, Eisbeutel, Heizkissen, Fieberthermometer, medizinische Messgeräte (wie etwa Blutdruck- oder Blutzuckermessgeräte), Behelfe zur Korrektur von Zahn- und Kieferfehlstellungen sowie alle sonst zur Körper- und Krankenpflege dienenden Apparate und Behelfe. Hat der Versicherer für Heilbehelfe Kostenersatz geleistet, so besteht ein neuerlicher Anspruch auf Leistungen erst nach Ablauf der üblichen Nutzungsdauer, sofern nicht zu einem früheren Zeitpunkt aus medizinischen Gründen eine Neuanschaffung notwendig ist.

(8) Die Kosten der im Rahmen einer Heilbehandlung verordneten und aus einer Apotheke bezogenen Arzneimittel werden ersetzt.

Nicht erstattet werden die Kosten für Heil- und Mineralwässer, Medizinalweine, Nähr- und Stärkungsmittel, Nahrungsergänzungsmittel, geriatrische Mittel, Tonika, kosmetische Mittel und alle nicht in Österreich registrierten Heilmittel

B. Leistungen für stationäre Heilbehandlung

(9) Stationäre Heilbehandlung im Sinne dieser Versicherungsbedingungen ist eine Heilbehandlung im Rahmen eines medizinisch notwendigen stationären Aufenthalts 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 insbesondere nicht, wenn er lediglich im Mangel an häuslicher Pflege oder sonstigen persönlichen Verhältnissen des Versicherten begründet ist.

(10) 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:

- in denen neben stationärer Heilbehandlung auch Rehabilitationsmaßnahmen oder Kurzbehandlungen durchgeführt werden;
- in denen Langzeitbehandlungen (durchschnittliche Behandlungsdauer von mehr als 28 Tagen) durchgeführt werden;
- in denen vornehmlich Maßnahmen der Palliativmedizin durchgeführt werden und
- in privaten Krankenanstalten außerhalb Österreichs.

Die Deckung ist zuzusagen, wenn und insoweit ein Anspruch des Versicherten nach Abs. 9 besteht.

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

- die auf Rehabilitation eingerichtet sind;
- für Alkohol- und Drogenabhängige;
- Sanitätseinrichtungen des Bundesheers;
- 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 Genesungsheimen;
- Geriatrie;
- Hospizeinrichtungen;
- Tag- und Nachtkliniken.

In Krankenanstalten bzw. den entsprechenden Organisationseinheiten und Betriebsformen von Krankenanstalten aller Art für psychische Erkrankungen bzw. für psychosomatische Behandlungen oder in Zentren für seelische Gesundheit werden für 1 Krankenhausaufenthalt Leistungen nur bis zum 14. Behandlungstag erbracht.

(12) Der Versicherer kann sich auf seine Leistungsfreiheit nach Abs. 10 insoweit und solange nicht berufen, als die Dringlichkeit der stationären Heilbehandlung das Aufsuchen einer Krankenanstalt im Sinne des Abs. 9 bzw. die Einholung einer vor Beginn der Behandlung erfolgten Zusage in geschriebener Form nach Abs. 10 nicht zulässt.

(13) Bei einem medizinisch notwendigen Transport in ein und aus einem Krankenhaus zu einer versicherten stationären Heilbehandlung werden Kosten für einen Transport mit einem Krankenwagen, bis zu dem in der Leistungsübersicht angeführten Betrag pro Krankenhausaufenthalt ersetzt.

(14) Die Einweisung zu stationärer Heilbehandlung ist unter Beibringung einer ärztlichen Bescheinigung, die die Krankheitsbezeichnung enthalten muss, nach Möglichkeit vor der Aufnahme, in dringenden Fällen ehestmöglich nach der Aufnahme in die Anstalt, dem Versicherer anzuzeigen.

C. Gemeinsame Bestimmungen

(15) 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. Damit verbundene Sachkosten, wie zum Beispiel Kosten von Körperersatzstücken, Implantaten und sonstigen therapeutischen Behelfen wie insbesondere Apparaturen, die Organe ersetzen oder in ihrer Funktion unterstützen, werden nicht gesondert ersetzt. Bei gleichzeitiger Ausführung mehrerer Operationen erfolgt die Vergütung nach den in den BVB bzw. der Leistungsübersicht enthaltenen Bestimmungen.

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

(17) Es werden nur angemessene und ortsübliche Behandlungskosten für ambulante und stationäre Behandlungen durch den Versicherer ersetzt.

(18) Bei Behandlung durch Ehegatten, Lebensgefährten, Partner eingetragener Partnerschaften, Eltern oder Kinder, Stiefeltern oder Stiefkinder sowie Schwiegereltern oder Schwiegerkinder des Versicherten werden nur die nachgewiesenen Sachkosten erstattet.

D. Besondere Bestimmung

(19) Für Entbindungen und für wegen Schwangerschaft erforderliche Untersuchungen werden Leistungen wie für Heilbehandlung wegen Krankheit erbracht.

§ 6 Einschränkung des Versicherungsschutzes (Siehe auch § 1 Abs. 2 lit.c)

(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 und § 6 Abs. 6 in den Versicherungsschutz einbezogen.

Nach Ablauf von drei Jahren nach Vertragsabschluss kann der Versicherer von den Bestimmungen des § 11 keinen Gebrauch machen, es sei denn, dass die Anzeigepflicht arglistig verletzt worden ist.

(3) Für Krankheiten und Unfallfolgen, die während der Wartezeit (§ 4) erstmalig behandelt worden sind, besteht bis zur Beendigung des Versicherungsfalls, längstens bis drei Jahre nach Abschluss, Abänderung oder Wiederinkraftsetzung des Versicherungsvertrags kein Versicherungsschutz; dasselbe gilt für Krankheiten, die mit diesen in einem unmittelbar ursächlichen Zusammenhang stehen. Der Versicherer ist nur dann zur Leistung verpflichtet, wenn der Versicherungsnehmer beweist, dass die Krankheit erst nach Vertragsabschluss erkennbar wurde.

(4) Krankheiten und Unfallfolgen gemäß Abs. 1 bis 3 können zu besonderen Bedingungen (höhere Prämie, besondere Wartezeiten) in den Versicherungsschutz eingeschlossen werden.

(5) Kein Versicherungsschutz besteht für die Heilbehandlung

- von Krankheiten und Unfällen, die als Folge eines missbräuchlichen 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;

- von Folgen von Selbstmordversuchen;

- von auf Vorsatz des Versicherten beruhende Krankheiten und Unfälle, einschließlich deren Folgen; hat der Versicherungsnehmer die Krankheit oder den Unfall eines Versicherten vorsätzlich herbeigeführt, so bleibt der Versicherer dem Versicherten gegenüber zur Leistung verpflichtet. Der Schadenersatzanspruch des Versicherten geht jedoch auf den Versicherer über (§ 67 Versicherungsvertragsgesetz);

- von Krankheiten und Unfällen sowie deren Folgen, die durch Kriegseignisse jeder Art, einschließlich Neutralitätsverletzungen, entstehen.

(6) Für die Heilbehandlung von Krankheiten und Unfallfolgen, die vom Versicherungsnehmer bzw. vom Versicherten vor Abschluss des Versicherungsvertrags angegeben wurden, kann der Versicherungsschutz nur durch ausdrückliche Erklärung des Versicherers in geschriebener Form ausgeschlossen werden.

(7) Geht die Heilbehandlung über das notwendige Maß hinaus, so ist der Versicherer berechtigt, die Erstattung auf das angemessene Ausmaß herabzusetzen.

(8) Soweit Kosten aufgrund gesetzlicher Bestimmungen oder vertraglicher Vereinbarungen mit dem Versicherer betraglich geregelt sind, ist der Versicherer zum Ersatz darüber hinausgehender Kosten (z.B. Sonderhonorare der Vorstände von Universitätskliniken gemäß § 46 KaKuG und ausführende Landesgesetze) nicht verpflichtet.

(9) Der Versicherer kann in begründeten Fällen 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 der Mitteilung durchgeführt werden. Für laufende Versicherungsfälle besteht Versicherungsschutz bis zum Ablauf des dritten Monats nach Zustellung der Mitteilung.

§ 7 Auszahlung der Versicherungsleistungen

(1) Die Versicherungsleistung ist mit Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalls und des Umfangs der Leistung des Versicherers nötigen Erhebungen fällig. Die Fälligkeit tritt jedoch unabhängig davon ein, wenn der Versicherungsnehmer nach Ablauf von zwei Monaten seit Anmeldung des Versicherungsfalls eine Erklärung des Versicherers verlangt, aus welchen Gründen die Erhebungen noch nicht beendet werden konnten, und der Versicherer diesem Verlangen nicht binnen eines Monats entspricht.

(2) Die Auszahlung der Versicherungsleistung erfolgt auf Grund 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 Behandlung enthalten.

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

Bei häuslicher Entbindung erfolgt die Auszahlung der Versicherungsleistung aufgrund einer standesamtlichen Geburtsurkunde.

(3) Der Versicherer darf den Überbringer von Belegen als zum Empfang der darauf entfallenden Versicherungsleistungen berechtigt ansehen.

(4) Die Belege gehen in das Eigentum des Versicherers über.

(5) Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistung sowie Kosten für Übersetzungen sind vom Versicherungsnehmer zu tragen.

(6) Für Behandlungen im Ausland sind alle Bestimmungen dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen über die Inanspruchnahme österreichischer Ärzte und Dentisten sowie österreichischer Sanitätseinrichtungen sinngemäß anzuwenden. Die Leistungen werden im Inland in Euro erbracht. Als Umrechnungskurs ist der Devisenmittelkurs der Wiener Börse des letzten Behandlungstages zugrunde zu legen.

(7) Die Ansprüche auf Versicherungsleistungen können ohne Zustimmung des Versicherers weder verpfändet noch abgetreten werden.

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

(8) 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 unter Angabe der der Ablehnung derzeit zugrunde gelegten Tatsachen und gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen sowie der mit dem Ablauf der Frist verbundenen Rechtsfolgen in geschriebener Form abgelehnt hat.

(9) Die Ansprüche auf die Versicherungsleistungen verjähren in drei Jahren. Ist ein Anspruch beim Versicherer angemeldet worden, so ist die Verjährung bis zum Einlangen einer Entscheidung des Versicherers in geschriebener Form gehemmt, die zumindest mit der Anführung einer der Ablehnung zugrunde gelegten Tatsache und gesetzlichen oder vertraglichen Bestimmung begründet ist. Nach 10 Jahren tritt die Verjährung jedenfalls ein.

§ 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 Versicherungsvertrags eingetreten sind, besteht kein Versicherungsschutz. Für die Fortsetzung der Heilbehandlung nach Ende des Ruhens besteht Versicherungsschutz ab dem Ende des Ruhens.

Für die Zeit des Ruhens ist ein Anerkennungsbeitrag im Ausmaß von 10% der Prämie im Voraus für die vereinbarte Dauer des Ruhens zu entrichten. Eine Wiederinkraftsetzung der Versicherung vor Ablauf der vereinbarten Frist kann von einer Gesundheitsprüfung abhängig gemacht werden.

§ 9 Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz endet mit der Beendigung des Versicherungsvertrags. Dies gilt auch für bereits vorher eingetretene bzw. laufende Versicherungsfälle.

PFLICHTEN DES VERSICHERUNGSNEHMERS

§10

A. Prämien, Gebühren und Abgaben

- (1) Die Prämie ist eine Jahresprämie und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Sie ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahrs zu entrichten, kann aber auch in gleichen monatlichen Prämienraten bezahlt werden, die jeweils bis zur Fälligkeit der Prämienrate gestundet gelten. Die Prämienraten sind am 1. eines jeden Monats fällig. Die erste Prämie samt Nebengebühren ist spätestens bei Aushändigung bzw. Angebot des Versicherungsscheins fällig.
- (2) Das Beitrittsalter ist die Differenz zwischen dem Jahr des Versicherungsbeginns und dem Geburtsjahr.
- (3) entfällt
- (4) Hat ein Kind das 18. bzw. 20. Lebensjahr (abhängig vom versicherten Tarif) vollendet, so sind ab dem 1. des Monats, in dem das 18. bzw. das 20. Lebensjahr vollendet wird, die Prämien zu bezahlen, die für erwachsene Personen zu entrichten sind.
- (5) Sind mehr als drei Geschwister unter 18. bzw. 20 Jahren (abhängig vom versicherten Tarif) unter einem Versicherungsschein mitversichert, ist dennoch die Prämie nur für drei Kinder zu entrichten.
- (6) Die Prämien sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.
- (7) Für allfällige durch den Versicherungsnehmer veranlasste Mehraufwendungen können Gebühren verrechnet werden .

B. Zahlungsverzug und dessen Folgen

- (8) Wird die erste Prämie oder die erste Prämienrate innerhalb von vierzehn Tagen nach dem Abschluss des Versicherungsvertrags und nach der Aufforderung zur Prämienzahlung nicht gezahlt, so kann der Versicherer, so lange die Zahlung nicht bewirkt ist, vom Versicherungsvertrag zurücktreten. Es gilt als Rücktritt, wenn der Anspruch auf die Prämie nicht innerhalb dreier Monate vom Fälligkeitstag an gerichtlich geltend gemacht wird.
Ist die Prämie zur Zeit des Eintritts des Versicherungsfalls und nach Ablauf der Frist von vierzehn Tagen noch nicht gezahlt, so ist der Versicherer nach Maßgabe der §§ 38 und 39a Versicherungsvertragsgesetz von der Verpflichtung zur Leistung frei, es sei denn, dass der Versicherungsnehmer an der rechtzeitigen Zahlung der Prämie ohne sein Verschulden verhindert war.
- (9) Wird in der Folge eine fällige Prämie oder eine fällige Prämienrate nicht rechtzeitig bezahlt, so kann der Versicherer den Versicherungsnehmer unter Angabe der Höhe der Prämien- und Kostenschuld und der Rechtsfolgen weiterer Säumnis schriftlich auffordern, die Schuld innerhalb einer Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen, vom Empfang der Aufforderung an gerechnet, an die vom Versicherer bezeichnete Stelle ohne Abrechnung von Überweisungsspesen zu bezahlen.
Neben Postgebühr und Mahnkosten können Verzugszinsen in Höhe der gesetzlichen Verzugszinsen eingehoben werden. Nach Ablauf der Zahlungsfrist werden, wenn bis dahin die eingemahnte Prämie nicht bezahlt ist, die gestundeten Prämienraten des laufenden Versicherungsjahrs fällig.
- (10) Tritt der Versicherungsfall nach Ablauf der Zahlungsfrist ein und ist der Versicherungsnehmer zu dieser Zeit mit der Zahlung der Prämien ganz oder teilweise im Verzug, so ist der Versicherer nach Maßgabe der §§ 39 und 39a Versicherungsvertragsgesetz von der Verpflichtung zur Leistung frei, es sei denn, dass der Versicherungsnehmer an der rechtzeitigen Zahlung der Prämie ohne sein Verschulden verhindert war.
Die Leistungspflicht des Versicherers lebt nach Bezahlung aller rückständigen Prämien wieder auf, jedoch besteht für Versicherungsfälle, die nach Ablauf der Zahlungsfrist und vor Nachzahlung der rückständigen Prämien eingetreten sind, und deren Folgen kein Anspruch auf Leistung.
- (11) Der Versicherer ist berechtigt, den Versicherungsvertrag ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist zu kündigen, wenn der Versicherungsnehmer nach Ablauf der Frist mit der Zahlung 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 in diesem Zeitpunkt mit der Zahlung im Verzug ist.
- (12) Die Wirkungen der Kündigung fallen fort, wenn der Versicherungsnehmer 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.
- (13) Eingehende Prämienzahlungen werden auf die älteste Prämienschuld angerechnet.

§ 11 Obliegenheiten

A. Anzeigepflicht vor Abschluss des Versicherungsvertrags

- (1) Der Versicherungsnehmer und der Versicherte haben bei der Antragstellung und zwischen Antragstellung und Zustellung (Aushändigung) des Versicherungsscheins alle erheblichen Gefahrumstände anzuzeigen. Jeder Gefahrumstand, nach dem der Versicherer ausdrücklich und in geschriebener Form gefragt hat, gilt im Zweifel als erheblich.

B. Folgen der Verletzung der Anzeigepflicht vor Abschluss des Versicherungsvertrags (siehe auch § 6)

- (2) Hat der Versicherungsnehmer oder ein Versicherter die Anzeigepflicht über erhebliche Gefahrumstände verletzt, so kann der Versicherer vom Versicherungsvertrag zurücktreten. Das gleiche gilt, wenn die Anzeige eines erheblichen Gefahrumstandes deshalb unterblieben ist, weil sich der Versicherungsnehmer / der Versicherte der Kenntnis des Umstandes arglistig entzogen hat. Die Anzeigepflicht ist auch dann verletzt, wenn Fragen um Gefahrumstände unvollständig oder unrichtig beantwortet werden.
- (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 Rücktritt ist ausgeschlossen, wenn der Versicherer den nicht (vollständig) oder unrichtig angezeigten Umstand kannte. Er ist auch ausgeschlossen, wenn die Verletzung der Anzeigepflicht ohne Verschulden des Versicherungsnehmers / des Versicherten unterblieben ist; hat jedoch der Versicherungsnehmer / der Versicherte einen Umstand nicht angezeigt, nach dem der Versicherer nicht ausdrücklich und genau umschrieben gefragt hat, so kann dieser vom Versicherungsvertrag nur dann zurücktreten, wenn die Anzeige vorsätzlich oder grob fahrlässig unterblieben ist. Hatte der Versicherungsnehmer / der Versicherte die Gefahrumstände an Hand von vom Versicherer in geschriebener Form gestellter Fragen anzuzeigen, so kann der Versicherer wegen unterbliebener Anzeige eines Umstandes, nach dem nicht ausdrücklich und genau umschrieben gefragt worden ist, nur im Falle arglistiger Verschweigung zurücktreten. Wird der Versicherungsvertrag von einem Bevollmächtigten oder von einem Vertreter ohne Vertretungsmacht abgeschlossen, so kommt für das Rücktrittsrecht des Versicherers nicht nur die Kenntnis und die Arglist des Vertreters, sondern auch die Kenntnis und die Arglist des Versicherungsnehmers / des Versicherten in Betracht. Der Versicherungsnehmer / der Versicherte kann sich darauf, daß die Anzeige eines erheblichen Umstandes ohne Verschulden unterblieben oder unrichtig gemacht ist, nur berufen, wenn weder dem Vertreter noch ihm selbst ein Verschulden zur Last fällt.
- (4) Tritt der Versicherer zurück, nachdem ein Versicherungsfall eingetreten ist, so bleibt der Versicherungsschutz bestehen, wenn der Umstand, in Ansehung dessen die Anzeigepflicht verletzt wurde, keinen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalls oder soweit er keinen Einfluss auf den Umfang der Leistung gehabt hat. Der Versicherungsschutz erstreckt sich jedoch keinesfalls über den Zeitpunkt des Rücktritts. Der Versicherer kann ganz oder teilweise die Rückzahlung der Leistungen verlangen, die sich auf Tatsachen beziehen, die zum Rücktritt geführt haben.
- (5) entfällt
- (6) Treffen die Voraussetzungen für den Rücktritt nur auf einzelne versicherte Personen zu, so kann er auf diese beschränkt werden. Der Versicherungsnehmer hat in diesem Fall das Recht, innerhalb eines Monats nach Erhalt der Rücktrittserklärung den Versicherungsvertrag mit sofortiger Wirkung zur Gänze zu kündigen.

(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 der Geschäftsplan bei Vorliegen der ihm unbekannt gebliebenen Gefahrumstände eine höhere Prämie vorsieht, von Beginn des laufenden Versicherungsjahres an die entsprechend höhere Prämie verlangen. Das gleiche gilt, wenn beim Abschluss des Versicherungsvertrages ein für die Übernahme der Gefahr erheblicher Umstand dem Versicherer nicht angezeigt worden ist, weil er dem anderen Teil nicht bekannt war. 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. Der Anspruch auf die höhere Prämie erlischt, wenn er nicht innerhalb eines Monats von dem Zeitpunkt an geltend gemacht wird, in welchem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht oder von dem nicht angezeigten Umstand Kenntnis erlangt. Das gleiche gilt für das Kündigungsrecht, wenn es nicht innerhalb des bezeichneten Zeitraums ausgeübt wird.

C. Pflichten des Versicherungsnehmers und des Versicherten während des Bestehens des Versicherungsvertrags

(9) Der Versicherungsnehmer und der Versicherte 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, sich auf Verlangen des Versicherers durch einen von diesem beauftragten Arzt untersuchen zu lassen, und
- die Verpflichtung des Versicherungsnehmers bzw. des Versicherten, vom Versicherer geforderte Unterlagen diesem zur Verfügung zu stellen, sowie
- falls dies nicht bereits im Antrag erfolgt ist - Dritte (z.B. Ärzte, Versicherungseinrichtungen, Behörden) von ihrer ärztlichen oder sonstigen Schweigepflicht zu entbinden.

(10) Wird für eine versicherte Person bei einem anderen Versicherer ein Krankenversicherungsvertrag abgeschlossen, so ist der Versicherer vom weiteren Versicherungsvertrag unverzüglich zu unterrichten.

D. Folgen der Verletzung von Pflichten während des Bestehens des Versicherungsvertrags

(11) Verletzt der Versicherungsnehmer oder der Versicherte die Auskunftspflicht des § 11 Abs. 9, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei. Dies gilt jedoch nicht, 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.

(12) Wird die in § 11 Abs. 10 genannte Informationspflicht verletzt, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Erbringung von Summenleistungen, wie z.B. Krankenhaus- Tagegeld, Krankenhaus-Ersatztaggeld, Krankengeld oder Kurzuschüssen frei. Der Versicherer kann überdies den Versicherungsvertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Obliegenheitsverletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen. Kündigt der Versicherer innerhalb eines Monats nicht, so kann er sich auf die Leistungsfreiheit nicht berufen. Leistungsfreiheit und Kündigungsrecht bestehen nicht, wenn die Verletzung als eine unverschuldete anzusehen ist.

(13) 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.

§ 12 Ansprüche gegen Dritte

(1) 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 schriftlich zu bestätigen.

(2) Soweit der Anspruchsberechtigte von schadenersatzpflichtigen dritten Personen oder auf Grund anderer Versicherungsverträge schon Ersatz der ihm entstandenen Kosten erhalten hat, ist der Versicherer berechtigt, den Ersatz auf seine Leistungen anzurechnen.

(3) Die Abs. 1 und 2 gelten nicht für Leistungen, die auch ohne Kostennachweis gebühren.

(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 gewährt 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 Recht hätte Ersatz erlangen können.

ENDE DES VERSICHERUNGSVERTRAGS

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

(1) Der Versicherungsvertrag wird auf unbestimmte Zeit abgeschlossen. Der Versicherungsnehmer hat das Recht, den Versicherungsvertrag zum Ende eines jeden Versicherungsjahrs, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer, mit einer Frist von drei Monaten zu kündigen.

(2) Das Versicherungsjahr richtet sich nach dem ursprünglichen Versicherungsbeginn.

(3) Die Kündigung muss schriftlich erfolgen und soll an den Versicherer gerichtet sein.

(4) Kündigt der Versicherungsnehmer den Versicherungsvertrag hinsichtlich einzelner Personen, hat der Versicherer das Recht, innerhalb einer Frist von einem Monat den Versicherungsvertrag hinsichtlich der übrigen Personen zum gleichen Termin zu kündigen. Der Versicherungsnehmer hat innerhalb eines Monats nach Gegenkündigung durch den Versicherer das Recht, die ursprünglich angesprochene Kündigung zurückzuziehen.

(5) Wird ein Versicherungsnehmer oder ein Versicherter in eine Pflegeanstalt für chronisch Kranke aufgenommen, so hat der Versicherungsnehmer das Recht, den Versicherungsvertrag zum Ende des Monats zu kündigen, in welchem er die Aufnahme in eine solche Anstalt nachweist.

§ 14 Einseitige Vertragsbeendigung durch den Versicherer

(1) Der Versicherer hat nur in folgenden Fällen das Recht, den Versicherungsvertrag einseitig zu beenden:

- Prämienzahlungsverzug gemäß § 10 Abs.8 und 9

- Verletzung einer Obliegenheit gemäß § 11

- in Folge der Kündigung durch den Versicherungsnehmer gemäß § 13 Abs.4

- schuldhaftes Verhalten des Versicherungsnehmers oder des Versicherten gemäß dem nachfolgenden Abs. 2.

Werden Prämien gemäß § 11 (8) erhöht, 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.

(2) Wenn der Versicherungsnehmer oder ein Versicherter 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 innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist zu kündigen. Das gleiche gilt, wenn der Versicherte im Krankheitsfall den vom Arzt oder vom Versicherer gegebenen zumutbaren Verhaltensmaßregeln vorsätzlich oder grob fahrlässig nicht Folge leistet. Der Versicherer kann sich im Fall der Verletzung zumutbarer Verhaltensmaßregeln auf die Leistungsfreiheit bzw. das Kündigungsrecht nicht berufen, soweit die Verletzung keinen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalles gehabt hat.

§ 11 Abs. 13 gilt entsprechend.

(3) Kündigt der Versicherer 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, den Versicherungsvertrag unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tod des Versicherungsnehmers abzugeben.

(2) Beim Tod eines Versicherten endet der Versicherungsvertrag hinsichtlich dieser Person.

(3) Der Versicherungsvertrag endet ferner durch Verlegung des Wohnsitzes des Versicherungsnehmers oder des Versicherten ins Ausland, es sei denn, dass eine andere Vereinbarung getroffen wird. Als Wohnsitz des Versicherungsnehmers ist jener Ort zu verstehen, an dem sich dieser niedergelassen hat, in der nachgewiesenen oder aus den Umständen hervorgehenden Absicht, dort seinen bleibenden Aufenthalt zu nehmen. Die Bestimmungen des Abs. 1 gelten sinngemäß.

SONSTIGE BESTIMMUNGEN

§ 16 Form und Empfänger von Willenserklärungen und Anzeigen

(1) Für sämtliche Anzeigen und Erklärungen des Versicherungsnehmers an den Versicherer ist die geschriebene Form erforderlich, sofern nicht die Schriftform ausdrücklich und mit gesonderter Erklärung vereinbart wurde. Der geschriebenen Form wird durch Zugang eines Textes in Schriftzeichen entsprochen, aus dem die Person des Erklärenden hervorgeht (z.B. Telefax oder E-Mail). Schriftform bedeutet, dass dem Erklärungsempfänger das Original der Erklärung mit eigenhändiger Unterschrift des Erklärenden zugehen muss. Die qualifizierte elektronische Signatur gemäß § 4 Signaturgesetz ist der eigenhändigen Unterschrift nicht gleichgestellt.

(2) Hat der Versicherungsnehmer seine Anschrift geändert, dies aber dem Versicherer nicht mitgeteilt, so genügt zur Rechtswirksamkeit von Erklärungen gegenüber dem Versicherungsnehmer die Absendung eines Briefes an die Anschrift, die der Versicherungsnehmer dem Versicherer zuletzt bekanntgegeben hat. Die Erklärung wird in dem Zeitpunkt wirksam, in welchem sie ohne die Änderung der Anschrift bei regelmäßiger Beförderung dem Versicherungsnehmer zugegangen wäre. Bei vereinbarter elektronischer Kommunikation gilt dies nur, wenn der Versicherer den Versicherungsnehmer rechtzeitig elektronisch von der Zusendung eines Briefes und von den genannten Folgen einer unterbleibenden Mitteilung der Anschriftsänderung verständigt hat (sofern die elektronische Verständigung möglich war). Dies gilt sinngemäß für Erklärungen gegenüber einem Versicherten.

§ 17 Erfüllungsort

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

§ 18 Änderung der Prämie oder des Versicherungsschutzes (Anpassung)

(1) Als für Änderungen der Prämie oder des Versicherungsschutzes maßgebende Umstände im Sinne des § 178f Versicherungsvertragsgesetz gelten die Veränderungen folgender Faktoren:

- der durchschnittlichen Lebenserwartung
- der Häufigkeit der Inanspruchnahme von Leistungen nach Art der vertraglich vorgesehenen und deren Aufwändigkeit, bezogen auf die zu diesem Tarif Versicherten
- des Verhältnisses zwischen den vertraglich vereinbarten Leistungen und den entsprechenden Kostenersätzen der gesetzlichen Sozialversicherungen
- 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; bei der Festsetzung der Höhe der Anpassung bleiben jedoch Gebühren und/oder Honorare, über deren Höhe ein Einvernehmen mit dem Versicherer nicht hergestellt worden ist, außer Betracht; betrifft dies die Gebühren und/oder Honorare sämtlicher Spitäler dieses Bundeslandes, wird der Anpassung die jeweilige Veränderung des vom Österreichischen Statistischen Zentralamt verlautbarten Index der Verbraucherpreise zugrundegelegt. Wird der Index der Verbraucherpreise nicht mehr verlautbart, gelten die an seiner Stelle verlautbarten Werte; sollte die Berechnung des Index der Verbraucherpreise grundlegend geändert werden, bestimmt die Versicherungsaufsichtsbehörde den künftig anzuwendenden Maßstab.
- des Gesundheitswesens oder der dafür geltenden gesetzlichen Bestimmungen.

(2) Die Erklärung einer rückwirkenden Änderung der Prämie oder des Versicherungsschutzes ist unwirksam; die Erklärung wirkt erst ab dem der Absendung folgenden Monatsersten.

(3) Mit dem Zeitpunkt der Anpassung ändern sich die Prämien, Leistungen und die Höhe allfälliger Selbstbehalte entsprechend der neuen Leistungs- und Prämienübersicht. Für die Bemessung der Teilprämie für die geänderten Leistungen ist das Alter im Zeitpunkt der Anpassung maßgebend.

(4) Im Falle einer Anpassung sind die Bestimmungen des § 4, Abs. 4 AVB und des § 6, Abs. 1 und 2 AVB nicht anzuwenden.

(5) Erhöht der Versicherer die Prämie, so hat er dem Versicherungsnehmer auf dessen Verlangen die Fortsetzung des Vertrages mit höchstens gleichbleibender Prämie und angemessenen geänderten Leistungen anzubieten. Auf dieses Recht wird der Versicherer den Versicherungsnehmer in seiner Benachrichtigung über die Prämienhöhung ausdrücklich nochmals hinweisen.

