

## ALLGEMEINE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN FÜR DIE GRUPPEN-KRANKHEITSKOSTEN- UND KRANKENHAUS-TAGGELDVERSICHERUNG

Personenbezogene Bezeichnungen in diesem Dokument beziehen sich auf alle Geschlechter in gleicher Weise.

### INHALTSVERZEICHNIS

#### DER VERSICHERUNGSSCHUTZ

- § 1 Gegenstand und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes
- § 2 Abschluss des Gruppenversicherungsvertrages/Beitritt
- § 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 UND DES VERSICHERTEN

- § 10 A. Prämien, Gebühren und Abgaben  
B. Zahlungsverzug und dessen Folgen
- § 11 Obliegenheiten
  - A. Anzeigepflicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages bzw. vor Beitritt des Versicherten
  - B. Folgen der Verletzung der Anzeigepflicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages bzw. vor Beitritt des Versicherten
  - C. Pflichten des Versicherungsnehmers und des Versicherten während des Bestehens des Versicherungsvertrages
  - D. Folgen der Verletzung von Pflichten während des Bestehens des Versicherungsvertrages
- § 12 Ansprüche gegen Dritte

#### DAUER UND ENDE DES VERSICHERUNGSVERTRAGES

- § 13 Dauer des Versicherungsvertrages, Kündigung durch den Versicherungsnehmer, den Versicherten oder den Versicherer
- § 13 a) Kündigung durch den Versicherungsnehmer
- § 13 b) Kündigung durch den Versicherten
- § 14 Einseitige Vertragsbeendigung durch den Versicherer
- § 15 Sonstige Beendigungsgründe

#### SONSTIGE BESTIMMUNGEN

- § 16 Form und Empfänger von Willenserklärungen und Anzeigen
- § 17 Änderung der Prämie oder des Versicherungsschutzes (Anpassung)

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen sind insoweit Bestandteil des Gruppenversicherungsvertrages, als den Besonderen Versicherungsbedingungen (BVB) bzw. den Leistungsübersichten für die gewählten Tarife und/oder im Gruppenversicherungsvertrag nichts Abweichendes bestimmt ist.

Bitte lesen Sie die folgenden Begriffsbestimmungen sorgfältig durch – sie sind für das Verständnis dieser Versicherungsbedingungen notwendig!

**Versicherer** ist die DONAU Versicherung AG Vienna Insurance Group.

**Versicherungsnehmer** ist der Vertragspartner des Versicherers und grundsätzlich die Gruppenspitze (z. B. Verband, Verein, Konzern).

**Versicherter** ist eine natürliche Person, die im laut jeweiligen Gruppenversicherungsvertrag vereinbarten Ausmaß versichert ist. Ein Mitglied der Gruppe (z. B. Vereinsmitglied, Arbeitnehmer), das sämtliche Voraussetzungen für einen Beitritt zur jeweiligen Gruppenversicherung erfüllt, erhält grundsätzlich durch individuellen Beitritt die Stellung eines Versicherten.

**Mitversicherter** ist eine natürliche Person, die im laut jeweiligen Gruppenversicherungsvertrag vereinbarten Ausmaß versichert ist und die in einem im jeweiligen Gruppenversicherungsvertrag näher definierten Naheverhältnis zum Versicherten (z. B. Familienangehörige die im gemeinsamen Haushalt leben) steht. Eine natürliche Person, die sämtliche Voraussetzungen für einen Beitritt zur jeweiligen Gruppenversicherung erfüllt, erhält grundsätzlich durch individuellen Beitritt die Stellung eines Mitversicherten. Soweit in den nachfolgenden Bestimmungen nichts Gegenteiliges bestimmt wird, gelten die Rechte und Pflichten für Versicherte analog auch für Mitversicherte.

## 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;
  - Zahnimplantationen sowie die damit im ursächlichen Zusammenhang stehenden Maßnahmen und Folgen, soweit diese 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.
  - 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 werden können Dienstnehmer des Versicherungsnehmers oder der Betriebsstätte, für deren Dienstnehmer der Gruppenversicherungsvertrag abgeschlossen wurde, und – wenn der Gruppenversicherungsvertrag dies vorsieht – deren Ehegatten bzw. Lebensgefährten und/oder Kinder, soweit und solange der Dienstnehmer oder sein Ehegatte bzw. Lebensgefährte Anspruch auf Familienbeihilfe hat.
- 7) Versicherter kann nur eine Person sein, die in Österreich ihren ordentlichen Wohnsitz und das 70. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, sofern nicht eine andere Vereinbarung getroffen wird.

### § 2 ABSCHLUSS DES GRUPPENVERSICHERUNGSVERTRAGES/BEITRITT

- 1) Ein Gruppenversicherungsvertrag kann abgeschlossen werden:
  - a) mit Dienstgebern zur Versicherung ihrer Dienstnehmer,
  - b) mit dem Betriebsrat oder einem (von einem Personenkreis von Dienstnehmern laut lit. a)) Beauftragten, wenn dieser nachweist, dass er seine Nachweispflicht als Versicherungsnehmer über die Personaldaten der zu versichernden Dienstnehmer und über die jeweilige Änderung des Stands des Personenkreises (Ab- und Anmeldung von Versicherten) erfüllen kann. Regelungen für Abschluss und Beitritt sind im einzelnen Gruppenversicherungsvertrag festgelegt.
- 2) Jede beitriffsberechtigte Person kann dem jeweiligen Gruppenversicherungsvertrag zu jedem Monatsbeginn beitreten. Ein Beitritt von Familienangehörigen ohne gleichzeitigen Beitritt des aktiven Dienstnehmers ist nicht möglich.
- 3) Für neugeborene Kinder von Versicherten, die keinen Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung haben, besteht gemäß § 178 e Versicherungsvertragsgesetz ein Anspruch auf Versicherungsschutz; ein solches Verlangen ist spätestens zwei Monate nach der Geburt zu stellen. Außerhalb des Falles des § 178 e Versicherungsvertragsgesetz entfällt bei Einschluss eines neugeborenen Kindes ab dem Geburtsmonat die Gesundheitsprüfung, wenn ein Elternteil seit mindestens sieben Monaten nach Tarifen im Gruppenversicherungsvertrag versichert ist, die dem für das Kind beantragten Versicherungsschutz entsprechen. Die Meldung muss innerhalb von zwei Monaten nach der Geburt mittels Beitrittserklärung zur Gruppenversicherung erfolgen.

- 4) Die Annahme des Antrags auf Beitritt kann von einer ärztlichen Untersuchung oder Beibringung eines ärztlichen Zeugnisses auf Kosten des Antragstellers und von besonderen Bedingungen abhängig gemacht werden. Der neuerliche Beitritt einer aus dem Gruppenversicherungsvertrag ausgeschiedenen Person ist nur zu besonderen Bedingungen möglich
- 5) Der Antragsteller/Beitretende ist sechs Wochen an seine Erklärung gebunden. Die Frist beginnt mit dem Tag der Abgabe der Erklärung bzw. mit ihrer Absendung an den Versicherer.
- 6) Über die Antragsannahme entscheidet die Geschäftsleitung des Versicherers. Die Entscheidung ist dem Antragsteller in geschriebener Form mitzuteilen. Mit der Zustellung (Aushändigung) der Annahmeerklärung ist der Versicherungsvertrag abgeschlossen.

### § 3 BEGINN DES VERSICHERUNGSSCHUTZES

Der Versicherungsschutz beginnt mit Abschluss des Gruppenversicherungsvertrages bzw. mit Annahme der Beitrittserklärung durch den Versicherer, jedoch nicht vor Bezahlung der ersten Prämie, nicht vor Ablauf der Wartezeiten und nicht vor dem im Versicherungsschein oder in der Annahmeerklärung bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn). Wird der Versicherungsschein oder die Annahmeerklärung 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 oder in der Annahmeerklärung bezeichneten Zeitpunkt.

### § 4 WARTEZEITEN

- 1) Die Wartezeiten werden ab Versicherungsbeginn (§ 3) gerechnet.
- 2) Die allgemeine Wartezeit beträgt bei Abschluss des Gruppenversicherungsvertrages drei Monate.  
Sie entfällt:
  - a) bei Unfällen:  
Bauch- oder Unterleibsbrüchen 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 neugeborenen Kindern gemäß § 2 Abs. 3 für Leistungen im Ausmaß der für den versicherten Familienangehörigen bestehenden Versicherung, wenn diese Versicherung mindestens einen Monat bestanden hat.
- 3) Besondere Wartezeiten:
  - a) Beim Eintritt gemäß § 2 Abs. 2 besteht für Entbindungen einschließlich der wegen Schwangerschaft erforderlichen Untersuchungen sowie für die damit im Zusammenhang stehende medizinisch notwendige Heilbehandlung und für Fehlgeburten Versicherungsschutz erst nach Ablauf einer Wartezeit von neun Monaten, es sei denn, es handelt sich nachweislich um eine nach Beitritt zum Gruppenversicherungsvertrag, während der Versicherungsdauer eingetretene Schwangerschaft.
  - b) Soweit Versicherungsschutz ausdrücklich für solche Krankheiten oder Unfallfolgen vereinbart wird, die beiden Vertragsteilen bei Vertragsabschluss bereits bekannt sind, können beim Beitritt gemäß § 2 Abs. 2 besondere Wartezeiten vereinbart werden.
  - c) Allfällige weitere Besondere Wartezeiten sind den BVB für die gewählten Tarife zu entnehmen.
- 4) Bei Übertritt auf einen höheren Tarif besteht der Anspruch auf höheren Versicherungsschutz nur für Versicherungsfälle, die nach Ablauf neuerlicher Wartezeiten eintreten. Die Wartezeit beträgt bei frühestmöglichem Übertritt auf den höheren Tarif einen Monat, ansonsten sind die für einen Beitritt gemäß § 2 Abs. 2 geltenden Wartezeiten maßgebend.

### § 5 ART UND UMFANG DES VERSICHERUNGSSCHUTZES

- 1) Art und Umfang des Versicherungsschutzes ergeben sich aus dem Gruppenversicherungsvertrag, dem Tarif, dem Versicherungsschein und einer allfälligen diesem beiliegenden Leistungsübersicht. Soweit dort Leistungen für stationäre Heilbehandlung vorgesehen sind, gelten folgende Bestimmungen:
- 2) 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.
- 3) 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 Kurbehandlungen 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.3 besteht.
- 4) 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;
  - selbstständige Ambulatorien (auch wenn die durchzuführende Untersuchung oder Behandlung eine kurzfristige Unterbringung erforderlich macht);
  - in 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 einen Krankenhausaufenthalt Leistungen nur bis zum 14. Behandlungstag erbracht.

- 5) Der Versicherer kann sich auf seine Leistungsfreiheit nach Abs. 3 insoweit und solange nicht berufen, als die Dringlichkeit der stationären Heilbehandlung die Einholung einer vor Beginn der Behandlung erfolgten Zusage in geschriebener Form nach Abs. 3 nicht zulässt.
- 6) 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.
- 7) 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.
- 8) 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.
- 9) 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.
- 10) 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.

#### **§ 6 EINSCHRÄNKUNG DES VERSICHERUNGSSCHUTZES (SIEHE AUCH § 1 ABS. 2 LIT. C)**

- 1) Vom Versicherungsschutz ausgenommen sind Heilbehandlungen, die vor Versicherungsbeginn oder vor Ablauf der Wartezeiten begonnen haben, bis zur Beendigung der Heilbehandlung. Der Versicherer ist nur dann zur Leistung verpflichtet, wenn der Versicherte beweist, dass die Krankheit erst nach Vertragsabschluss erkennbar wurde.
- 2) Beim Beitritt gemäß § 2 Abs. 2 sind Krankheiten und Unfallfolgen, die vor Versicherungsbeginn entstanden sind, aber erst nach Versicherungsbeginn zu einer Heilbehandlung führen, nur nach Maßgabe des § 11 und § 6 Abs. 4 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) 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 schuldhaftes 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 Unfällen, einschließlich deren Folgen; hat der Versicherungsnehmer / der Versicherte die Krankheit oder den Unfall eines Versicherten vorsätzlich herbeigeführt, so bleibt der Versicherer dem Versicherten gegenüber zur Leistung verpflichtet. Der Schadensersatzanspruch des Versicherten geht jedoch auf den Versicherer über (§ 67 Versicherungsvertragsgesetz);
  - von Krankheiten und Unfällen sowie deren Folgen, die durch Kriegereignisse jeder Art, einschließlich Neutralitätsverletzungen entstehen.

- 4) Für Heilbehandlungen von Krankheiten und Unfallfolgen, die vom Versicherten vor Abschluss des Versicherungsvertrages angegeben wurden, kann der Versicherungsschutz nur durch ausdrückliche Erklärung in geschriebener Form des Versicherers ausgeschlossen werden.
- 5) Übersteigt eine Heilbehandlung das medizinisch notwendige Maß, reduziert sich die Leistungspflicht des Versicherers auf den Ersatz der medizinisch notwendigen Behandlungen.
- 6) 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.
- 7) Der Versicherer kann in begründeten Fällen Behandlungen durch bestimmte Ärzte 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 gelten die Bestimmungen des § 9 Abs. 2 über das Ende des Versicherungsschutzes sinngemäß.

#### § 7 AUSZAHLUNG DER VERSICHERUNGSLEISTUNGEN

- 1) Die Versicherungsleistung ist mit Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung des Versicherers nötigen Erhebungen fällig. Die Fälligkeit tritt jedoch unabhängig davon ein, wenn der Versicherte nach Ablauf von zwei Monaten seit Anmeldung des Versicherungsfalles 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 Versicherungsleistungen 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) Entfällt
- 6) Für Behandlungen im Ausland sind alle Bestimmungen dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen über die Inanspruchnahme österreichischer Ärzte 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 Versicherte 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 Versicherten 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. Zur Geltendmachung eines Leistungsanspruches ist nur der Versicherte berechtigt.
- 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 in geschriebener Form des Versicherers gehemmt, die zumindest mit der Anführung einer der Ablehnung zugrunde gelegten Tatsache und gesetzlichen oder vertraglichen Bestimmung begründet ist. Nach zehn Jahren tritt die Verjährung jedenfalls ein.

#### § 8 RUHEN DES VERSICHERUNGSSCHUTZES

- 1) Auf Antrag des Versicherungsnehmers oder des Versicherten kann in begründeten Fällen für den Versicherten, auf einen im Voraus bestimmten Zeitraum von nicht mehr als zwölf Monaten, das Ruhen der Rechte und Pflichten aus dem Versicherungsvertrag vereinbart werden. Ein Mitversicherer kann einen entsprechenden Antrag nicht stellen.
- 2) Für Versicherungsfälle, die während des Ruhens des Versicherungsvertrages 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

- 1) Der Versicherungsschutz endet mit der Beendigung des Versicherungsvertrages. Dies gilt auch für bereits vorher eingetretene bzw. laufende Versicherungsfälle.
- 2) Kündigt der Versicherer gemäß § 13, besteht Versicherungsschutz für alle vor Beendigung des Gruppenversicherungsvertrages eingetretenen Versicherungsfälle bis zum Ablauf des ersten Monats nach Beendigung des Gruppenversicherungsvertrages. Dies gilt auch für bereits vorher eingetretene bzw. laufende Versicherungsfälle.

## PFLICHTEN DES VERSICHERUNGSNEHMERS UND DES VERSICHERTEN

### § 10

#### A. PRÄMIEN, GEBÜHREN UND ABGABEN

- 1) Prämien und Gebühren richten sich nach dem Gruppenversicherungsvertrag. Die Prämie ist eine Jahresprämie und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Sie ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres vom Versicherungsnehmer bzw. Dienstnehmer (Versicherter), wie im jeweiligen Gruppenversicherungsvertrag vereinbart, zu entrichten, kann aber auch in gleichen monatlichen Prämienraten bezahlt werden, die jeweils bis zur Fälligkeit der Prämienrate gestundet gelten. Die Prämienraten sind am ersten eines jeden Monats fällig. Die erste Prämie samt Nebengebühren ist spätestens bei Aushändigung bzw. Angebot des Versicherungsscheines fällig.
- 2) Das Beitrittsalter ist die Differenz zwischen dem Jahr des Versicherungsbeginnes und dem Geburtsjahr.
- 3) Mit Erreichen der im Tarif festgelegten Altersgrenze bzw. mit dem Wegfall der im Krankengruppenversicherungsvertrag festgelegten Voraussetzungen für die begünstigte Kinderprämie wird auf die dann für das Alter tariflich vorgesehene Erwachsenenprämie umgestellt. Hat ein Kind diese Altersgrenze erreicht bzw. sind diese Voraussetzungen weggefallen, sind ab dem 1. des Monats, in dem das Ereignis eintritt, die Prämien zu bezahlen, den der betreffende Tarif für Versicherte vorsieht, die mit diesem Alter in die Versicherung eintreten. Darüber hinaus gelten allfällige Sondervereinbarungen im Krankengruppenversicherungsvertrag. Der Versicherte erhält 3 Wochen vor der diesbezüglichen Prämienumstellung die neue Police mit der Erwachsenenprämie. Er hat das Recht, innerhalb von 2 Wochen nach Erhalt dieser Police den Versicherungsvertrag für das von der Prämienhöhung betroffene Kind zum Umstellungszeitpunkt zu kündigen. Sind in einer Familie mehr als drei Geschwister zur Kinderprämie mitversichert, ist bezüglich dieser Geschwister dennoch die Prämie nur für drei Kinder zu entrichten.
- 4) Die Prämien sind (entsprechend der Vereinbarung im jeweiligen Gruppenversicherungsvertrag) an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.
- 5) Für allfällige durch den Versicherten veranlasste Mehraufwendungen können Gebühren verrechnet werden.

#### B. ZAHLUNGSVERZUG UND DESSEN FOLGEN

- 6) Wird die erste Prämie oder die erste Prämienrate innerhalb von vierzehn Tagen nach Abschluss des Versicherungsvertrages und nach der Aufforderung zur Prämienzahlung nicht gezahlt, so kann der Versicherer, so lange die Zahlung nicht bewirkt ist, vom Versicherungsvertrag zurücktreten.
- 7) Wird in der Folge eine fällige Prämie oder eine fällige Prämienrate nicht rechtzeitig bezahlt, so kann der Versicherer den Prämienschuldner laut dem jeweiligen Gruppenversicherungsvertrag (den Versicherungsnehmer bzw. den Dienstnehmer/Versicherten), 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 Versicherungsjahres fällig.
- 8) Tritt der Versicherungsfall nach Ablauf der Zahlungsfrist ein und ist der Prämienschuldner laut dem jeweiligen Gruppenversicherungsvertrag (der Versicherungsnehmer bzw. der Dienstnehmer/Versicherte), zu dieser Zeit mit der Zahlung der Prämien ganz oder teilweise in Verzug, so ist der Versicherer nach Maßgabe der §§ 38, 39 und 39 a VersVG von der Verpflichtung zur Leistung frei. 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.
- 9) Wird die Prämie gesammelt vom Versicherungsnehmer bezahlt, ist der Versicherer berechtigt, den Gruppenversicherungsvertrag 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 den Gruppenversicherungsvertrag so kündigen, dass die Kündigung mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer in diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist. In allen anderen Fällen ist der Versicherer berechtigt, den betroffenen Versicherungsvertrag ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist zu kündigen, wenn der Prämienschuldner laut dem jeweiligen Gruppenversicherungsvertrag nach Ablauf der Frist mit der Zahlung in Verzug ist. Der Versicherer kann bereits bei der Bestimmung der Zahlungsfrist das Versicherungsverhältnis so kündigen, dass die Kündigung mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Prämienschuldner laut dem jeweiligen Gruppenversicherungsvertrag in diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist.

- 10) 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 Ablauf der Zahlungsfrist, die Zahlung nachholt.
- 11) Eingehende Prämienzahlungen werden auf die älteste Prämienschuld angerechnet.

## § 11 OBLIEGENHEITEN

### A. ANZEIGEPFLICHT VOR ABSCHLUSS DES VERSICHERUNGSVERTRAGES BZW. VOR BEITRITT DES VERSICHERTEN

- 1) Der Versicherungsnehmer und der Versicherte haben bei der Antragstellung und Beitrittserklärung und zwischen Antragstellung bzw. Beitrittserklärung und Zustellung (Aushändigung) des Versicherungsscheines 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 VERSICHERUNGSVERTRAGES BZW. VOR BEITRITT DES VERSICHERTEN (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 Gefahrumstands deshalb unterblieben ist, weil sich der Versicherungsnehmer / der Versicherte der Kenntnis des Umstands 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 anhand von vom Versicherer in geschriebener Form gestellter Fragen anzuzeigen, so kann der Versicherer wegen unterbliebener Anzeige eines Umstands, 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 Umstands 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 Versicherungsfalles 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) Im Falle des Rücktritts steht das Recht auf Weiterversicherung gemäß § 15 a nicht zu. Des Weiteren hat der Versicherer im Falle des Rücktritts Anspruch auf die Prämie bis zum Ende des laufenden Versicherungsmonats.
- 6) Treffen die Voraussetzungen für den Rücktritt nur auf einzelne versicherte Personen einen einzelnen Versicherten bzw. Mitversicherten zu, so kann er auf diese beschränkt werden. Der Versicherte hat in diesem Fall das Recht, innerhalb eines Monats nach Erhalt der Rücktrittserklärung den Versicherungsvertrag mit sofortiger Wirkung zur Gänze zu kündigen. Dieses Recht kann von einem Mitversicherten nicht ausgeübt werden.
- 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 VERSICHERUNGSVERTRAGES

- 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 oder in der Beitrittserklärung erfolgt ist – Dritte (z. B. Ärzte, Versicherungseinrichtungen, Behörden) von ihrer ärztlichen oder sonstigen Schweigepflicht zu entbinden.
- 10) Wird für einen Versicherten bei einem anderen Versicherer ein Krankenversicherungsvertrag abgeschlossen, so ist der Versicherer vom weiteren Versicherungsvertrag unverzüglich zu unterrichten.
- 11) Scheidet ein Versicherter aus dem zu versichernden Personenkreis aus (insbesondere durch Beendigung des Dienstverhältnisses oder bei Mitversicherten durch Scheidung der Ehe, Auflösung der eingetragenen Partnerschaft, Auflösung der Lebensgemeinschaft oder Verlassen des gemeinsamen Haushalts mit dem Versicherten) so ist der Versicherer darüber unverzüglich zu verständigen.

#### **D. FOLGEN DER VERLETZUNG VON PFLICHTEN WÄHREND DES BESTEHENS DES VERSICHERUNGSVERTRAGES**

- 12) Verletzt der Versicherungsnehmer oder ein Versicherter 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.
- 13) 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 zur Gänze oder nur hinsichtlich der betreffenden versicherten Person innerhalb eines Monats, nachdem er von der Obliegenheitsverletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen. Die Weiterversicherungsmöglichkeit gemäß § 15 a steht nicht zu. 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.
- 14) 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 schadensersatzpflichtigen 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) 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 erbracht 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.

#### **DAUER UND ENDE DES GRUPPENVERSICHERUNGSVERTRAGES**

##### **§ 13 DAUER DES GRUPPENVERSICHERUNGSVERTRAGES, KÜNDIGUNG DURCH DEN VERSICHERUNGSNEHMER, DEN VERSICHTENEN ODER DEN VERSICHERER**

Der Gruppenversicherungsvertrag wird für einen Zeitraum von zwölf Monaten abgeschlossen. Er gilt jeweils um ein Jahr verlängert, wenn er nicht von einem der Vertragsteile unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist schriftlich zum jeweiligen Ablauf gekündigt wird.

##### **§ 13 A KÜNDIGUNG EINES VERSICHERUNGSVERTRAGES DURCH DEN VERSICHERUNGSNEHMER**

- 1) 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, die im selben Versicherungsvertrag versichert sind, zum gleichen Termin zu kündigen.
- 2) Wird ein Versicherter in eine Pflegeanstalt für chronisch Kranke aufgenommen, so hat der Versicherungsnehmer das Recht, den Versicherungsvertrag hinsichtlich dieses Versicherten zum Ende des Monats zu kündigen, in welchem er die Aufnahme in eine solche Anstalt nachweist.

### § 13 B KÜNDIGUNG EINES VERSICHERUNGSVERTRAGES DURCH DEN VERSICHERTEN

- 1) Der Versicherungsvertrag wird auf unbestimmte Zeit abgeschlossen. Der Versicherte hat das Recht, seinen Versicherungsvertrag zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer, mit einer Frist von einem Monat zu kündigen, sofern im einzelnen Gruppenversicherungsvertrag nichts anderes vereinbart wurde.
- 2) Kündigt der Versicherte seinen Versicherungsvertrag hinsichtlich einzelner Mitversicherter, hat der Versicherer das Recht, innerhalb einer Frist von einem Monat den Versicherungsvertrag hinsichtlich der übrigen Personen, die im selben Versicherungsvertrag versichert sind, zum gleichen Termin zu kündigen.
- 3) Wird ein Versicherter in eine Pflegeanstalt für chronisch Kranke aufgenommen, so hat der Versicherte das Recht, den Versicherungsvertrag hinsichtlich dieses Versicherten zum Ende des Monats zu kündigen, in welchem er die Aufnahme in eine solche Anstalt nachweist.
- 4) Ein Mitversicherter kann den Versicherungsvertrag nicht kündigen.

### § 14 EINSEITIGE VERTRAGSBEENDIGUNG DURCH DEN VERSICHERER

- 1) Der Versicherer hat das Recht, einzelne Versicherte zum Ende des Versicherungsjahres unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zu kündigen. Dieses Recht steht dem Versicherer insbesondere bei Eintritt des Versicherungsfalles bei einem Versicherten zu. Dieser Versicherte hat das Recht auf Fortsetzung als Einzelversicherung.
- 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 ein Versicherter 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. 14 gilt entsprechend. Die Kündigung kann auf die jeweils betroffenen Versicherten beschränkt werden. Diesen steht das Recht auf Weiterversicherung gemäß § 15 a nicht zu.
- 3) Kündigt der Versicherer einen Versicherungsvertrag hinsichtlich einzelner Personen, hat der Versicherte das Recht, seinen Versicherungsvertrag hinsichtlich der übrigen Personen innerhalb einer Frist von einem Monat zum gleichen Termin zu kündigen. Ein Mitversicherter kann den Versicherungsvertrag nicht kündigen.
- 4) Der Versicherer hat außer den in Abs 1 und Abs 2 genannten Fällen nur in folgenden Fällen das Recht, einen Versicherungsvertrag einseitig zu beenden:
  - Prämienzahlungsverzug gemäß § 10 Abs. 6, 7 und 9
  - Verletzung einer Obliegenheit gemäß § 11
  - in Folge der Kündigung durch den Versicherungsnehmer gemäß § 13 a (1)
  - in Folge der Kündigung durch den Versicherten gemäß § 13 b (2)
  - sonstige Beendigungsgründe gemäß § 15

### § 15 SONSTIGE BEENDIGUNGSGRÜNDE

- 1) Geht der Versicherungsnehmer in Ausgleich, Konkurs oder Liquidation, so haben beide Vertragsteile das Recht, den Gruppenversicherungsvertrag ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist zum Ende des laufenden Monats zu kündigen. Das gleiche gilt, wenn die Zahl der Versicherten unter die im Gruppenvertrag vereinbarte Mindestanzahl sinkt.
- 2) Bei Ausscheiden eines Versicherten aus dem zu versichernden Personenkreis (insbesondere durch Beendigung des Dienstverhältnisses oder bei Mitversicherten durch Scheidung der Ehe bzw. Auflösung der Lebensgemeinschaft mit dem Versicherten) endet der Versicherungsvertrag hinsichtlich dieser Person. Bei Ausscheiden des Dienstnehmers aus dem zu versichernden Personenkreis endet der Versicherungsvertrag auch hinsichtlich der mit diesem Dienstnehmer Mitversicherten. Dies gilt auch für den Fall des Ausscheidens des Dienstnehmers durch Tod oder Pensionierung, soweit der Gruppenversicherungsvertrag nichts anderes bestimmt.
- 3) Für Versicherte, die während der Vertragsdauer aus dem Gruppenversicherungsvertrag ausscheiden, endet der Versicherungsvertrag mit dem Ende des Monats des Ausscheidens.
- 4) 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.

### § 15 A WEITERVERSICHERUNG

- 1) Die Gruppenversicherten haben das Recht, innerhalb eines Monats nach Ausscheiden aus dem zu versichernden Personenkreis bzw. nach Beendigung des gesamten Gruppenversicherungsvertrages die Fortsetzung als Einzelversicherung nach Maßgabe der im Umstiegszeitpunkt für die Fortsetzung als Einzelversicherung geltenden Tarife und Versicherungsbedingungen bis zur Höhe der im Gruppenversicherungsvertrag erworbenen Rechte zu verlangen, sofern sie bei Eintritt in die Gruppenversicherung gemäß den Bestimmungen für die Einzelversicherung versicherungsfähig waren. Für Krankheiten und Unfallfolgen, die vor Eintritt in die Gruppenversicherung bestanden haben, und deren Folgen gilt § 6 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaus-Tagegeldversicherung in der Einzelversicherung (siehe Anhang).

- 2) Dieses Recht steht dem Versicherten nur dann zu, wenn die Fortsetzung als Einzelversicherung für alle bisher mitversicherten Familienangehörigen unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers beantragt wird.

## 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 Texts 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 Briefs 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 Briefs und von den genannten Folgen einer unterbleibenden Mitteilung der Anschriftenänderung verständigt hat (sofern die elektronische Verständigung möglich war). Dies gilt sinngemäß für Erklärungen gegenüber einem Versicherten.

### §17 ÄNDERUNG DER PRÄMIE ODER DES VERSICHERUNGSSCHUTZES (ANPASSUNG)

- 1) Als für Änderungen der Prämie oder des Versicherungsschutzes maßgebende Umstände im Sinne der §§ 178 f und 178 m Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz gelten die Veränderungen folgender Faktoren:
  - der durchschnittlichen Lebenserwartung
  - der Häufigkeit der Inanspruchnahme von Leistungen nach Art der vertraglich vorgesehenen und deren Aufwendigkeit, 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 zugrunde gelegt. 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.
  - der Änderung des Durchschnittsalters der Gruppe.
- 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 Leistungen und Prämien und die Höhe allfälliger Selbstbehalte entsprechend dem Versicherungsschein und der neuen Leistungsübersicht. 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 angemessen geänderten Leistungen anzubieten. Auf dieses Recht wird der Versicherer den Versicherungsnehmer in seiner Benachrichtigung über die Prämienhöhung ausdrücklich nochmals hinweisen.

## ANHANG

### § 6 DER ALLGEMEINEN VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN FÜR DIE KRANKHEITSKOSTEN- UND KRANKENHAUS-TAGEGELDVERSICHERUNG FÜR DIE EINZELVERSICHERUNG:

#### § 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 Versicherungsfalles, längstens bis drei Jahre nach Abschluss, Abänderung oder Wiederinkraftsetzung des Versicherungsvertrages 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. 1–3 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 schuldhaftes 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 Schadensersatzanspruch 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 Versicherungsvertrages angegeben wurden, kann der Versicherungsschutz nur durch ausdrückliche Erklärung des Versicherers in geschriebener Form ausgeschlossen werden.
- 7) Übersteigt eine Heilbehandlung das medizinisch notwendige Maß, reduziert sich die Leistungspflicht des Versicherers auf den Ersatz der medizinisch notwendigen Behandlungen.
- 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.

