

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankenkosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB 2005/ Fassung 2005)

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen sind Bestandteil
des einzelnen Versicherungsvertrages

INHALTSVERZEICHNIS

Der Versicherungsschutz

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

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

Ende des Versicherungsvertrages

§ 13	Kündigung durch den Versicherungsnehmer
§ 14	Kündigung durch den Versicherer
§ 15	Sonstige Beendigungsgründe
	A) Einzelversicherung
	B) Gruppenversicherung

Sonstige Bestimmungen

§ 16	Form und Empfänger von Willenserklärungen
§ 17	Erfüllungsort, Gerichtsstand
§ 18	Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, der Prämie und des Versicherungsschutzes, Leistungs- und Prämienanpassung

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

1. Der Versicherte (Mitversicherte) hat im Versicherungsfall Anspruch auf Versicherungsschutz im Rahmen der gewählten Tarife (nach Maßgabe der jeweils einschlägigen Besonderen Versicherungsbedingungen - BVB). Ist die Person des Versicherten (Mitversicherten) von der des Versicherungsnehmers verschieden, so kann in der Krankenhaustagegeld- oder Krankengeldversicherung vereinbart werden, dass der Anspruch auf die Versicherungsleistung dem Versicherungsnehmer zusteht, wenn die dem Versicherungsnehmer durch den Versicherungsfall des Versicherten (Mitversicherten) entstehenden Vermögensnachteile abgedeckt werden sollen.
- 2.1 Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung des Versicherten (Mitversicherten) wegen Krankheit und Unfallsfolgen. 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 auf Unfallsfolgen ausgedehnt werden, die mit der (den) bisher behandelten nicht in ursächlichem Zusammenhang stehen, so entsteht ein neuer Versicherungsfall.
- 2.2 Als Versicherungsfall gelten ferner die Schwangerschaft und Entbindung einschließlich damit im Zusammenhang stehender Heilbehandlungen und Untersuchungen sowie Fehlgeburten.
- 2.3 Als Versicherungsfall gelten auch, wenn der jeweilige Tarif nach Maßgabe der Besonderen Versicherungsbedingungen - BVB Leistungen hierfür vorsieht:
 - der Tod
 - der Unfall
 - die Kurbehandlung, der Kur- oder Erholungsaufenthalt
 - der Heilstättenaufenthalt
 - die Zahnbehandlung und der Zahnersatz sowie Zahn- und Kieferregulierungen
 - die Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit oder Unfallsfolgen
 - der Krankenhausaufenthalt einer BegleitpersonIn solchen Fällen sind die Bestimmungen der §§ 4 (3) und 5 D anzuwenden.
- 2.4 Als Versicherungsfall gelten nicht:
 - kosmetische Behandlungen und Operationen und deren Folgen, soweit diese Maßnahmen nicht der Beseitigung von Unfallsfolgen dienen sowie Geschlechtsumwandlungen;
 - Zahnimplantationen sowie die damit im ursächlichen Zusammenhang stehenden Maßnahmen und Folgen, soweit diese nicht der Beseitigung von Unfallsfolgen dienen;
 - nicht ärztliche Hauspflege sowie Maßnahmen der Geriatrie, der Rehabilitation (sofern der Tarif hierfür nicht Leistungen vorsieht) und der Heilpädagogik;
 - alle Formen der künstlichen Befruchtung (z. B. In vitro-Fertilisation, Insemination) sowie die damit im ursächlichen Zusammenhang stehenden Maßnahmen und Folgen.
3. Heilbehandlung im Sinne des § 1 Pkt. 2.1 ist eine medizinische Behandlung, die nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft als geeignet erscheint, die Gesundheit wieder herzustellen, den Zustand zu bessern oder eine Verschlechterung zu verhindern.
4. Krankheit ist ein nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft anomaler körperlicher oder geistiger Zustand.
5. Unfall ist jedes vom Willen des Versicherten (Mitversicherten) unabhängige Ereignis, das plötzlich von außen mechanisch oder chemisch einwirkend eine körperliche Schädigung des Versicherten (Mitversicherten) nach sich zieht.
6. Versichert können nur gesunde Personen werden, die in Österreich ihren ordentlichen Wohnsitz haben. Andere Personen können nur auf Grund besonderer Vereinbarungen versichert werden.

7. Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Versicherungsfälle auf der ganzen Erde, falls die Besonderen Versicherungsbedingungen (BVB) der einzelnen Tarife keine Einschränkung dieses örtlichen Geltungsbereiches vorsehen. Außerhalb Europas ist der Versicherungsschutz auf max. 1 Monat begrenzt.

§ 2 Abschluss des Versicherungsvertrages

1. Versicherungsnehmer kann nur eine Person sein, die in Österreich ihren ordentlichen Wohnsitz hat, sofern nicht eine andere Vereinbarung getroffen wird.
2. Der Antragsteller ist sechs Wochen an seinen Antrag gebunden, sofern nicht eine längere Frist vereinbart wurde. Die Frist beginnt mit dem Tag der Antragstellung bzw. mit der Absendung des Antrages.
3. Die Annahme des Antrages kann auch von einer ärztlichen Untersuchung oder von der Beibringung eines ärztlichen Zeugnisses abhängig gemacht werden. Die Kosten dafür trägt der Antragsteller.
4. Über die Antragsannahme (Beitrittsannahme) entscheidet die Geschäftsleitung des Versicherers. Anträge (Beitritte) können ohne Angabe von Gründen abgelehnt werden. Die Entscheidung ist dem Antragsteller schriftlich mitzuteilen. Mit der Zustellung (Aushändigung) des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung ist der Versicherungsvertrag abgeschlossen. Vor Abschluss des Vertrages (Beitritt zur Gruppenversicherung) besteht kein Versicherungsschutz.
5. Bei neugeborenen Kindern verzichtet der Versicherer in der Krankheitskostenversicherung unter folgenden Voraussetzungen auf das Recht der Ablehnung § 2 Abs. (4) und auf einen Leistungsausschluss gem. § 6 Abs. (1) und (2).
 - 5.1 Die Eltern des Kindes müssen seit mindestens drei Monaten nach Tarifen versichert sein, die dem für das Kind beantragten Versicherungsschutz entsprechen;
 - 5.2 Die Mitversicherung des Kindes muss innerhalb eines Monats nach der Geburt mit Wirkung ab dem Geburtsmonat beantragt werden;
 - 5.3 Wenn schon Kinder vorhanden sind, müssen alle im gemeinsamen Haushalt lebenden Kinder unter 18 Jahre im Anschluss an die Versicherung der Eltern schon mitversichert sein.Bei neugeborenen Kindern, die bei keiner gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, gilt hingegen folgendes:

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

§ 3 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt mit Abschluss des Versicherungsvertrages (und Annahme des Beitritts bei der Gruppenversicherung), nicht vor Ablauf der Wartezeiten und nicht vor dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn).

Wird die erste oder einmalige Prämie innerhalb von 14 Tagen nach Abschluss des Vertrages (Beitritts zur Gruppenversicherung) und nach Aufforderung zur Prämienzahlung bezahlt, so beginnt der Versicherungsschutz mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Datum.

Tritt eine Erkrankung, die einen Versicherungsfall auslöst, vor Ablauf der Wartezeit ein, so ist der Versicherer zur Leistung nur dann verpflichtet, wenn der Versicherungsnehmer (Versicherte, Mitversicherte) beweist, dass die Krankheit nicht vor Vertragsabschluss erkennbar wurde bzw. die Schwangerschaft erst nach diesem Zeitpunkt begonnen hat.

§ 4 Wartezeiten

1. Die Wartezeiten werden ab Versicherungsbeginn gerechnet.
2. Die allgemeine Wartezeit beträgt 3 Monate, in der Gruppenversicherung 1 Monat.

Sie entfällt:

- 2.1 bei Unfällen, ausgenommen Bauch- oder Unterleibsbrüche, die durch einen Unfall verschlechtert wurden;
- 2.2 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;
- 2.3 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 eines Monats nach der Eheschließung oder nach der Geburt mit Wirkung vom 1. des betreffenden Monats beantragt wird.
3. Besondere Wartezeiten werden für folgende Versicherungsfälle vorgeschrieben, sofern die Besonderen Versicherungsbedingungen (BVB) Leistungen hierfür vorsehen:
 - 3.1 Für Schwangerschaften, Entbindungen und damit im Zusammenhang stehende Heilbehandlungen und Untersuchungen sowie für Fehlgeburten besteht Versicherungsschutz erst nach Ablauf einer besonderen Wartezeit von 9 Monaten.
 - 3.2 Ein Sterbegeld gelangt nach Tod ab dem zweiten Versicherungsjahr zur Auszahlung. Wurde die Versicherung erst nach Vollendung des 50. Lebensjahres abgeschlossen, besteht kein Anspruch auf Sterbegeld.
 - 3.3 Für Zahnbehandlungen, Zahnersatz und Kieferorthopädie werden Leistungen erbracht, wenn die Behandlung nach Ablauf einer besonderen Wartezeit von 6 Monaten begonnen hat.
 - 3.4 Werden Krankheiten oder Unfallsfolgen in den Versicherungsschutz eingeschlossen, die sowohl dem Versicherungsnehmer, dem Versicherten und Mitversicherten als auch dem Versicherer zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses bekannt sind, besteht Anspruch auf Leistungen erst nach Ablauf einer besonderen Wartezeit von höchstens 3 Jahren. Das Gleiche gilt für Krankheiten und Unfallsfolgen, die in der Wartezeit erstmalig behandelt werden und auf die die Voraussetzungen des § 3 nicht zutreffen. Liegen die Voraussetzungen des § 3 nicht vor, so besteht bei Übertritt in eine höhere Tarifklasse der Anspruch auf höheren Versicherungsschutz nur für solche Versicherungsfälle, die nach neuerlichem Ablauf der Wartezeiten eintreten.
4. Wird eine Krankheitskostenversicherung nachweislich innerhalb eines Monats nach Beendigung einer Pflichtversicherung in unmittelbarem Anschluss an diese abgeschlossen, so wird deren Versicherungszeit auf die Wartezeit angerechnet; dies gilt sinngemäß auch für gegenüber einem Träger der gesetzlichen Pflichtversicherung bisher Anspruchsberechtigte. Liegen die Voraussetzungen des § 3 nicht vor, so besteht für stationäre Heilbehandlungen innerhalb der Wartezeit Versicherungsschutz höchstens im Ausmaß der Leistung aus der Pflichtversicherung. Für Entbindungen und deren Folgen besteht Versicherungsschutz erst nach Ablauf der im Abs. (3) genannten Wartezeiten. Die Voraussetzungen für die Anrechnung der Pflichtversicherung sind dem Versicherer durch geeignete Belege nachzuweisen.

§ 5 Art und Umfang des Versicherungsschutzes

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

A Leistungen für ambulante Heilbehandlung

2. Der Versicherte (Mitversicherte) 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 (Mitversicherten) das Aufsuchen des Arztes nicht gestattet; ansonsten wird nur Entschädigung für Ordinationen geleistet.

4. Wegegebühren des Arztes werden erstattet, wenn am Wohnort des Versicherten (Mitversicherten) kein Arzt ansässig ist; nicht erstattet werden die Kosten für Fahrten des Versicherten (Mitversicherten) zu einem Arzt.
5. Bei Eigenbehandlung, Behandlung durch Ehegatten, Eltern oder Kinder des Versicherten (Mitversicherten) werden nur die nachgewiesenen Sachkosten erstattet.
6. Die Kosten ärztlich verordneter physiotherapeutischer Heilbehandlung werden erstattet, wenn sie durch einen Arzt oder einen zur freiberuflichen Ausübung dieser Dienste Berechtigten durchgeführt wurde.
Zusätzliche Kosten für Ordinationen oder Hausbesuche werden hierbei nicht vergütet.
7. Als Heilbehelfe (Hilfsmittel) gelten beispielsweise:
Brillen, Kontaktlinsen, Bruchbänder, Gliederprothesen, Hörapparate, orthopädische Korsette, orthopädische Schuheinlagen und die orthopädische Ausstattung von Schuhen, Bandagen und Bauchmieder.

Als Heilbehelfe (Hilfsmittel) gelten beispielsweise jedoch nicht:

Irrigatoren, Inhalationsapparate, Eisbeutel, Heizkissen, Fieberthermometer, Zahnspangen und Aufbisssschienen 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.

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 (Mitversicherten) begründet ist.

9. Für eine stationäre Heilbehandlung im Sinne des Abs. (8) werden in den nachstehend angeführten Krankenanstalten (oder Abteilungen aller Krankenanstalten) Leistungen nur insoweit erbracht, als der Versicherer diese vor Beginn schriftlich zugesagt hat:

In Krankenanstalten (oder Abteilungen aller Krankenanstalten):

- die nicht ausschließlich nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft arbeiten;
- in denen neben stationärer Heilbehandlung auch Rehabilitationsmaßnahmen oder Kurbehandlungen durchgeführt werden;
- in denen auch Rekonvaleszente oder Pflegefälle aufgenommen werden;
- in denen neben stationären Heilbehandlungen auch Langzeitbehandlungen durchgeführt werden;
- in privaten Krankenanstalten außerhalb Österreichs.

10. Für Aufenthalte in den nachstehend angeführten Krankenanstalten (oder solchen Abteilungen aller Krankenanstalten) besteht ein Leistungsanspruch nur auf Ersatz der Kosten der medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung im tariflichen Ausmaß und auch dieser nur dann, wenn der Versicherer die Leistung vor Beginn schriftlich zugesagt hat. Ein Kranken-

haustagegeld oder Krankenhaus-Ersatztaggeld wird jedoch in keinem Fall geleistet:

- in Krankenanstalten für Lungen- und TBC-Kranke,
 - in Abteilungen für Lungen- und TBC-Kranke aller Krankenanstalten,
 - in Krankenanstalten für Nerven- und/oder Geisteskranke (mit Ausnahme jener für Neurologie und Neurochirurgie),
 - in Abteilungen für Nerven- und/oder Geisteskranke (mit Ausnahme jener für Neurologie und Neurochirurgie) aller Krankenanstalten,
 - in Krankenanstalten, die vornehmlich für Maßnahmen der Rehabilitation eingerichtet sind,
 - in Abteilungen, die vornehmlich für Maßnahmen der Rehabilitation eingerichtet sind, gleichgültig in welchem Krankenhaus sich diese Abteilung befindet.
11. Für Aufenthalte in den nachstehend angeführten Anstalten (oder Abteilungen von Anstalten) besteht kein Versicherungsschutz:
- in Anstalten (oder Abteilungen von Anstalten) für Alkohol- und Drogenabhängige.
 - in Sanitätseinrichtungen des Bundesheeres,
 - in Inquisiten Spitälern (oder Inquisitenabteilungen),
 - in Anstalten (oder Abteilungen von Anstalten) für geistig abnorme Rechtsbrecher,
 - in selbständigen Ambulatorien (wenn die durchzuführende Untersuchung oder Behandlung eine kurzfristige Unterbringung erforderlich macht),
 - in Kuranstalten, Erholungs-, Diät- und Genesungsheimen sowie Gesundheitszentren,
 - in Krankenanstalten für chronisch Kranke,
 - in Abteilungen für chronisch Kranke aller Krankenanstalten,
 - in Anstalten zur Pflege wegen Alters, Hinfälligkeit, Siechtums oder mangels häuslicher Pflege,
 - in Abteilungen von Anstalten zur Pflege wegen Alters, Hinfälligkeit, Siechtums oder mangels häuslicher Pflege,
 - in Tag- und Nachtkliniken.
12. Der Versicherer kann sich auf seine Leistungsfreiheit nach Abs. (9) bis (11) insoweit und so lange nicht berufen, als die Dringlichkeit der stationären Heilbehandlung das Aufsuchen einer Krankenanstalt im Sinne des Abs. (8) bzw. die Einholung einer vor Beginn der Behandlung erforderlichen schriftlichen Zusage nach Abs. (9) und (10) nicht zulässt. Ein Krankenhaustagegeld (Krankenhaus-Ersatztaggeld) bei Aufhalten in Krankenanstalten oder Abteilungen aller Krankenanstalten gemäß §5 (10) wird jedoch auch im Falle der Dringlichkeit nicht geleistet.
13. Bei einer medizinisch notwendigen Überführung in ein Krankenhaus zu stationärer Heilbehandlung und bei einem notwendigen Heimtransport werden die Kosten nur für Krankenwagen, Bahn oder Autotaxi ersetzt.

C Gemeinsame Bestimmungen

14. Als Operationskosten gelten das Honorar des Operateurs, des Anästhesisten, der bei der Operation assistierenden Ärzte und die Kosten des Pflegepersonals für die Operation einschließlich Vor- und Nachbehandlung sowie die gesondert in Rechnung gestellten Sachkosten.
- Bei gleichzeitiger Ausführung mehrerer Operationen wird die am höchsten einzustufende tariflich voll, jede weitere in verschiedenen Operationsfeldern mit höchstens 50 %, im gleichen Operationsfeld mit höchstens 25 % des tariflichen Ausmaßes vergütet. Die Vergütung beträgt jedoch maximal das Doppelte des Satzes für die höchst einzustufende Operation.
15. Als Kosten der Strahlentherapie gelten das Honorar des behandelnden Arztes und der notwendigen Assistenz, die Kosten für Benützung von Geräten, für strahlendes Material und sonstigen Sachaufwand sowie alle Nebenkosten.

16. Die Kosten der im Rahmen einer Heilbehandlung verordneten und aus einer Apotheke bezogenen Arzneimittel werden ersetzt. Nicht erstattet werden die Kosten für Heil- und Mineralwässer, Medizinweine, Nähr- und Stärkungsmittel, geriatrische Mittel, Tonika, kosmetische Mittel und alle nicht in Österreich oder einem Mitgliedstaat der Europäischen Union registrierten Heilmittel.

D Besondere Bestimmungen

17. Schwangerschaft und Entbindung
- Im Versicherungsfall der Schwangerschaft und Entbindung, einschließlich damit im Zusammenhang stehender Heilbehandlungen und Untersuchungen sowie Fehlgeburten werden Leistungen nur erbracht, wenn für die weibliche Versicherte (Mitversicherte) die Prämie für erwachsene Frauen bezahlt wird. Besteht auf Grund der tariflichen Bestimmungen Anspruch auf Geburtskostenbeihilfe, so ist dadurch ein 10-tägiger stationärer Krankenhausaufenthalt abgegolten.
18. Unfallsentschädigung
- Art und Umfang des Versicherungsschutzes ergeben sich aus den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Einzelunfallversicherung ohne Progressivitätsregelung in der jeweils zum Zeitpunkt des Abschlusses des Versicherungsvertrages (Beitritts zur Gruppenversicherung) geltenden Fassung.
- Die für den Unfalltod vorgesehene Leistung wird an den Überbringer des letzten gültigen Versicherungsscheines ausbezahlt. Eine Unfallsentschädigung wird nur erbracht, wenn die Prämie für Erwachsene bezahlt wird.
19. Kur- und Erholungskosten
- Im Versicherungsfall der Kurbehandlung oder des Kuraufenthaltes werden Leistungen nach Maßgabe der Tarife (Besonderen Versicherungsbedingungen - BVB) erbracht.
20. Krankengeld
- In Krankheitskostentarifen, in denen Leistungen hierfür vorgesehen sind, wird bei Arbeitsunfähigkeit auf Grund von Krankheit und Unfallsfolgen an vollbeschäftigte Hauptversicherte in der Sozialversicherung (Dienstnehmer), sofern sie sich während der Dauer ihrer Erkrankung in häuslicher Pflege befinden, in der ständigen Wohnung gepflegt und behandelt werden und auf Grund der ordnungsgemäßen Krankmeldung bei der zuständigen Pflichtkrankenkasse im Krankenstand geführt werden, ein Krankengeld für eine im Tarif vorgesehene Dauer der häuslichen Pflege bezahlt, nicht aber an mitversicherte Familienangehörige.
- Krankengeld wird nicht bezahlt für die Dauer der Arbeitsunfähigkeit bei Aufhalten im Krankenhaus oder in einer Heilstätte, bei Kur- und Erholungsaufhalten, während des Bezugs einer Rente (Pension) und während der Dauer der Stellenlosigkeit. Voraussetzung für die Auszahlung des Krankengeldes ist die Vorlage einer von der zuständigen Krankenkasse ausgestellten Bestätigung über Art und Dauer der Erkrankung. Für einen fortlaufenden Krankenstand wird das Krankengeld nur einmal bis zum tariflichen Höchstausmaß ausbezahlt. Ein neuerlicher Krankenstand gilt als gegeben, wenn zwischen dem Abschluss des ersten Krankenstandes und dem neuerlichen Krankenstand eine mindestens 6 Wochen dauernde Dienstleistung liegt.
21. Begleitperson
- In Tarifen (Besonderen Versicherungsbedingungen - BVB), in denen Leistungen für diesen Versicherungsfall vorgesehen sind, werden bei stationärem Krankenhausaufenthalt eines mitversicherten Kindes bis zum vollendeten 12. Lebensjahr zusätzlich die Kosten des Krankenhausaufenthaltes für eine Begleitperson übernommen, wenn sowohl die Begleitperson als auch das Kind nach einem Tarif für die Sonderklasse (letzte Anpassungsstufe) versichert sind und Versicherungsschutz besteht. Bei direkter Verrechnung mit unseren Vertragskrankenhäusern werden die vollen Verpflegungskosten vergütet. Ansonsten wird höchstens das tägliche Krankenhaus-Ersatztaggeld für Erwachsene, das im Kosten deckenden Tarif für das Kind vorgesehen ist, bezahlt.
22. Sterbegeld
- Ein Sterbegeld wird an den Überbringer des letzten gültigen Versicherungsscheines und der Sterbeurkunde ausbezahlt.

§ 6 Einschränkung des Versicherungsschutzes

1. Vom Versicherungsschutz ausgenommen sind Heilbehandlungen, die vor Versicherungsbeginn begonnen haben.
2. Krankheiten und Unfallsfolgen, die vor Versicherungsbeginn entstanden sind, aber erst nach Versicherungsbeginn zu einer Heilbehandlung führen, sind nur nach Maßgabe des § 11 in den Versicherungsschutz einbezogen.
Der Versicherer kann von den Bestimmungen des § 11 Pkt. A und B Abs. (1) bis (6) keinen Gebrauch machen, wenn seit Abschluss des Vertrages mindestens 3 Jahre verstrichen sind.
3. Für Krankheiten und Unfallsfolgen, die während der Wartezeit (§ 4) erstmalig behandelt worden sind und auf die die Voraussetzungen des § 3 nicht zutreffen besteht bis zur Beendigung des Versicherungsfalles, längstens bis 3 Jahre nach Abschluss (Beitrittsbeginn) kein Versicherungsschutz, dasselbe gilt für Krankheiten und Unfallsfolgen, die mit diesen in einem unmittelbar ursächlichen Zusammenhang stehen.
4. Krankheiten und Unfallfolgen gemäß Abs. (1) bis (3) können zu besonderen Bedingungen (höhere Prämie, besondere Wartezeiten) in den Versicherungsschutz eingeschlossen werden.
5. Kein Versicherungsschutz besteht
 - für Krankheiten und Unfälle, die als Folge des Genusses von Alkohol oder Suchtgiften eintreten, sowie für Entziehungsmaßnahmen und Entziehungskuren;
 - für Anhaltung wegen Selbst- oder Fremdgefährdung;
 - für Krankheiten und Unfälle 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;
 - für Krankheiten und Unfälle und deren Folgen, die der Versicherungsnehmer oder der Versicherte (Mitversicherte) hinsichtlich der eigenen Person vorsätzlich herbeigeführt hat. Hat der Versicherungsnehmer (Versicherte) die Krankheit oder den Unfall und deren Folgen hinsichtlich eines Versicherten (Mitversicherten) durch Handeln oder Unterlassen vorsätzlich herbeigeführt, bleibt die Leistungspflicht des Versicherers bestehen. Der Schadensersatzanspruch des Versicherten (Mitversicherten) gegen den Versicherungsnehmer (Versicherten) geht in sinngemäßer Anwendung des § 67 VersVG auf den Versicherer über;
 - für Krankheiten und Unfälle sowie deren Folgen, die durch Kriegereignisse jeder Art, einschließlich Neutralitätsverletzungen, entstehen.
6. Für die Heilbehandlung von Krankheiten, Unfällen und Unfallsfolgen, die vom Versicherungsnehmer bzw. vom Versicherten (Mitversicherten) vor Abschluss des Versicherungsvertrages (vor Annahme des Beitritts zur Gruppenversicherung) angegeben wurden, kann der Versicherungsschutz nur durch ausdrückliche schriftliche Erklärung des Versicherers ausgeschlossen werden.
7. Geht die Heilbehandlung über das notwendige Maß hinaus, so ist der Versicherer berechtigt, die Erstattung auf das angemessene Ausmaß herabzusetzen.
8. Der Versicherer kann in begründeten Fällen Behandlungen durch bestimmte Ärzte oder Dentisten bzw. in bestimmten Krankenanstalten vom Versicherungsschutz ausnehmen. Dies gilt für Behandlungen, die nach Zustellung der Mitteilung durchgeführt werden. Für laufende Versicherungsfälle besteht Versicherungsschutz bis zum Ablauf des 3. Monats nach Zustellung dieser Mitteilung.

§ 7 Auszahlung der Versicherungsleistung

1. Die Auszahlung der Versicherungsleistung erfolgt aufgrund von saldierten Originalrechnungen oder Aufenthaltsbestätigungen.
Diese Belege müssen den Vor- und Zunamen, die Adresse, die Versicherungsnummer, das Geburtsdatum der behandelten Person sowie die Bezeichnung der Krankheit und der erbrachten Leistungen und die Dauer der Behandlungen enthalten.
Ist der Versicherte (Mitversicherte) noch anderweitig (gesetzlich oder privat) krankenversichert, können auch Zweitschriften samt

der dazugehörigen Abrechnung oder detaillierte Abrechnungen der anderen Versicherer vorgelegt werden.

2. Der Versicherer darf den Überbringer von Belegen als zum Empfang der darauf entfallenden Versicherungsleistung berechtigt ansehen.
3. Die Belege gehen in das Eigentum des Versicherers über.
4. Der Versicherer darf nur solche Gebühren verlangen, die der Abgeltung von Mehraufwendungen dienen, die durch das Verhalten des Versicherungsnehmers (Versicherten, Mitversicherten) veranlasst worden sind (z. B. Kosten für Übersetzungen). Sachverhaltsfeststellungskosten sowie Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen und für Übersetzungen können von den Leistungen abgezogen werden.
5. Die in ausländischer Währung entstandenen Kosten werden zum Devisenmittelkurs der Wiener Börse des letzten Behandlungstages in Euro umgerechnet.
6. Die Ansprüche auf Versicherungsleistungen können ohne Zustimmung des Versicherers weder verpfändet noch abgetreten werden. Der Versicherungsnehmer (Versicherte, Mitversicherte) kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, wenn es sich um Gegenforderungen handelt, die im rechtlichen Zusammenhang mit seiner Forderung stehen und die gerichtlich festgestellt oder die vom Versicherer anerkannt worden sind.
7. Der Versicherungsnehmer (Versicherte) kann seine Forderung gegen eine Prämienforderung des Versicherers nicht aufrechnen.
8. Der Versicherer ist von seiner Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Anspruch auf Leistung nicht innerhalb eines Jahres gerichtlich geltend gemacht wird. Die Frist beginnt erst, nachdem der Versicherer gegenüber dem Versicherungsnehmer (Versicherten, Mitversicherten) den erhobenen Anspruch unter Angabe der mit dem Ablauf der Frist verbundenen Rechtsfolgen schriftlich abgelehnt hat. Diese Ablehnung muss zumindest mit einer ihr zu Grunde gelegten Tatsache und gesetzlichen oder vertraglichen Bestimmung begründet sein.
Die Frist zur Geltendmachung ist für die Dauer von Vergleichsverhandlungen über den erhobenen Anspruch und für die Zeit, in der der Versicherungsnehmer (Versicherte, Mitversicherte) ohne sein Verschulden an der rechtzeitigen gerichtlichen Geltendmachung des Anspruchs gehindert ist, gehemmt.
9. Die Ansprüche auf die Versicherungsleistungen verjähren in drei Jahren. Steht der Anspruch einem Dritten zu, so beginnt die Verjährungsfrist zu laufen, sobald diesem sein Recht auf die Leistung des Versicherers bekannt geworden ist. Ist dem Dritten dieses Recht nicht bekannt geworden, so verjähren seine Ansprüche erst nach 3 Jahren.

§ 8 Ruhen des Versicherungsschutzes

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

§ 9 Ende des Versicherungsschutzes

1. Der Versicherungsschutz endet mit der Beendigung des Versicherungsvertrages.
2. Kündigt der Versicherer gemäß § 14 (1) oder (2), so besteht Versicherungsschutz für alle vor Beendigung des Versicherungsvertrages eingetretenen Versicherungsfälle, bis zum Ablauf des 3. Monats nach Beendigung des Versicherungsvertrages, in der Gruppenversicherung bis zum Ablauf des ersten Monats nach Beendigung und/oder Ausscheiden aus dem Gruppenversicherungsvertrag, nicht aber für einen längeren Zeitraum oder in einem höheren Ausmaß, als der Schutz des Versicherers nach den Versicherungsbedingungen überhaupt besteht.

§ 10 Pflichten des Versicherungsnehmers

A Prämien und Gebühren

1. Die Prämie ist eine Jahresprämie und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Ein angefangenes Lebensjahr wird voll berechnet, wenn bei Versicherungsbeginn 6 Monate bereits überschritten sind. Die Prämie ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten, kann aber auch in gleichen monatlichen Prämienraten bezahlt werden, die jeweils bis zur Fälligkeit der Prämienrate als gestundet gelten. Die Prämienraten sind am 1. eines jeden Monats fällig. Die erste Prämie samt Nebengebühren ist spätestens bei Aushändigung bzw. Angebot des Versicherungsscheines fällig.
2. Hat ein mitversichertes Kind das 18. Lebensjahr vollendet, so sind ab dem nächstfolgenden Monatsersten die Prämien zu bezahlen, die für erwachsene Personen zu entrichten sind. Wird ein Kind allein versichert, ist für dieses die Erwachsenenprämie in der ersten Altersstufe für Männer zu entrichten. Sind mehr als 3 Kinder unter 18 Jahren mit mindestens einem Elternteil unter einem Versicherungsschein versichert, so sind nur die Prämien für 3 Kinder zu entrichten.
3. Die Prämien sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten. Der Versicherer darf neben der Prämie nur solche Gebühren verlangen, die der Abgeltung von Mehraufwendungen dienen, die durch das Verhalten des Versicherungsnehmers (Versicherten) veranlasst worden sind (z. B. Erlagscheingebühren).

B Zahlungsverzug und dessen Folgen

4. Ist die erste Prämie oder Prämienrate nicht innerhalb von 14 Tagen nach dem Abschluss des Versicherungsvertrages (Beitritt zur Gruppenversicherung) und nach Aufforderung zur Prämienzahlung gezahlt, so ist der Versicherer berechtigt, vom Vertrag zurückzutreten. Es gilt als Rücktritt, wenn der Anspruch auf die Prämie nicht innerhalb dreier Monate vom Fälligkeitstag an gerichtlich geltend gemacht wird. Ist die erste Prämie oder Prämienrate zu Zeit des Eintritts des Versicherungsfalles und nach Ablauf der Frist von 14 Tagen noch nicht bezahlt, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei.

Die Aufforderung zur Prämieinzahlung hat die Rechtsfolge der Rücktrittsmöglichkeit und Leistungsfreiheit nur, wenn der Versicherer darauf hingewiesen hat.

5. Wird in der Folge eine fällige Prämie oder eine fällige Prämienrate nicht rechtzeitig bezahlt, so kann der Versicherer den Versicherungsnehmer (Versicherten) unter Angabe der Höhe der Prämien- und Kostenschuld und der Rechtsfolgen weiterer Säumnis schriftlich dazu auffordern, die Schuld innerhalb einer Zahlungsfrist von 2 Wochen vom Empfang der Aufforderung an gerechnet an die vom Versicherer bezeichnete Stelle ohne Abrechnung von Überweisungsspesen zu bezahlen.
Neben Postgebühren und Mahnspesen können Verzugszinsen in Höhe der gesetzlichen Verzugszinsen eingehoben werden. Nach Ablauf der Zahlungsfrist von 2 Wochen werden, wenn bis dahin der eingemahnte Betrag nicht bezahlt ist, die gestundeten Prämienraten des laufenden Versicherungsjahres fällig.
6. Tritt der Versicherungsfall nach Ablauf der Zahlungsfrist ein und ist der Versicherungsnehmer (Versicherte) zu dieser Zeit mit der Zahlung der Prämie im Verzug, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei. Die Leistungspflicht des Versicherers lebt nach Bezahlung aller rückständigen Prämien wieder auf, jedoch besteht für Versicherungsfälle, die nach Ablauf der Zahlungsfrist und vor Nachzahlung der rückständigen Prämien eingetreten sind, und deren Folgen kein Anspruch auf Leistung.
7. Der Versicherer ist berechtigt, den Versicherungsvertrag ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist zu kündigen, wenn der Versicherungsnehmer (Versicherte) nach Ablauf der Frist mit der Zahlung der Prämie im Verzug ist. Der Versicherer kann bereits bei der Bestimmung der Zahlungsfrist das Versicherungsverhältnis so kündigen, dass die Kündigung mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer (Versicherte) in diesem Zeitpunkt mit der Zahlung im Verzug ist.
8. Die Wirkungen der Kündigung fallen fort, wenn der Versicherungsnehmer (Versicherte) innerhalb eines Monats nach Kündigung oder - falls die Kündigung mit der Fristbestimmung verbunden worden ist - innerhalb eines Monats nach Ablauf der Zahlungsfrist die Zahlung nachholt, sofern der Versicherungsfall nicht bereits eingetreten ist.

9. Die Leistungsfreiheit nach Abs. (4) und (6) tritt nicht ein, wenn der Versicherungsnehmer (Versicherte) bloß ohne sein Verschulden an der rechtzeitigen Zahlung gehindert war oder mit nicht mehr als 10% der Jahresprämie, maximal aber mit dem gesetzlichen Höchstbetrag im Verzug ist. Die Nichtzahlung von Zinsen und Kosten löst die Möglichkeiten des Rücktritts und der Kündigung sowie die Leistungsfreiheit nicht aus.

§ 11 Obliegenheiten

A Anzeigepflicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages bzw. vor Annahme des Beitritts bei der Gruppenversicherung

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

B Folgen der Verletzung der Anzeigepflicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages bzw. vor Annahme des Beitritts bei der Gruppenversicherung

2. Hat der Versicherungsnehmer oder ein Versicherter (Mitversicherter) die Anzeigepflicht über erhebliche Gefahrenumstände schuldhaft verletzt, so kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten. In der Gruppenversicherung kann der Versicherer vom Gruppenversicherungsvertrag zur Gänze oder nur hinsichtlich einzelner betroffener Versicherter und deren Mitversicherten zurücktreten. Die Anzeigepflicht ist auch dann verletzt, wenn Fragen um Gefahrenumstände unrichtig und unvollständig beantwortet werden. Hat der Versicherungsnehmer (Versicherte, Mitversicherte) einen Umstand nicht angezeigt, nach dem der Versicherer nicht ausdrücklich und genau umschrieben gefragt hat, ist ein Rücktritt nur bei vorsätzlicher oder grobfahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht möglich.
3. Der Rücktritt vom Versicherungsvertrag ist innerhalb eines Monats von dem Tag an zulässig, an dem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erlangt hat.
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 des Versicherers gehabt hat. Der Versicherer kann jedoch die Rückzahlung der Leistungen verlangen, die sich auf Tatsachen beziehen, die zum Rücktritt geführt haben und zwar bis zu der Höhe bis zu der sie Einfluss gehabt haben.
5. Im Falle des Rücktritts hat der Versicherer Anspruch auf die Prämien bis zum Ende der verstrichenen Vertragslaufzeit.
6. Treffen die Voraussetzungen für den Rücktritt nur auf einzelne Personen zu, so 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. In der Gruppenversicherung ist dieses Recht auf Antworthündigung auf den einzelnen Versicherten und seine Mitversicherten beschränkt.
7. Das Recht des Versicherers, den Vertrag wegen Arglist anzufechten, wird durch die vorstehenden Bestimmungen nicht berührt.
8. Bei schuldloser Verletzung der Anzeigepflicht kann der Versicherer, wenn nach den für den Geschäftsbetrieb des Versicherers maßgebenden Grundsätzen bei Vorliegen der ihm unbekannt gebliebenen Gefahrenumstände eine höhere Prämie vorgesehen ist, von Beginn der laufenden Versicherungsperiode an die entsprechend höhere Prämie verlangen.

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

9. Der Versicherungsnehmer und der Versicherte (Mitversicherte) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Art und des Umfanges des Versicherungsschutzes erforderlich ist. Dies umfasst auch die Verpflichtung des Versicherten (Mitversicherten), sich auf Verlangen des Versicherers durch einen von diesem beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
10. Wird für eine versicherte Person bei einem anderen Versicherer ein Krankenversicherungsvertrag abgeschlossen, so ist der

Versicherer vom weiteren Versicherungsvertrag unverzüglich zu unterrichten.

D Folgen der Verletzung von Pflichten während des Bestehens des Versicherungsvertrages

11. Verletzen der Versicherungsnehmer oder der Versicherte (Mitversicherte) die Auskunftspflicht nach § 11 (9), so ist der Versicherer von der Leistung frei, sofern die Verletzung vorsätzlich oder grob fahrlässig erfolgt ist. Wird die Obliegenheit nicht mit dem Vorsatz verletzt, die Leistungspflicht des Versicherers zu beeinflussen oder die Feststellung solcher Umstände zu beeinträchtigen, die erkennbar für die Leistungspflicht des Versicherers bedeutsam sind, so bleibt der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung weder auf die Feststellung des Versicherungsfalles noch auf die Feststellung oder den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung Einfluss gehabt hat.
12. Wird die in § 11 (10) genannte Informationspflicht schuldhaft verletzt, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Erbringung von Summenleistungen wie z.B. Krankenhaustagegeld, Krankenhaus-Ersatztaggeld, Krankengeld oder Kurzuschüssen frei. Der Versicherer kann überdies den Versicherungsvertrag innerhalb eines Monats nachdem er von der Obliegenheitsverletzung Kenntnis erlangt hat ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen. Kündigt der Versicherer innerhalb eines Monats nicht, so kann er sich auf die Leistungsfreiheit nicht berufen.

§ 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. Die Absätze (1) und (2) gelten nicht für Leistungen, die auch ohne Kostennachweis gebühren.
4. Die Verpflichtung des Versicherers zur Leistung für Kosten, deren teilweisen Ersatz der Anspruchsberechtigte von einem öffentlich-rechtlichen Versicherungsträger fordern kann, tritt erst ein, wenn letzterer die ihm obliegenden Leistungen gewährt hat.
5. Gibt der Anspruchsberechtigte seinen Anspruch gegen Dritte oder ein zur Sicherung des Anspruchs dienendes Recht ohne Zustimmung des Versicherers auf, so wird der Versicherer insoweit von der Ersatzpflicht frei, als er aus dem Anspruch oder dem Rechte hätte Ersatz erlangen können.

Ende des Versicherungsvertrages

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

1. Der Versicherungsvertrag wird auf Lebenszeit des Versicherungsnehmers abgeschlossen. Der Versicherungsnehmer hat das Recht, den Versicherungsvertrag zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf des dritten Versicherungsjahres, mit einer Frist von drei Monaten zu kündigen. Der Gruppenversicherungsvertrag wird auf unbestimmte Zeit abgeschlossen. Er kann für den Schluss des laufenden Vertragsjahres unter Einhaltung einer Frist von einem Monat vom Versicherungsnehmer (Gruppenspitze) gekündigt werden. Der Versicherungsnehmer (Gruppenspitze) kann darüber hinaus einzelne Versicherte oder Mitversicherte kündigen. Die Kündigung kann jedoch nur jeweils zum Beitrittsjahresende des einzelnen Versicherten ausgesprochen werden. Diese Versicherten und Mitversicherten haben kein Recht auf Fortsetzung als Einzelversicherung.
2. Das Versicherungsjahr richtet sich nach dem ursprünglichen Versicherungsbeginn (Beitrittsbeginn), das ist der Versicherungsbeginn (Beitrittsbeginn) (§ 3) der ersten bei dem Versicherer unter einer Versicherungsnummer abgeschlossenen Krankheitskosten- oder Krankenhaustagegeldversicherung.
3. Die Kündigung muss schriftlich erfolgen und soll an die

Geschäftsleitung des Versicherers gerichtet sein.

4. Kündigt der Versicherungsnehmer den Versicherungsvertrag hinsichtlich einzelner Personen, hat der Versicherer das Recht, innerhalb einer Frist von einem Monat den Versicherungsvertrag hinsichtlich der übrigen Personen zum gleichen Termin zu kündigen. In der Gruppenversicherung ist dieses Recht des Versicherers auf Antwortkündigung auf den einzelnen Versicherten und seine Mitversicherten beschränkt.
5. Werden vom Versicherer Prämien einseitig erhöht oder Leistungen einseitig vermindert § 18 Abs. (1) und § 11 B Absatz (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. Im Falle einer Erhöhung der Prämien gemäß § 11 B Abs. (8) steht in der Gruppenversicherung dem Versicherungsnehmer (Gruppenspitze) dieses Recht nur hinsichtlich des einzelnen Versicherten und dessen Mitversicherten zu.
6. Wird ein Versicherungsnehmer oder ein Versicherter (Mitversicherter) 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 den Versicherer

1. In der Krankengeldversicherung hat der Versicherer das Recht, den Versicherungsvertrag zur Gänze oder nur hinsichtlich einzelner versicherter Personen mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines jeden Versicherungsjahres zu kündigen.
2. In der Gruppenversicherung hat der Versicherer das Recht, den Gruppenversicherungsvertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zum Ende eines jeden Versicherungsjahres zu kündigen. Der Versicherer hat darüber hinaus das Recht, einzelne Versicherte oder Mitversicherte 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 (Mitversicherten) zu. Diese Versicherten (Mitversicherten) haben das Recht auf Fortsetzung als Einzelversicherung.
3. Wenn der Versicherungsnehmer oder ein Versicherter (Mitversicherter) durch wissentlich falsche Angaben, insbesondere durch Vortäuschung einer Krankheit, Versicherungsleistungen erschleicht oder zu erschleichen versucht oder bei einer solchen Handlung mitwirkt, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei und hat das Recht, den Versicherungsvertrag fristlos zu kündigen. Das Gleiche gilt, wenn der Versicherte (Mitversicherte) im Krankheitsfall den vom Arzt oder vom Versicherer gegebenen zumutbaren Verhaltensmaßregeln vorsätzlich oder grob fahrlässig nicht Folge leistet.
4. Kündigt der Versicherer nach Abs. (1) oder (3) 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.

Kündigt der Versicherer gemäß Abs. (2) oder (3) in der Gruppenversicherung, steht dem Versicherungsnehmer (Gruppenspitze) dieses Recht nur hinsichtlich des einzelnen Versicherten und dessen Mitversicherten zu.

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

A Einzelversicherung

1. Der Versicherungsvertrag endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die Versicherten haben jedoch das Recht, binnen zweier Monate die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses nach dem Tod des Versicherungsnehmers zu erklären.
2. Beim Tod eines Versicherten endet der Versicherungsvertrag hinsichtlich dieser Person.
3. Durch Verlegung des Wohnsitzes des Versicherungsnehmers oder des Versicherten ins Ausland endet der Versicherungsvertrag mit Ende des Monats, in dem der Verzug ins Ausland durch entsprechende Belege nachgewiesen wird, sofern nicht eine andere Vereinbarung getroffen wurde. Die Bestimmungen des Abs. (1) gelten sinngemäß.
4. Endet das Versicherungsverhältnis aus sonstigen Gründen, ohne dass der Vertrag durch Rücktritt des Versicherers wegen

Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht (§ 11) oder Nichtzahlung der Erstprämie - § 10 Abs. (4) - oder sonst durch dessen Kündigung aus wichtigem Grund - z.B. § 13 Abs. (4) oder § 14 Abs. (3) - beendet worden wäre, so sind die Versicherten ebenfalls berechtigt, die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses nach dem Versicherungsnehmer binnen zweier Monate zu erklären.

B Gruppenversicherung

- Der Gruppenversicherungsvertrag erlischt, wenn die Zahl der Versicherten unter die im Gruppenversicherungsvertrag vereinbarte Mindestanzahl sinkt, zum Ende jenes Monats, in welchem dies aus welchen Gründen auch immer eintritt.
- Der Gruppenversicherungsvertrag endet weiters durch Kündigung des Vertrags in Folge Eröffnung des Konkurses, Ausgleiches oder der Zwangsverwaltung, wenn der Gruppenvertrag für Dienstnehmer eines Unternehmens besteht oder bei Liquidation einer juristischen Person, für deren Mitglieder der Gruppenversicherungsvertrag gilt.
- Die auf dem Gruppenversicherungsvertrag beruhende einzelne Versicherung endet mit dem Ausscheiden des Versicherten aus der Gruppenversicherung (aus dem versicherten Personenkreis) insbesondere durch Beendigung des Dienstverhältnisses, Pensionierung oder Tod.
- Mitversicherte Kinder scheiden ab dem Zeitpunkt, ab dem für sie keine Familienbeihilfe mehr bezogen wird, spätestens mit Vollendung des 25. Lebensjahres, aus dem Gruppenversicherungsvertrag aus.
- In den Fällen des § 14 (2) und des § 15 Abs. (5) bis (8) haben die Gruppenversicherten (Mitversicherten) das Recht, die Fortsetzung als gleichartige Einzelversicherungen nach Maßgabe der für die Einzelversicherungen geltenden Tarife und Versicherungsbedingungen ohne Wartezeiten und Risikoprüfung zu erklären, sofern sie bei Eintritt in die Gruppenversicherung gemäß den Bestimmungen für die Einzelversicherung versicherungsfähig (gesund) gewesen sind. Der Versicherer hat die Gruppenversicherten (Mitversicherten) auf dieses Fortsetzungsrecht hinzuweisen. Das Recht auf Fortsetzung als Einzelversicherung erlischt, wenn der Versicherte (Mitversicherte) die Erklärung auf Weiterversicherung nicht binnen eines Monats ab dem Ausscheiden aus dem versicherten Personenkreis bzw. der Auflösung des Gruppenversicherungsvertrages abgibt. Die Frist ist gehemmt, so lange der Versicherer seiner Hinweispflicht nicht nachgekommen ist. Der Beweis dieser Pflicht obliegt dem Versicherer. Gibt der Versicherte (Mitversicherte) die Erklärung auf Fortsetzung der Einzelversicherung ab, so ist die Einzelversicherungsprämie nach dem Eintrittsalter zu bemessen, mit dem der Versicherte (Mitversicherte) in den Gruppenversicherungsvertrag eingetreten ist. Bei Beitritt bis 31.12.1994 ist bei der Berechnung der Einzelversicherungsprämie die Versicherungsdauer im Gruppenversicherungsvertrag nur im Ausmaß der in der Prämienkalkulation der Gruppenversicherung enthaltenen Altersrückstellung zu berücksichtigen. Das Recht auf Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses besteht jedoch nicht, wenn der Versicherte aus dem versicherten Personenkreis in Folge außerordentlicher Kündigung des Versicherers wegen einer Vertragsverletzung - z.B. im Sinne des § 10 (4), § 11 oder § 14 (3) - ausscheidet.
- Der Versicherer hat jeden Gruppenversicherten bei Eintritt in den Gruppenversicherungsvertrag nachweislich darauf hinzuweisen, unter welchen Voraussetzungen seine Versicherung endet. Macht der Versicherte (Mitversicherte) von seinem Fortsetzungsrecht im Sinne des § 15 Abs. (9) Gebrauch, fallen die bei Eintritt in die Gruppenversicherung oder auf Grund der Zugehörigkeit zum Gruppenversicherungsvertrag gewährten Prämiennachlässe weg.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Form und Empfänger von Willenserklärungen und Anzeigen

- Alle für den Versicherer bestimmten Anzeigen und Erklärungen sind schriftlich abzufassen und sollen an die Geschäftsleitung des Versicherers gerichtet werden.
- Hat der Versicherungsnehmer (Versicherte, Mitversicherte) seine Wohnung gewechselt, dies aber nicht dem Versicherer mitgeteilt, so genügt zur Rechtswirksamkeit von Willenserklärungen des Versicherers dem Versicherungsnehmer (Versicherten, Mitversicherten) gegenüber die Absendung des Briefes an die letzte dem Versicherer bekannt gegebene Anschrift.

§ 17 Erfüllungsort, Gerichtsstand

- Erfüllungsort für die beiderseitigen Verpflichtungen aus dem Versicherungsvertrag ist der Sitz des Versicherers in Ebensee.
- Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Sitz des Versicherers 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. Gleiches gilt auch für den Versicherungsnehmer. Liegen der Wohnsitz, der gewöhnliche Aufenthalt oder der Ort der Beschäftigung nicht in Österreich, so ist das Gericht am Sitz des Versicherten zuständig.
- Für Klagen gegen den Versicherungsnehmer (Versicherten, Mitversicherten) ist das Gericht örtlich zuständig, in dessen Sprengel der Versicherungsnehmer (Versicherte, Mitversicherte) seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt hat oder der Ort der Beschäftigung liegt. Liegen weder ein Wohnsitz noch ein gewöhnlicher Aufenthalt oder Beschäftigungsort innerhalb Österreichs vor, so ist das Gericht am Sitz des Versicherten zuständig.

§ 18 Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, der Prämie und des Versicherungsschutzes, Leistungs- und Prämienanpassung

- Als für die Veränderung der Prämie oder des Versicherungsschutzes maßgebende Umstände im Sinne des § 178 f Versicherungsvertragsgesetz gelten:
 - In der Krankenhaustagegeldversicherung eine Veränderung des vom Österreichischen Statistischen Zentralamt verlautbarten monatlichen Pro-Kopf-Einkommens je Arbeitnehmer.
 - Eine Veränderung der durchschnittlichen Lebenserwartung.
 - Eine Veränderung der Häufigkeit der Inanspruchnahme von Leistungen nach Art der tariflich vorgesehenen und deren Aufwändigkeit, bezogen auf die zu diesem Tarif Versicherten.
 - Eine Veränderung des Verhältnisses zwischen den vertraglich vereinbarten Leistungen und den entsprechenden Kostenerstattungen der gesetzlichen Sozialversicherungen.
 - Eine Veränderung 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.
 - Eine Veränderung des Gesundheitswesens oder der dafür geltenden gesetzlichen Bestimmungen.
 - In der Gruppenversicherung ist der Versicherer bei einer Änderung der in § 178f Abs. (2) Z. 2 und 3 genannten Faktoren bloß an den zu dieser Gruppe gehörenden Versicherten (Mitversicherten), auch in Folge einer Änderung des Durchschnittsalters der Gruppe, zur Veränderung der Prämie oder des Versicherungsschutzes berechtigt.
- Der Versicherer ist ferner berechtigt, die Prämien- und Leistungsanpassung aus dem in § 178f Abs. 2 Z. 1-6 angeführten Änderungen vorzunehmen, wobei in der Gruppenversicherung auch Pkt. 1.7 der gegenständlichen Versicherungsbedingungen gilt.
- Eine Anpassung nach Abs. 2 ist nicht durchzuführen, wenn ihr der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach Empfang der Mitteilung des Versicherers, welche den Hinweis auf die Möglichkeit der Ablehnung der Anpassung zu enthalten hat, schriftlich widerspricht. Im Falle eines Widerspruches ist der Versicherer späterhin nicht mehr verpflichtet, eine Anpassung der Versicherungsleistung zu gewähren. Darüber hinaus wird eine Direktverrechnung nicht mehr durchgeführt, die Kostengarantien können nicht mehr in vollem Umfang zugesagt werden und darüber hinaus ist eine spätere Anpassung nicht mehr möglich.
- Der Widerspruch kann jedoch vom Versicherungsnehmer innerhalb von 3 Monaten ab dem Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Anpassung zurückgezogen werden. In diesem Fall tritt die Anpassung in der ursprünglichen Form und zum ursprünglichen Zeitpunkt wieder in Kraft.
- Widerspricht ein einzelner Versicherter in der Gruppenversicherung hinsichtlich seiner Person und/oder eines Mitversicherten, so entfällt der beim Beitritt zur Gruppenversicherung gewährte Preisnachlass.