

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVBK 1998)

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen sind Bestandteil des Versicherungsvertrages und finden insoweit Anwendung, als in den Ergänzenden Versicherungsbedingungen des gewählten Tarifes keine Sonderregelungen getroffen werden.

Die AVBK 1998 entsprechen bis auf die Ergänzungen betreffend § 5 A) Leistungen für ambulante Heilbehandlung den AVBK 1994.

Übersicht

Der Versicherungsschutz

- § 1 Gegenstand und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes
- § 2 Abschluss des Versicherungsvertrages
- § 3 Beginn des Versicherungsschutzes
- § 4 Wartezeiten
- § 5 Art und Umfang des Versicherungsschutzes
- § 6 Einschränkung des Versicherungsschutzes
- § 7 Auszahlung der Versicherungsleistungen
- § 8 Ruhen des Versicherungsschutzes
- § 9 Ende des Versicherungsschutzes

Pflichten des Versicherungsnehmers

- § 10 Prämien, Gebühren und Abgaben
Zahlungsverzug und dessen Folgen
- § 11 Obliegenheiten
- § 12 Ansprüche gegen Dritte

Ende des Versicherungsvertrages

- § 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer
- § 14 Kündigung durch die Gesellschaft
- § 15 Sonstige Beendigungsgründe

Sonstige Bestimmungen

- § 16 Form und Empfänger von Willenserklärungen und Anzeigen
- § 17 Erfüllungsort, Gerichtsstand
- § 18 Änderung der Versicherungsbedingungen und Tarife
- § 19 Gewinnbeteiligung

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 (erste Inanspruchnahme des Arztes), 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:
 - die Entbindung einschließlich der wegen Schwangerschaft erforderlichen Untersuchungen sowie die damit in Zusammenhang stehende medizinisch notwendige Heilbehandlung und
 - sonstige in den Ergänzenden Versicherungsbedingungen des gewählten Tarifes angeführte Versicherungsfälle.

c) Als Versicherungsfall gelten nicht:

- kosmetische Behandlungen und Operationen und deren Folgen, soweit diese Maßnahmen nicht der Beseitigung von Unfallfolgen dienen;
- Zahnimplantationen sowie die damit im Zusammenhang stehenden Maßnahmen und Folgen, soweit diese nicht der Beseitigung von Unfallfolgen dienen;
- nichtärztliche Hauspflege sowie Maßnahmen der Geriatrie, der Rehabilitation und der Heilpädagogik, der Logopädie und der Heilgymnastik;
- alle Formen der künstlichen Befruchtung (z.B. In vitro fertilisation, Insemination).

3. Heilbehandlung 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 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 haben. Andere Personen können zu besonderen Bedingungen versichert werden.
7. Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Versicherungsfälle auf der ganzen Erde, falls die Ergänzenden Versicherungsbedingungen der einzelnen Tarife keine Einschränkung dieses örtlichen Geltungsbereiches vorsehen.

§ 2.

Abschluss des Versicherungsvertrages

1. Versicherungsnehmer kann nur eine Person sein, die in Österreich ihren ordentlichen Wohnsitz hat.
2. Der Antragsteller ist sechs Wochen an seinen Antrag gebunden. Die Frist beginnt mit dem Tag der Antragstellung.
3. Die Annahme des Antrages 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 der Gesellschaft. Die Entscheidung ist dem Antragsteller schriftlich mitzuteilen. Mit der Zustellung (Aushändigung) der Versicherungsurkunde oder einer schriftlichen Annahmeerklärung ist der Versicherungsvertrag abgeschlossen.
5. Bei neugeborenen Kindern, für die eine Anspruchsberechtigung gegenüber einem Träger der sozialen Krankenversicherung nicht besteht und auch nicht begründet werden kann, verzichtet die Gesellschaft in der Krankheitskostenversicherung unter folgenden Voraussetzungen auf das Recht der Ablehnung (§ 2 Pkt. 4) und auf einen Leistungsausschluss gemäß § 6 Pkt. 1 und 2:

- a) die Eltern (ein Elternteil) des Kindes müssen nach Tarifen versichert sein, die dem für das Kind beantragten Versicherungsschutz entsprechen;
 - b) die Mitversicherung des Kindes muss innerhalb von zwei Monaten nach der Geburt mit Wirkung ab dem 1. des Geburtsmonates beantragt werden;
 - c) wenn schon Kinder vorhanden sind, müssen alle im gemeinsamen Haushalt lebenden Kinder unter 19 Jahren im Anschluss an die Versicherung der Eltern (eines Elternteiles) schon mitversichert sein.
 - d) Bedeutet das Kind ein erhöhtes Risiko, so kann die Gesellschaft einen angemessenen Prämienzuschlag verlangen.
6. Der Antragsteller (Versicherte) erteilt der Gesellschaft durch Fertigung des Antrages für sich und seine von ihm gesetzlich vertretenen Familienangehörigen die Befugnis, über bestehende und frühere Krankheiten und Gebrechen bei Dritten (Ärzten, Krankenanstalten, Sozialversicherungsträgern, sonstigen Versicherungseinrichtungen, Behörden usw.) alle für erforderlich erachteten Erkundigungen einzuziehen. Er ermächtigt diese Dritten, der Gesellschaft jede Auskunft zu erteilen und darüber auch vor Gericht Zeugnis abzulegen.

§ 3.

Beginn des Versicherungsschutzes

1. Die Versicherung beginnt mit dem nächsten, auf den Tag der Antragsaufnahme folgenden Monatsersten.
2. Der Versicherungsschutz beginnt mit Abschluss des Versicherungsvertrages, jedoch nicht vor Bezahlung der ersten Prämie, nicht vor Ablauf der Wartezeiten und nicht vor dem in der Versicherungsurkunde bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn). Wird die Versicherungsurkunde nach diesem Zeitpunkt ausgehändigt, die Prämie sodann aber binnen 14 Tagen bezahlt, so beginnt der Versicherungsschutz abgesehen von den Bestimmungen über die Wartezeiten mit dem in der Versicherungsurkunde bezeichneten Zeitpunkt.

§ 4.

Wartezeiten

1. Die Wartezeiten (Erkrankungen während der Wartezeit siehe § 6 Pkt. 3 und 4) werden ab Versicherungsbeginn gerechnet.
2. Die allgemeine Wartezeit beträgt 3 Monate.

Sie entfällt:

- a) bei Unfällen; Bauch- oder Unterleibsbrüche, die durch einen Unfall herbeigeführt oder verschlechtert worden sind, unterliegen jedoch der allgemeinen Wartezeit.
- b) bei folgenden akuten Infektionskrankheiten:

Röteln, Masern, Windpocken (Varicellen), Scharlach, Diphtherie, Keuchhusten, Mumps, spinale Kinderlähmung, Meningitis, Ruhr, Paratyphus, Flecktyphus (Fleckfieber), Typhus, Cholera, Pocken, 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 3 Monate bestanden hat und

- wenn die Mitversicherung innerhalb von zwei Monaten nach der Eheschließung oder nach der Geburt mit Wirkung vom 1. des Monats der Eheschließung oder des Geburtsmonates beantragt wird.

Bedeutet der Ehegatte bzw. das Kind ein erhöhtes Risiko, so kann die Gesellschaft den Antrag zu besonderen Bedingungen (§ 1 Pkt. 6) annehmen oder ablehnen (§ 2 Pkt. 4).

3. Besondere Wartezeiten

- a) Die Bestimmungen über die allgemeine Wartezeit gelten, sofern in den Ergänzenden Versicherungsbedingungen der einzelnen Tarife oder in der Versicherungsurkunde keine besonderen Wartezeiten festgelegt sind.
- b) Die Wartezeit für Erkrankungen, die vor Versicherungsbeginn entstanden sind und mit Prämienzuschlag in den Versicherungsschutz einbezogen wurden, ist in der Versicherungsurkunde festgelegt.
- c) Die Wartezeit für Untersuchungen und Behandlungen wegen Unfruchtbarkeit, Schwangerschaft, Entbindungen und Fehlgeburten beträgt 9 Monate, es sei denn, es wurde eine andere, in der Versicherungsurkunde dokumentierte Vereinbarung getroffen.

Ist die Schwangerschaft nachweislich nach Inkrafttreten der Versicherung eingetreten, entfällt die Wartezeit. Es gilt als Nachweis, wenn der ärztlich errechnete Geburtstermin 9 Monate nach Versicherungsbeginn liegt.

- d) Die Wartezeit für Psychotherapie, Zahnbehandlung und Zahnersatz beträgt 8 Monate.

4. Bei Übertritt in eine höhere Tarifklasse besteht der Anspruch auf höheren Versicherungsschutz nur für Versicherungsfälle, die nach neuerlichem Ablauf der Wartezeiten eintreten.

5. Wird eine Krankheitskostenversicherung nachweislich innerhalb von zwei Monaten 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 Pkt. 3 c) oder in der Versicherungsurkunde genannten Wartezeiten. Die Voraussetzungen für die Anrechnung der Pflichtversicherung sind der Gesellschaft durch geeignete Belege nachzuweisen.

§ 5.

Art und Umfang des Versicherungsschutzes

1. Art und Umfang des Versicherungsschutzes ergeben sich aus den Allgemeinen und Ergänzenden Versicherungsbedingungen, dem Tarif und der Versicherungsurkunde.

A) Leistungen für ambulante Heilbehandlung

2. Der Versicherte hat freie Wahl unter den niedergelassenen, zur selbstständigen 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 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. Behandeln Ärzte sich selbst, Ehegatten, Eltern oder Kinder, werden nur die nachgewiesenen Sachkosten erstattet.
 6. Die Kosten besonderer Untersuchungen (z.B. Laboratoriumsuntersuchungen, Röntgendiagnostik, Ultraschalluntersuchungen) und die Kosten ärztlich verordneter physiotherapeutischer Heilbehandlungen (z.B. physikalische Behandlungen, Heilbäder) werden erstattet, wenn sie durch einen Arzt oder einen zur freiberuflichen Ausübung dieser Dienste Berechtigten durchgeführt wurden.
- in Anstalten (oder Abteilungen von sonstigen Anstalten), in denen neben stationärer Heilbehandlung auch Rehabilitationsmaßnahmen oder Kurzbehandlungen durchgeführt werden;
 - in Anstalten (oder Abteilungen von sonstigen Anstalten), in denen auch Rekonvaleszente oder Pflegefälle aufgenommen werden;
 - in Anstalten (oder Abteilungen von sonstigen Anstalten), in denen neben stationärer Heilbehandlung auch Langzeitbehandlungen durchgeführt werden und
 - in privaten Krankenanstalten außerhalb Österreichs.

Die Kosten psychotherapeutischer Heilbehandlungen werden erstattet, wenn diese durch einen Arzt vorgenommen wurden.

Zusätzliche Kosten für Ordinationen oder Hausbesuche werden in diesen Fällen nicht vergütet.

7. Als Heilbehelfe (Hilfsmittel) gelten

z.B. Brillen, Kontaktlinsen, Hörgeräte, Bruchbänder, Gliederprothesen, orthopädische Korsette, orthopädische Schuheinlagen und die orthopädische Ausstattung von Schuhen, Bandagen und Bauchmieder,

nicht jedoch z.B. 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 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 (für Brillen und Kontaktlinsen frühestens nach 2 Jahren).

B) Leistungen für stationäre Heilbehandlung

8. 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, ausschließlich 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.
9. Für eine stationäre Heilbehandlung im Sinne des Pkt. 8 werden in den nachstehend angeführten Anstalten (oder Abteilungen von sonstigen Anstalten) Leistungen nur insoweit erbracht, als die Gesellschaft diese vor Beginn schriftlich zugesagt hat:
 - in Anstalten (oder Abteilungen von sonstigen Anstalten), die nicht ausschließlich nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft arbeiten;
10. Für nachstehende Aufenthalte besteht kein Anspruch auf Tagegeld (Ersatztagelohn); ein Kostenersatzanspruch in tariflichem Ausmaß besteht nur dann, wenn die Gesellschaft dies vor Beginn der Heilbehandlung schriftlich zugesagt hat, jedoch höchstens für 6 Wochen:
 - in Anstalten (oder entsprechenden Abteilungen von sonstigen Anstalten) für Lungen- und Tbc-Kranke;
 - in Anstalten (oder entsprechenden Abteilungen von sonstigen Anstalten) für Nerven- und/oder psychiatrische Erkrankungen (selbstständig geführte Abteilungen für Neurologie oder Neurochirurgie stehen jedoch gemäß Pkt. 8 unter Versicherungsschutz).
11. Kein Versicherungsschutz besteht für Aufenthalte in folgenden Anstalten (einschließlich deren Krankenabteilungen):
 - in Anstalten (oder Abteilungen von Anstalten), die vornehmlich für Maßnahmen der Rehabilitation eingerichtet sind;
 - in Anstalten (oder Abteilungen von Anstalten) für Alkohol- und Drogenabhängige;
 - in Sanitätseinrichtungen des Bundesheeres;
 - in Inquisitenspitälern (oder Inquisitenabteilungen);
 - in Anstalten (oder Abteilungen von Anstalten) für geistig abnorme Rechtsbrecher;
 - in selbstständigen Ambulatorien (auch wenn die durchzuführende Untersuchung oder Behandlung eine kurzfristige Unterbringung erforderlich macht);
 - in Kuranstalten, Erholungs-, Diät- und Genesungsheimen;
 - in Anstalten (oder Abteilungen von Anstalten) für chronisch Kranke;
 - in Anstalten (oder Abteilungen von Anstalten) zur Pflege wegen Alters, Hinfälligkeit, Siechtums oder mangels häuslicher Pflege;
 - in Tag- und/oder Nachtkliniken.
12. Die Gesellschaft kann sich auf ihre Leistungsfreiheit nach Pkt. 9 bis 11 insoweit und solange nicht berufen, als die Dringlichkeit der stationären Heilbehandlung das Aufsuchen einer Krankenanstalt im Sinne des Pkt. 8 bzw. die Einholung einer vor Beginn der Behandlung erfolgten schriftlichen Zusage nach Pkt. 9 und 10 nicht zulässt.

§ 6.

Einschränkung des Versicherungsschutzes

(siehe auch § 1 Pkt. 2c)

1. Versicherungsschutz besteht grundsätzlich nur für während der Versicherungsdauer entstandene Krankheiten und Unfälle sowie deren Folgen. Jedenfalls vom Versicherungsschutz ausgenommen sind Heilbehandlungen, die vor Versicherungsbeginn begonnen haben.
2. Krankheiten und Unfallfolgen, die vor Versicherungsbeginn entstanden sind, sind nur dann vom Versicherungsschutz umfasst, wenn sie bei Antragstellung angezeigt wurden und in der Versicherungsurkunde keine diesbezügliche Leistungseinschränkung dokumentiert ist.
3. Für Krankheiten und Unfallfolgen, die während der allgemeinen Wartezeit (§ 4 Pkt. 2) erstmalig behandelt worden sind, besteht Versicherungsschutz nur dann, wenn der Versicherungsnehmer beweist, dass die Krankheiten und Unfallfolgen für ihn erst nach Vertragsabschluss erkennbar wurden. Ansonsten besteht - sofern keine Verletzung der Anzeigepflicht (§ 11 der AVBK 1998) vorliegt - Versicherungsschutz nach Ablauf der allgemeinen Wartezeit.
4. Krankheiten und Unfallfolgen gemäß Pkt. 1 und 2 können zu besonderen Bedingungen (höherer Beitrag, besondere Wartezeiten) in den Versicherungsschutz eingeschlossen werden.
5. Kein Versicherungsschutz besteht
 - für Krankheiten und Unfälle sowie deren Folgen, die auf Grund von Alkohol-, Suchtgift- oder Medikamentenmissbrauch eintreten oder verschlechtert werden oder deren Heilbehandlung infolge Missbrauches wesentlich erschwert ist, sowie für Entziehungsmaßnahmen und Entziehungskuren;
 - für Anhaltung wegen Selbst- oder Fremdgefährdung;
 - für die Folgen von Selbstmordversuchen;
 - für auf Vorsatz des Versicherungsnehmers oder des Versicherten beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen;
 - für Krankheiten und Unfälle sowie deren Folgen, die durch aktive Beteiligung an Unruhen, durch schuldhafte Beteiligung an Schlägereien oder bei der Begehung einer gerichtlich strafbaren Handlung, die Vorsatz voraussetzt, entstehen;
 - für Krankheiten und Unfälle sowie deren Folgen, die durch Kriegsereignisse jeder Art, einschließlich Neutralitätsverletzung, entstehen.
6. Für die Heilbehandlung von Krankheiten und Unfallfolgen, die vom Versicherungsnehmer bzw. vom Versicherten vor Abschluss des Versicherungsvertrages angegeben wurden, kann der Versicherungsschutz nur durch ausdrückliche schriftliche Erklärung der Gesellschaft ausgeschlossen werden.
7. Geht die Heilbehandlung über das notwendige Maß hinaus, so ist die Gesellschaft berechtigt, die Erstattung auf das angemessene Ausmaß herabzusetzen.
8. Die Gesellschaft kann in begründeten Fällen Behandlungen durch bestimmte Ärzte oder Dentisten bzw. in bestimmten Krankenanstalten (oder Abteilungen von Krankenanstalten) vom Versicherungsschutz ausnehmen. Dies gilt für Behandlungen, die nach Zustellung einer entsprechenden Mitteilung durchgeführt werden. Für alle vor der Zustellung dieser Mitteilung eingetretenen Versicherungsfälle besteht Versicherungsschutz bis zum Ablauf des ersten Monats nach Zustellung der Mitteilung.

§ 7.

Auszahlung der Versicherungsleistungen

1. Die Auszahlung der Versicherungsleistung erfolgt auf Grund von saldierten Originalrechnungen oder Aufenthaltsbestätigungen. Diese Belege müssen den Vor- und Zunamen, die Adresse, die Nummer der Versicherungsurkunde, das Geburtsdatum der behandelten Person sowie die Bezeichnung der Krankheit und der erbrachten Leistungen und die Daten der Behandlungen 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.
2. Die Gesellschaft darf den Überbringer von Belegen als zum Empfang der darauf entfallenden Versicherungsleistungen berechtigt ansehen.
3. Die Belege gehen in das Eigentum der Gesellschaft über.
4. Die Gesellschaft ist berechtigt, bei jeder Überweisung die tatsächlich auflaufenden Kosten der Überweisung in Rechnung zu stellen.
5. Übersetzungskosten sind vom Versicherungsnehmer zu tragen.
6. In ausländischer Währung entstandene Kosten werden in Euro ersetzt. Für die Umrechnung ist der Devisenmittelkurs der Wiener Börse des letzten im Ausland erfolgten Behandlungstages maßgeblich.
7. Die Ansprüche auf Versicherungsleistungen können ohne Zustimmung der Gesellschaft weder verpfändet noch abgetreten werden.

Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen der Gesellschaft nur aufrechnen, wenn es sich um Gegenforderungen handelt, die im rechtlichen Zusammenhang mit seiner Forderung stehen und die gerichtlich festgestellt oder die von der Gesellschaft anerkannt worden sind.
8. Die Gesellschaft 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 die Gesellschaft dem Versicherungsnehmer gegenüber den erhobenen Anspruch in einer dem Pkt. 10 entsprechenden Weise sowie unter Angabe der mit dem Ablauf der Frist verbundenen Rechtsfolge abgelehnt hat; sie ist für die Dauer von Vergleichsverhandlungen über den erhobenen Anspruch gehemmt. Die Leistungsfreiheit tritt nicht ein, wenn der Versicherungsnehmer an der rechtzeitigen gerichtlichen Geltendmachung des Anspruchs ohne sein Verschulden gehindert war.
9. Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren.
10. Ist ein Anspruch des Versicherungsnehmers bei der Gesellschaft angemeldet worden, so ist die Verjährung bis zum Einlangen einer schriftlichen Entscheidung der Gesellschaft gehemmt, die zumindest mit der Anführung der der Ablehnung derzeit zu Grunde gelegten Tatsache und gesetzlichen oder vertraglichen Bestimmung begründet ist. Nach Ablauf von zehn Jahren tritt jedoch 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 den Zeitraum der Ruhendstellung ist ein im Tarif festgesetzter Ruhensbeitrag im Voraus zu entrichten.

Kein Versicherungsschutz besteht für Versicherungsfälle, die während des Ruhens des Versicherungsvertrages eingetreten sind. Für die Fortsetzung der Heilbehandlung nach Ende des Ruhens besteht Versicherungsschutz.

3. Eine vom Versicherungsnehmer beantragte Wiederinkraftsetzung der Versicherung vor Ablauf des vereinbarten Zeitraumes kann von einer Gesundheitsprüfung abhängig gemacht werden.

§ 9. Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz endet - auch für eine noch nicht abgeschlossene Heilbehandlung - mit der Beendigung des Versicherungsvertrages.

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 Versicherungsjahres zu entrichten, kann aber auch in gleichen monatlichen Raten bezahlt werden, die jeweils bis zur Fälligkeit der Rate gestundet gelten. Die Prämienraten sind am 1. eines jeden Monats fällig. Die erste Prämie ist binnen 14 Tagen nach Aushändigung bzw. Angebot der Versicherungsurkunde fällig.
2. Soweit dies der Tarif vorsieht, können Ehegatten und Kinder bis 18 Jahre zu besonderen Prämien in einer Versicherungsurkunde mitversichert werden. Werden Kinder jedoch ohne Elternteil versichert, gilt für sie die Prämie der alleinversicherten Kinder. Für versicherte Kinder sind ab dem 1. Juli des Jahres, in dem sie das 19. Lebensjahr vollenden, diejenigen Prämien zu bezahlen, die für Männer bzw. Frauen zu entrichten sind. Als Eintrittsalter gilt die Differenz zwischen dem Jahr des Versicherungsbeginns und dem Geburtsjahr.
3. Die Prämien sind an die von der Gesellschaft zu bezeichnende Stelle zu entrichten.
4. Allfällige Abgaben aus dem Versicherungsvertrag trägt der Versicherungsnehmer.

B) Zahlungsverzug und dessen Folgen

5. Wird die erste Prämie oder die erste Prämienrate nicht rechtzeitig geleistet (siehe § 3), so besteht kein Versicherungsschutz; weiters kann die Gesellschaft, solange die Zahlung nicht erfolgt ist, vom Vertrag zurücktreten. Es gilt als Rücktritt, wenn der Anspruch auf die Prämie nicht innerhalb dreier Monate vom Fälligkeitstag an gerichtlich geltend gemacht wird.
6. Wird in der Folge eine fällige Prämie oder eine fällige Prämienrate nicht rechtzeitig bezahlt, so kann die Gesellschaft den Versicherungsnehmer unter Angabe der Höhe der Prämien- und Kostenschuld und der Rechtsfolgen weiterer Säumnis schriftlich auffordern, die Schuld innerhalb einer Zahlungsfrist von zwei Wochen, vom Empfang der Aufforderung an gerechnet, an die von der Gesellschaft 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 von zwei Wochen werden, wenn bis dahin der eingemahnte Betrag nicht bezahlt ist, die gestundeten Prämienraten des laufenden Versicherungsjahres fällig.

7. 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 die Gesellschaft von der Verpflichtung zur Leistung frei, es sei denn, dass der Versicherungsnehmer an der rechtzeitigen Zahlung ohne sein Verschulden verhindert war.

Die Leistungspflicht der Gesellschaft 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.

Die vorgesehene Leistungsfreiheit tritt nicht ein, wenn der Versicherungsnehmer mit nicht mehr als 10% der Jahresprämie, höchstens aber EUR 60,00, im Verzug ist.

8. Die Gesellschaft ist berechtigt, den Versicherungsvertrag ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist zu kündigen, wenn der Versicherungsnehmer nach Ablauf der Frist mit der Zahlung der Prämie im Verzug ist. Die Gesellschaft kann bereits bei der Bestimmung der Zahlungsfrist den Versicherungsvertrag so kündigen, dass die Kündigung mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung der Prämie im Verzug ist.
9. 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.

§ 11. Obliegenheiten

A) Anzeigepflicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages

1. Der Versicherungsnehmer und der Versicherte haben bei der Antragstellung und zwischen Antragstellung und Zustellung (Aushändigung) der Versicherungsurkunde alle erheblichen Gefahrenumstände anzuzeigen. Jeder Gefahrenumstand, nach dem die Gesellschaft ausdrücklich in schriftlicher Form gefragt hat, gilt im Zweifel als erheblich.

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

2. Hat der Versicherungsnehmer oder ein Versicherter die Anzeigepflicht über erhebliche Gefahrenumstände schuldhaft (fahrlässig oder vorsätzlich) verletzt, so kann die Gesellschaft vom Vertrag zurücktreten. Die Anzeigepflicht ist auch dann verletzt, wenn Fragen um Gefahrenumstände unvollständig beantwortet werden.
3. Der Rücktritt vom Versicherungsvertrag ist innerhalb eines Monats von dem Tag an zulässig, an dem die Gesellschaft von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erlangt hat. Drei Jahre nach Abschluss, Wiederinkraftsetzung oder Änderung des Versicherungsvertrages ist die Ausübung des Rücktrittsrechtes nicht mehr möglich.
4. Tritt die Gesellschaft 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 Versicherungsfalles oder soweit er keinen Einfluss auf den Umfang der Leistung des Versicherers gehabt hat. Die Gesellschaft kann jedoch die Rückzahlung der Leistungen verlangen, die sich auf Tatsachen beziehen, die zum Rücktritt geführt haben.
5. Im Falle des Rücktritts hat die Gesellschaft Anspruch auf eine Geschäftsgebühr in der Höhe von drei Monatsprämien.

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 der Gesellschaft, den Vertrag wegen Arglist anzufechten, wird durch die vorstehenden Bestimmungen nicht berührt.
8. Ist die dem Versicherungsnehmer (Versicherten) beim Abschluss des Vertrages obliegende Anzeigepflicht verletzt worden, das Rücktrittsrecht der Gesellschaft aber mangels Verschulden des Versicherungsnehmers (Versicherten) oder wegen Zeitablauf gemäß Pkt. 3 ausgeschlossen, so kann die Gesellschaft vom Beginn des laufenden Versicherungsjahres an eine höhere Prämie verlangen, falls sie mit Rücksicht auf das höhere Risiko angemessen ist. Das gleiche gilt, wenn beim Abschluss des Vertrages ein für die Übernahme des Risikos erheblicher Umstand der Gesellschaft nicht angezeigt worden ist, weil er dem Versicherungsnehmer (Versicherten) nicht bekannt war.

Wird das höhere Risiko nach den für den Geschäftsbetrieb der Gesellschaft maßgebenden Grundsätzen auch gegen eine höhere Prämie nicht übernommen, so besteht diesbezüglich kein Versicherungsschutz.

Der Anspruch auf die höhere Prämie erlischt, wenn er nicht innerhalb eines Monats von dem Zeitpunkt an geltend gemacht wird, in welchem die Gesellschaft von der Verletzung der Anzeigepflicht oder von dem nicht angezeigten Umstand ausreichend Kenntnis erlangt.

C) Pflichten des Versicherungsnehmers und des Versicherten während des Bestehens des Versicherungsvertrages

9. Der Versicherungsnehmer und der Versicherte haben auf Verlangen der Gesellschaft 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 der Gesellschaft durch einen von dieser beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.

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

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

11. Verletzt der Versicherungsnehmer oder der Versicherte die Auskunftspflicht des § 11 Pkt. 9, so ist die Gesellschaft von der Verpflichtung zur Leistung frei, sofern die Verletzung vorsätzlich oder grob fahrlässig erfolgt ist.

Bei grob fahrlässiger Verletzung bleibt die Gesellschaft zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung weder auf die Feststellung des Versicherungsfalles noch auf die Feststellung oder den Umfang der der Gesellschaft obliegenden Leistung Einfluss gehabt hat.

12. Wird die in § 11 Pkt. 10 genannte Informationspflicht schuldhaft verletzt, so ist die Gesellschaft von der Verpflichtung zur Erbringung von Summenleistungen, wie z.B. Krankenhaus-Tagegeld, Krankenhaus-Ersatztagelohn, Krankengeld oder Kurzuschüssen frei. Die Gesellschaft kann überdies den Versicherungsvertrag zur Gänze oder nur hinsichtlich der betreffenden versicherten Personen innerhalb eines Monats, nachdem sie von der Obliegenheitsverletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer

Kündigungsfrist kündigen. Kündigt die Gesellschaft innerhalb eines Monats nicht, so kann sie sich auf die Leistungsfreiheit nicht berufen.

§ 12.

Ansprüche gegen Dritte

1. Bestehen für einen Versicherungsfall neben dem Anspruch gegen die Gesellschaft gleichartige Ansprüche gegenüber dritten Personen oder öffentlich rechtlichen oder privaten Versicherungsträgern, so gehen diese Ansprüche insoweit auf die Gesellschaft über, als diese die Kosten ersetzt. Der Anspruchsberechtigte ist verpflichtet, diese Abtretung auf Verlangen der Gesellschaft 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 die Gesellschaft berechtigt, den Ersatz auf ihre Leistungen anzurechnen.
3. Die Pkte. 1 und 2 gelten nicht für Leistungen, die auch ohne Kostennachweis gebühren.
4. Die Verpflichtung der Gesellschaft 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 Anspruches dienendes Recht ohne Zustimmung der Gesellschaft auf, so wird die Gesellschaft insoweit von der Ersatzpflicht frei, als sie aus dem Anspruch oder dem Recht hätte Ersatz erlangen können.

Ende des Versicherungsvertrages

§ 13.

Kündigung durch den Versicherungsnehmer

1. Der Versicherungsvertrag wird auf unbestimmte Zeit abgeschlossen. Der Antragsteller verzichtet für die Dauer von 2 Jahren auf sein Kündigungsrecht. Das heißt, dass die Versicherung erstmals zum Ende des 3. Versicherungsjahres gekündigt werden kann. Nach Ablauf dieser vereinbarten Mindestvertragsdauer kann der Versicherungsvertrag zum Ende eines jeden folgenden Versicherungsjahres gekündigt werden. Die Kündigungsfrist beträgt jeweils 3 Monate.

Bei Einschluss von Personen oder Tarifen und bei Tarifierhöhungen beginnt die vereinbarte Vertragsdauer hinsichtlich dieser Personen oder Tarife neu zu laufen.

2. Das Versicherungsjahr richtet sich nach dem in der Versicherungsurkunde aufscheinenden, ursprünglichen Versicherungsbeginn. Spätere Änderungen des Versicherungsvertrages (z.B. Anpassungen, Tarifumwandlungen, Ausschluss, Einschluss) verändern den ursprünglichen Versicherungsbeginn nicht.
3. Die Kündigung muss schriftlich erfolgen und an die Gesellschaft gerichtet sein.
4. Kündigt der Versicherungsnehmer den Versicherungsvertrag hinsichtlich einzelner Personen, kann die Gesellschaft aus wichtigem Grund innerhalb einer Frist von einem Monat den Versicherungsvertrag hinsichtlich der übrigen Personen zum gleichen Termin kündigen.
5. Werden Prämien erhöht oder Leistungen vermindert (§ 18 und § 11, B, Pkt. 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.

6. 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.

Kündigung durch die Gesellschaft

1. Die Gesellschaft hat nur in folgenden Fällen ein Kündigungsrecht:
 - Prämienzahlungsverzug gemäß § 10 Pkt. 8;
 - Verletzung der Informationspflicht gemäß § 11 Pkt. 12;
 - in Folge der Kündigung durch den Versicherungsnehmer gemäß § 13 Pkt. 4;
 - schuldhaftes Verhalten gemäß dem nachfolgenden Pkt. 2.
2. Wenn der Versicherungsnehmer oder ein Versicherter durch wissentlich falsche Angaben, insbesondere durch Vortäuschung einer Krankheit, Versicherungsleistungen erschleicht oder zu erschleichen versucht oder bei einer solchen Handlung mitwirkt, so ist die Gesellschaft von der Verpflichtung zur Leistung frei und hat das Recht, den Versicherungsvertrag fristlos zu kündigen. Das gleiche gilt, wenn der Versicherte im Krankheitsfall den vom Arzt oder von der Gesellschaft gegebenen zumutbaren Verhaltensmaßregeln vorsätzlich oder grob fahrlässig nicht Folge leistet.
3. Kündigt die Gesellschaft gemäß § 11 Pkt. 12 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 des 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. Die Bestimmungen des Pkt. 1 gelten sinngemäß.

Sonstige Bestimmungen

§ 16.

Form und Empfänger von Willenserklärungen und Anzeigen

1. Alle für die Gesellschaft bestimmten Anzeigen und Erklärungen sind schriftlich abzufassen und an die Gesellschaft zu richten.
2. Hat der Versicherungsnehmer seine Wohnung gewechselt, dies aber nicht der Gesellschaft mitgeteilt, so genügt zur Rechtswirksamkeit von Willenserklärungen der Gesellschaft dem Versicherungsnehmer gegenüber die Absendung des Briefes an die letzte der Gesellschaft bekannt gegebene Anschrift.

§ 17.

Erfüllungsort, Gerichtsstand

1. Erfüllungsort für die beiderseitigen Verpflichtungen aus dem Versicherungsvertrag ist der Sitz der Gesellschaft.

2. Klagen gegen die Gesellschaft können bei dem Gericht am Sitz der Gesellschaft oder bei dem Gericht des Ortes anhängig gemacht werden, wo der Vermittlungsagent zur Zeit der Vermittlung seine gewerbliche Niederlassung oder in Ermangelung einer solchen seinen Wohnsitz hatte.

3. Für Klagen gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht örtlich zuständig, in dessen Sprengel der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz, seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat oder der Ort seiner Beschäftigung liegt.

§ 18.

Änderung der Versicherungsbedingungen und Tarife

1. Änderungen der Versicherungsbedingungen und der Tarife, soweit sie die Bestimmungen über die Prämie und den Versicherungsschutz betreffen, sowie des Leistungsverzeichnisses gelten gemäß Pkt. 2 auch für bestehende Versicherungsverträge.
2. Bei Veränderung von mindestens einem der nachfolgend angeführten Umstände können Änderungen gemäß Pkt. 1 durchgeführt werden:
 1. eines vereinbarten Index,
 2. der durchschnittlichen Lebenserwartung,
 3. der Häufigkeit der Inanspruchnahme von Leistungen nach Art der vertraglich vorgesehenen und deren Aufwendigkeit, bezogen auf die zu diesem Tarif Versicherten,
 4. des Verhältnisses zwischen den vertraglich vereinbarten Leistungen und den entsprechenden Kostenersätzen der gesetzlichen Sozialversicherungen,
 5. 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
 6. des Gesundheitswesens oder der dafür geltenden gesetzlichen Bestimmungen.
3. Wirksam wird die Änderung zum 1. des Monats, der der schriftlichen Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

§ 19.

Gewinnbeteiligung

Die Versicherungen der Tarife N, S, K, A, T, TA, TB, TC, TD, NX, SNX, SGX, TAX, TBX, TCX, TDX, AV1, AW1 und AW1Z bilden den Gewinnverband A.

Der Gewinnrückstellung des Gewinnverbandes A werden mindestens 85% des nach Maßgabe der GBVKVU 2007 (Gewinnbeteiligungsverordnung für die Krankenversicherung) ermittelten Gewinns zugewiesen.

Aus der Gewinnrückstellung sind die auf die einzelnen Versicherungsnehmer entfallenden Gewinnanteile nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen auszuschütten:

1. Teilnahmeberechtigt sind nur diejenigen Versicherungen des Gewinnverbandes, für welche die Prämien des abgelaufenen ganzen Geschäftsjahres (Kalenderjahres) voll und spätestens bis zum 1. März des folgenden Kalenderjahres bezahlt worden sind, wenn für das abgelaufene Geschäftsjahr (Kalenderjahr) weder tarifliche noch freiwillige Leistungen durch die Gesellschaft erbracht wurden und der Vertrag zum 1. August des folgenden Kalenderjahres aufrecht ist.

2. Bei der Feststellung der Teilnahmeberechtigung an der Gewinnbeteiligung gelten die in einem Versicherungsvertrag zusammengefassten Familienmitglieder und Tarife als eine Einheit, das heißt, eine Gewinnbeteiligung kann nur erfolgen, wenn aus dem gesamten Vertrag keine Leistungen erbracht wurden.
3. Als Maßstab für die Höhe der Gewinnbeteiligung gilt die Monatsprämie. Hat sich diese während des abgelaufenen Geschäftsjahres (Kalenderjahres) verändert, so gilt die am Jahresende maßgebliche Prämie. Der Gewinnanteil muss stets ein ganzzahliges Vielfaches einer Monatsprämie betragen.

Unterschreitet der auf den einzelnen Versicherungsvertrag entfallende Gewinnanteil einen im Geschäftsplan festgelegten Bagatellbetrag, so entfällt die Gewinnbeteiligung zu diesem Vertrag.
4. Reste in der Gewinnrückstellung der Versicherten sowie nicht ausbezahlte Bagatellbeträge werden auf das Folgejahr vorgetragen.
4. Die Höhe der Gewinnbeteiligung wird im Geschäftsbericht über das abgelaufene Geschäftsjahr bekannt gegeben. Die Gewinnbeteiligung kann von der Gesellschaft auf die Prämie der Monate, die der Bekanntmachung folgen, in Anrechnung gebracht oder bar ausgezahlt werden.
5. Falls Ansprüche auf Versicherungsleistungen für das abgelaufene Geschäftsjahr (Kalenderjahr) nach Empfang der Gewinnbeteiligung geltend gemacht werden, ist die erhaltene Gewinnbeteiligung rückzuerstatten.
6. Der Anspruch auf den Gewinnanteil verjährt in drei Jahren.