

## ALLGEMEINE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN DER KRANKENGELD- VERSICHERUNG FÜR UNSELBSTÄNDIG ERWERBSTÄTIGE NACH TARIF KU

### § 1. Gegenstand der Versicherung.

- (1) Der Versicherer gewährt nach Maßgabe der Versicherungsbedingungen und Tarife während der Dauer des Vertragsverhältnisses ein Krankengeld in der versicherten Höhe, wenn die versicherte Person infolge einer Krankheit völlig (hundertprozentig) arbeitsunfähig ist.
- (2) Krankheit im Sinne der Versicherungsbedingungen ist ein nach medizinischen Begriffen anomaler körperlicher oder geistiger Zustand, auch wenn er als Folge eines Unfalles eintritt.
- (3) Völlige (hundertprozentige) Arbeitsunfähigkeit liegt nur dann vor, wenn die versicherte Person ihre berufliche Tätigkeit nach objektivem ärztlichen Urteil in keiner Weise ausüben kann und auch nicht ausübt.
- (4) Der Versicherungsfall beginnt mit der Erkrankung (Abs.2), in deren Verlauf völlige Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird; er endet, sobald nach ärztlichem Befund keine Arbeitsunfähigkeit mehr besteht.
- (5) Das versicherte Krankengeld darf nicht mehr als das auf den Tag umgerechnete durchschnittliche Nettoeinkommen des letzten Monats vor dem Eintritt der völligen Arbeitsunfähigkeit betragen. Bei Minderung des monatlichen Nettoeinkommens sind das versicherte Krankengeld und die Prämie entsprechend der Minderung herabzusetzen. Die Herabsetzung der Prämie (§ 11) erfolgt ab dem Monatsersten, der auf den Zeitpunkt folgt, zu dem der Versicherer von der Minderung des Einkommens Kenntnis erlangt.
- (6) Der Versicherer gewährt nach Ablauf der in § 15 festgelegten Wartezeit und nach Ablauf der im Versicherungsschein unmittelbar nach der Tarifbezeichnung angegebenen Karenztage folgende Leistung: Für jeden Tag der völligen (hundertprozentigen) Arbeitsunfähigkeit wird ein Krankengeld in der vereinbarten Höhe bezahlt. Ist jedoch das auf den Tag umgerechnete durchschnittliche Nettoeinkommen gemäß Abs. 5 geringer als das versicherte Krankengeld, so wird nur das auf den Tag umgerechnete durchschnittliche Nettoeinkommen gezahlt.

### § 2. Versicherungsfähigkeit.

- (1) Versicherungsfähig sind in Österreich wohnende, gesunde Personen, die in einem ständigen Dienst- oder Arbeitsverhältnis gegen Entgelt stehen, vom vollendeten 18. bis zum vollendeten 55. Lebensjahr bei Frauen und bis zum 60. Lebensjahr bei Männern.
- (2) Der Versicherer kann Personen, die ein erhöhtes Risiko darstellen, gegen Berechnung eines zu vereinbarenden Zuschlages zur Prämie oder unter besonderen Bedingungen versichern.

### § 3. Antragstellung, Versicherungsschein.

- (1) Der Versicherungsantrag ist auf dem hierfür bestimmten Vordruck zu stellen.
- (2) Der Antragsteller ist sechs Wochen an seinen Antrag gebunden. Die Frist beginnt mit dem Tage der Antragstellung, unter Abwesenheit mit der Absendung des Antrages.
- (3) Über die Annahme des Antrages entscheidet der Versicherer. Er kann Anträge ohne Angabe von Gründen ablehnen. Eine Ablehnung ist dem Antragsteller schriftlich mitzuteilen. Die Annahme des Antrages erfolgt durch schriftliche Erklärung oder durch Aushändigung oder Angebot des Versicherungsscheines.
- (4) Die Annahme des Antrages kann von der Untersuchung durch einen vom Versicherer bezeichneten Arzt, von der Beibringung eines ärztlichen Zeugnisses und von der Vorlage eines amtlichen Altersnachweises abhängig gemacht werden. Die Kosten trägt der Antragsteller.
- (5) Der Antragsteller (die versicherte Person) erteilt dem Versicherer durch Fertigung des Antrages unwiderruflich die Befugnis, über bestehende oder frühere Krankheiten und Gebrechen bei Dritten (Ärzten, Krankenanstalten, Sozialversicherungsträgern, sonstigen Versicherungseinrichtungen, Behörden usw.) alle für erforderlich erachteten Erkundigungen einzuziehen. Er ermächtigt diese Dritten, dem Versicherer jede Auskunft zu erteilen und darüber auch vor Gericht Zeugnis abzulegen. Die gleiche Befugnis erteilen die handlungsfähiger mitzuversichernden Personen.
- (6) Weicht der Inhalt des Versicherungsscheines von dem Antrag ab, so gilt die Abweichung als genehmigt, wenn der Versicherungsnehmer nicht innerhalb eines Monats nach Empfang des Versicherungsscheines schriftlich widerspricht. Auf die Abweichung hat der Versicherer durch besondere schriftliche Mitteilung oder durch auffälligen Vermerk im Versicherungsschein hinzuweisen. Hat der Versicherer es unterlassen, den Versicherungsnehmer auf die Frist und die Folgen ihrer Versäumnis aufmerksam zu machen und die einzelnen Abweichungen besonders zu bezeichnen, so ist die Abweichung für den Versicherungsnehmer unverbindlich und der Inhalt des Versicherungsantrages insoweit als vereinbart anzusehen. Das Recht des Versicherungsnehmers, den Vertrag wegen Irrtums anzufechten, bleibt unberührt.
- (7) Der Versicherungsnehmer kann jederzeit Abschriften der Erklärungen fordern, die er mit Bezug auf den Vertrag abgegeben hat. Bedarf der Versicherungsnehmer der Abschriften für die Vornahme von Handlungen gegenüber dem Versicherer, die an eine bestimmte Frist gebunden sind, und sind sie ihm nicht schon früher vom Versicherer ausgehändigt worden, so ist der Lauf der Frist von der Stellung des Verlangens bis zum Eingang der Abschriften gehemmt.

### § 4. Willenserklärungen und Anzeigen.

- (1) Alle für den Versicherer bestimmten Anzeigen und Erklärungen sind schriftlich an den Versicherer zu richten.
- (2) Hat der Versicherungsnehmer seine Wohnung gewechselt, dies aber dem Versicherer nicht mitgeteilt, so genügt zur Rechtswirksamkeit von Willenserklärungen des Versicherers dem Versicherungsnehmer gegenüber die Absendung des Briefes an die letzte dem Versicherer bekanntgegebene Anschrift. Die Erklärung wird in dem Zeitpunkt wirksam, in dem sie dem Versicherungsnehmer ohne Wohnungsänderung bei regelmäßiger Beförderung zugegangen wäre.
- (3) Kündigungs-, Rücktritts- und Anfechtungserklärungen bedürfen der Schriftform.

**ALLGEMEINE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN DER KRANKENGELD-  
VERSICHERUNG FÜR UNSELBSTÄNDIG ERWERBSTÄTIGE NACH TARIF KU**

SEITE 2

**§ 5. Beginn des Versicherungsschutzes.**

Der Versicherungsschutz beginnt mit Abschluss des Versicherungsvertrages, nicht vor Ablauf der Wartezeiten und nicht vor dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn). Wird der Versicherungsschein nach diesem Zeitpunkt ausgehändigt, so beginnt der Versicherungsschutz abgesehen von den Bestimmungen über die Wartezeiten mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt.

**§ 6. Beendigung der Versicherung.**

Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich des betroffenen Versicherten mit sofortiger Wirkung:

- a) durch Rücktritt, Anfechtung oder fristlose Kündigung durch den Versicherer,
- b) bei Beendigung des ständigen Dienst- oder Arbeitsverhältnisses,
- c) bei Verlegung des Wohnsitzes ins Ausland oder dauerndem Aufenthalt im Ausland,
- d) durch Tod,
- e) bei Eintritt der dauernden Berufsunfähigkeit. Eine solche liegt vor, wenn die versicherte Person im bisher ausgeübten Beruf auf nicht absehbare Zeit mehr als 50 Prozent erwerbsunfähig ist,
- f) bei Bezug von Leistungen für die Dauer von 364 Tagen innerhalb von drei Versicherungsjahren; mit Ablauf des Versicherungsjahres;
- g) durch Kündigung durch den Versicherer,
- h) durch Kündigung durch den Versicherungsnehmer,
- i) bei Vollendung des 60. Lebensjahres bei Frauen und des 65. Lebensjahres bei Männern; mit dem letzten Tag des dritten Monats;
- k) bei länger als 3 Monaten dauerndem Aufenthalt in einer Irren- oder öffentlichen Versorgungsanstalt.

(2) Die Leistungspflicht erlischt in den Fällen des Abs. 1 lit. a) bis e) und h) bis k) mit dem Ende des Versicherungsverhältnisses; im Falle des Abs. 1 lit. g) nach Ablauf von vier Wochen ab Beendigung des Versicherungsvertrages, spätestens aber mit dem Ende der Anspruchsberechtigung gemäß § 20 Abs. 4.

(3) Wurden die Fälle des Abs. 1 lit. b) und e) durch eine Arbeitsunfähigkeit im Sinne des § 1 Abs. 2 und 3 ursächlich herbeigeführt, so endet das Versicherungsverhältnis und die Leistungspflicht mit dem Erlöschen der Anspruchsberechtigung gemäß § 20 Abs. 4.

(4) Die Verpflichtung zur Zahlung der Prämien endet in den Fällen des Abs. 1 lit. b) und c), ausgenommen Fälle des Abs. 3 mit dem Letzten des Monats, in dem der Versicherer vom Eintritt des Umstandes, der das Versicherungsverhältnis beendet, Kenntnis erlangt. In den übrigen Fällen endet die Verpflichtung zur Zahlung der Prämien mit dem Versicherungsverhältnis.

**§ 7. Dauer der Versicherung, Kündigung.**

(1) Der Versicherungsvertrag wird auf unbestimmte Zeit abgeschlossen. Der Versicherungsnehmer und der Versicherer haben das Recht, das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres unter Einhaltung einer dreimonatigen Frist zu kündigen.

(2) Sofern mit Wirkung auch für bestehende Versicherungsverhältnisse Versicherungsleistungen vermindert oder Prämien erhöht werden (§ 23), und im Falle des § 9 Abs. 7, kann der Versicherungsnehmer spätestens bis zum Schluss des Monats, welcher der Bekanntmachung der Änderung folgt, für den Schluss des darauffolgenden Monats kündigen, aber nicht für einen früheren Zeitpunkt, als für den Schluss des Monats, in dem die Änderung in Kraft tritt. Im Falle einer Kündigung muss der Versicherungsnehmer die eingetretene Leistungsminderung oder Prämienhöhung für die Zeit vom Wirksamwerden der Änderung bis zur Beendigung der Versicherung gegen sich gelten lassen.

(3) Wenn der Versicherungsnehmer oder der Versicherer das Versicherungsverhältnis nur zum Teil oder nur für einzelne versicherte Personen kündigt, so kann der Versicherer beziehungsweise der Versicherungsnehmer die Restversicherung zum gleichen Termin kündigen, aber nur innerhalb einer Frist von einem Monat nach Empfang des Kündigungsschreibens.

**§ 8. entfällt.**

**§ 9. Rücktritt, Anfechtung und fristlose Kündigung.**

(1) Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person bei dem Abschluss, bei einer Abänderung oder bei der Wiederinkraftsetzung der Versicherung die Anzeigepflicht über erhebliche Gefahrumstände oder berufliche Verhältnisse schuldhaft verletzt, so kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten. Die Anzeigepflicht ist auch verletzt, wenn Fragen über Gefahrumstände oder berufliche Verhältnisse unvollständig beantwortet werden. Jeder Umstand, nach dem der Versicherer ausdrücklich und genau umschrieben in schriftlicher Form gefragt hat, gilt im Zweifel als erheblich.

(2) Der Rücktritt vom Vertrag ist innerhalb eines Monats von dem Tag an zulässig, an dem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erlangt hat.

(3) Das Rücktrittsrecht entfällt nach Ablauf von drei Jahren nach Vertragsabschluss oder seit Abänderung oder Wiederinkraftsetzung der Versicherung, es sei denn, dass die Anzeigepflicht arglistig verletzt worden ist.

(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) Treffen die Voraussetzungen für den Rücktritt nur auf einzelne versicherte Personen zu, so kann er auf diese beschränkt werden. Der Versicherungsnehmer hat in diesem Fall das Recht, innerhalb eines Monats nach Erhalt der Rücktrittserklärung den Vertrag mit sofortiger Wirkung zur Gänze zu kündigen.

(6) Das Recht des Versicherers, den Vertrag wegen Arglist anzufechten, wird durch die vorstehenden Bestimmungen nicht berührt.

**ALLGEMEINE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN DER KRANKENGELD-  
VERSICHERUNG FÜR UNSELBSTÄNDIG ERWERBSTÄTIGE NACH TARIF KU**

SEITE 3

(7) Bei schuldloser Verletzung der Anzeigepflicht kann der Versicherer, wenn der Geschäftsplan bei Vorliegen der ihm unbekannt gebliebenen Gefahrumstände eine höhere Prämie vorsieht, vom Beginn der laufenden Versicherungsperiode an die entsprechend höhere Prämie verlangen.

(8) Wenn der Versicherungsnehmer oder ein Versicherter während der Dauer des Versicherungsverhältnisses 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, das Versicherungsverhältnis fristlos zu kündigen. Das gleiche gilt, wenn sich die versicherte Person im Krankheitsfalle den vom Arzt oder vom Versicherer gegebenen zumutbaren Verhaltensmaßregeln vorsätzlich oder grob fahrlässig nicht fügt.

**§ 10. Ruhendstellung der Versicherung.**

Während längerer Auslandsaufenthalte, für die Zeit des Wehrdienstes oder eines auf ähnlicher Grundlage beruhenden Dienstes, mit dem gesetzliche Heilfürsorge verbunden ist, kann für den betreffenden Versicherten auf Antrag des Versicherungsnehmers das Ruhen der gegenseitigen Verpflichtungen aus der Versicherung für eine im voraus bestimmte Zeit vereinbart werden. Für die Zeit der Ruhendstellung ist eine Anerkennungsprämie im Ausmaß von 10% der Tarifprämie im voraus für die vereinbarte Dauer der Ruhendstellung zu entrichten. Eine Wiederinkraftsetzung der Versicherung vor Ablauf der vereinbarten Frist kann von einer Gesundheitsprüfung abhängig gemacht werden.

**§ 11. Prämien und Nebengebühren.**

(1) Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, Jahresprämien nach dem dem Versicherungsvertrag zugrundeliegenden Tarif zu zahlen. Die Jahresprämie ist im voraus zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres fällig. Die erste Jahresprämie ist spätestens bei Aushändigung beziehungsweise Angebot des Versicherungsscheines fällig.

(2) Die Zahlung der Jahresprämie kann in monatlichen Raten erfolgen. Die nach Bezahlung der ersten Rate fälligen monatlichen Raten gelten jeweils als gestundet und sind am Ersten eines jeden Monats im voraus zu zahlen. Prämien oder monatliche Raten, die bereits fällig waren, können vom Versicherer im Versicherungsfall in Anrechnung gebracht werden.

(3) Der Versicherer ist jederzeit berechtigt, vom Versicherungsnehmer einen amtlichen Altersnachweis zu verlangen. Das Eintrittsalter ist die Differenz zwischen dem Jahr des Versicherungsbeginns und dem Geburtsjahr. Im Falle unrichtiger Altersangaben sind, unbeschadet der Rechte des Versicherers aus § 9, die zuwenig gezahlten Prämien zuzüglich 4 Prozent Verzugszinsen nachzuzahlen; etwa zuviel gezahlte Prämien werden nach Wahl des Versicherungsnehmers auf die nächstfolgenden Prämienzahlungen angerechnet oder zurückgezahlt.

(4) Die Prämien sind auch während des Bezuges von Leistungen zu zahlen; sie sind eine Bringschuld und portofrei zu entrichten. Dem Versicherer steht es frei, die Prämien gegen eine angemessene Gebühr einheben zu lassen.

(5) Der Versicherungsnehmer hat dem Versicherer sowohl die bestehenden als auch die erst während der Versicherungsdauer etwa neu hinzukommenden, für den Versicherungsvertrag zu entrichtenden oder nach den Prämien und den Leistungen des Versicherers aus dem Vertrag bemessenen öffentlichen Gebühren und Abgaben aller Art zu erstatten. Ebenso sind dem Versicherer die Schreibgebühren für die Ausfertigung von Ersatz- und sonstigen Urkunden sowie aller Abschriften zu entrichten und die vom Versicherungsnehmer verursachten Postspesen zu vergüten.

**§ 12. Zahlungsverzug und dessen Folgen.**

(1) 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 Vertrag zurücktreten. Es gilt als Rücktritt, wenn der Anspruch auf die Prämie nicht innerhalb dreier Monate vom Fälligkeitstag (§ 11 Abs.1) gerichtlich geltend gemacht wird. Ist die Prämie zur Zeit des Eintritts des Versicherungsfalles (Arbeitsunfähigkeit) und nach Ablauf der Frist von vierzehn Tagen noch nicht gezahlt, so ist der Versicherer nach Maßgabe der §§ 38 und 39a VersVG von der Verpflichtung zur Leistung frei, es sei denn, dass der Versicherungsnehmer an der rechtzeitigen Zahlung der Prämie ohne sein Verschulden verhindert war.

(2) Wird in der Folge eine fällige Prämie oder eine fällige Prämienrate (vergl. § 11) nicht rechtzeitig bezahlt, so kann der Versicherer den Versicherungsnehmer unter Angabe der Höhe der Prämien- und Kostenschuld und der Rechtsfolgen weiterer Säumnis schriftlich auffordern, die Schuld innerhalb einer Zahlungsfrist von zwei Wochen, vom Empfang der Aufforderung an gerechnet, an die vom Versicherer bezeichnete Stelle ohne Abrechnung von Überweisungsspesen zu bezahlen. Neben Postgebühren und Mahnkosten können einmalige Verzugsgebühren von 4 Prozent des Prämienrückstandes eingehoben werden. Nach Ablauf der Zahlungsfrist von zwei Wochen werden, wenn bis dahin der eingemahnte Betrag nicht bezahlt ist, die gestundeten Prämienraten des laufenden Versicherungsjahres fällig.

(3) Tritt der Versicherungsfall (Arbeitsunfähigkeit) nach Ablauf der Zahlungsfrist ein und ist der Versicherungsnehmer zu dieser Zeit mit der Zahlung der Prämien ganz oder teilweise im Verzug, so ist der Versicherer nach Maßgabe der §§ 39 und 39a VersVG von der Verpflichtung zur Leistung frei, es sei denn, dass der Versicherungsnehmer an der rechtzeitigen Zahlung der Prämie ohne sein Verschulden verhindert war. Die Leistungspflicht des Versicherers lebt nach Bezahlung aller rückständigen Prämien wieder auf, jedoch besteht für Versicherungsfälle (und deren Folgen), die nach Ablauf der Zahlungsfrist und vor Nachzahlung der rückständigen Prämien eingetreten sind, kein Anspruch auf Leistung.

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

(5) Die Wirkungen der Kündigung fallen fort, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, falls die Kündigung mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach dem Ablauf der Zahlungsfrist die Zahlung nachholt.

**§ 13. Verpfändung, Abtretung, Aufrechnung.**

Die Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder verpfändet noch abgetreten werden. Gegen Forderungen des Versicherers kann der Versicherungsnehmer nicht aufrechnen.

**ALLGEMEINE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN DER KRANKENGELD-  
VERSICHERUNG FÜR UNSELBSTÄNDIG ERWERBSTÄTIGE NACH TARIF KU**

SEITE 4

**§ 14. Ausschlussfristen, Verjährung, Erfüllungsort und Gerichtsstand.**

- (1) Der Versicherer ist von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Anspruch auf die Leistung nicht innerhalb eines Jahres gerichtlich geltend gemacht wird. Die Frist beginnt erst, nachdem der Versicherer dem Versicherungsnehmer gegenüber den erhobenen Anspruch unter Angabe der mit dem Ablauf der Frist verbundenen Rechtsfolgen schriftlich abgelehnt hat.
- (2) Die Ansprüche auf die Versicherungsleistungen verjähren in drei Jahren. Ist ein Anspruch beim Versicherer angemeldet worden, so ist die Verjährung bis zum Einlangen einer schriftlichen Entscheidung des Versicherers gehemmt, die zumindest mit der Anführung einer der Ablehnung zugrunde gelegten Tatsache und gesetzlichen oder vertraglichen Bestimmung begründet ist. Nach 10 Jahren tritt die Verjährung jedenfalls ein.
- (3) Erfüllungsort für die beiderseitigen Verpflichtungen aus dem Versicherungsvertrag ist der Sitz des Versicherers in Wien.
- (4) Gerichtsstand ist die gewerbliche Niederlassung (Wohnsitz) des Beklagten. Hat ein Versicherungsagent den Vertrag vermittelt, so ist für Klagen, die aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherer erhoben werden, auch das Gericht des Ortes zuständig, wo der Agent zur Zeit der Vermittlung seine gewerbliche Niederlassung oder, in Ermangelung einer solchen, seinen Wohnsitz hatte.

**§ 15. Wartezeit.**

- (1) Die Wartezeit (§ 5) beträgt drei Monate. Die Wartezeit wird von dem im Versicherungsschein angegebenen Tag des Versicherungsbeginnes an gerechnet.
- (2) Die Wartezeit entfällt:
- Bei Unfällen und deren Folgen. Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper mechanisch wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet. Bauch- oder Unterleibsbrüche, die durch einen Unfall herbeigeführt oder verschlechtert worden sind, gelten nicht als Unfallfolgen.
  - Bei folgenden akuten Infektionskrankheiten: Röteln, Masern, Windpocken, Scharlach, Diphtherie, Keuchhusten, Mumps, spinale Kinderlähmung, epidemische Genickstarre, Ruhr, Paratyphus, Flecktyphus, Typhus, Cholera, Pocken, Malaria, Rückfallfieber, Milzbrand, Rotlauf.
- (3) Bei Übertritt in eine andere Tarifklasse besteht Anspruch auf erhöhten Versicherungsschutz nur für Versicherungsfälle, die nach neuerlichem Ablauf der Wartezeit eintreten.

**§ 16. Leistungsausschlüsse.**

- (1) Der Versicherungsschutz gilt nur für Krankheiten, die während des Bestandes der Versicherung entstehen. Er erstreckt sich aber auch auf vorvertragliche Erkrankungen, sofern die tarifliche Wartezeit (§ 15) erfüllt ist und keine Verletzung der Anzeigepflicht (§ 9) vorliegt. Für Krankheiten, die während der Wartezeit erstmalig behandelt worden sind, besteht bis zur Beendigung des Versicherungsfalles, längstens bis 3 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.
- (2) Nach Ablauf von 3 Jahren nach Vertragsabschluss kann der Versicherer von den Bestimmungen des § 9 keinen Gebrauch machen, es sei denn, daß die Anzeigepflicht arglistig verletzt worden ist.
- (3) Krankheiten und Unfälle (sowie deren Folgen), die durch Kriegsereignisse oder durch aktive Beteiligung an Unruhen entstehen, begründen keinen Anspruch auf Versicherungsleistungen. Das gleiche gilt, wenn die versicherte Person sich die Krankheit vorsätzlich, bei Begehung einer gerichtlich strafbaren Handlung, die Vorsatz voraussetzt, oder durch den missträuchlichen Genuß von Alkohol oder Suchtgiften (Morphium, Kokain usw.) zugezogen hat.
- (4) Keine Leistungspflicht besteht bei Arbeitsunfähigkeit, wenn diese durch kosmetische Behandlung und deren Folgen oder Entwöhnungskuren verursacht wurde.
- (5) Bei normalen und anomalen Entbindungen, Früh- oder Fehlgeburten (auch wenn ein Unfall die Ursache ist), bei Schwangerschaftsbeschwerden und -komplikationen sowie bei Folgen der Entbindung und des Wochenbettes besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistungen.

**§ 17. Anmeldung von Ansprüchen.**

- (1) Die Anmeldung einer die völlige Arbeitsunfähigkeit bedingenden Krankheit hat innerhalb von acht Tagen nach Ablauf der Karenzfrist beim Versicherer oder der zuständigen Landesdirektion (Geschäftsstelle) schriftlich, unter Vorlage eines ärztlichen Zeugnisses mit Angabe der Diagnose, zu erfolgen. Ein Rückfall oder eine Wiederekrankung innerhalb von sechs Monaten (§ 20 Abs. 1) sind binnen drei Tagen zu melden. Erfolgt die Krankmeldung erst nach Ablauf der Frist, so gilt als erster Krankheitstag der Tag, an dem die Anzeige beim Versicherer eingeht. Ist die rechtzeitige Anmeldung nicht vorsätzlich unterblieben, so bleibt der Versicherer zur Leistung insoweit verpflichtet, als die Verletzung weder Einfluß auf die Feststellung des Versicherungsfalles noch auf die Feststellung oder den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung gehabt hat.
- (2) Der Nachweis über den Fortbestand der Arbeitsunfähigkeit ist, unbeschadet des Rechtes des Versicherers, die Arbeitsunfähigkeit durch seine Vertrauensärzte feststellen zu lassen, durch wöchentliche Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung mit Diagnose zu erbringen.
- (3) Die Wiedererlangung der gänzlichen oder teilweisen Arbeitsfähigkeit ist ebenfalls mittels ärztlicher Bestätigung unverzüglich bekanntzugeben.
- (4) Zeugnisse und Bescheinigungen von Ärzten, die mit dem Versicherten in auf- oder absteigender Linie verwandt oder mit ihm verehelicht sind, werden nicht anerkannt.

**§ 18. Obliegenheiten.**

- (1) Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, den Versicherer unverzüglich von einer Minderung des monatlichen Nettoeinkommens aus unselbständiger Erwerbstätigkeit sowie von Umständen zu verständigen, die eine Beendigung der Versicherung gemäß § 6 bewirken.

**ALLGEMEINE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN DER KRANKENGELD-  
VERSICHERUNG FÜR UNSELBSTÄNDIG ERWERBSTÄTIGE NACH TARIF KU**

SEITE 5

(2) Jeder nachträgliche Beitritt zu einer anderen Kranken- oder Unfallversicherung ist dem Versicherer unverzüglich unter Angabe der Höhe des anderweitig versicherten Krankengeldes mitzuteilen. Wird diese Obliegenheit verletzt, ist der Versicherer berechtigt, das Versicherungsverhältnis fristlos zu kündigen.

(3) Die arbeitsunfähige versicherte Person ist verpflichtet,

- a) den Anordnungen des Arztes Folge zu leisten und alles zu vermeiden, was der Wiederherstellung der Gesundheit hinderlich sein könnte,
- b) auf Anfragen sowohl dem Versicherer als auch dem von ihm beauftragten Krankenbesucher über den Verlauf der Krankheit, den Umfang der Arbeitsfähigkeit sowie alle sonstigen für die Prüfung der Leistungspflicht erheblichen Umstände jede erwünschte Auskunft schriftlich oder mündlich zu erteilen,
- c) keine auf Erwerb gerichteten sowie keine solchen häuslichen Arbeiten vorzunehmen, die die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit hindern,
- d) die Arbeit nicht vor der Gesundheitsmeldung aufzunehmen,
- e) sich auf Verlangen des Versicherers einer ärztlichen Nachuntersuchung durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt innerhalb von zwei Tagen nach eingegangener Aufforderung zu unterziehen. Leistet die arbeitsunfähige versicherte Person ohne umgehende genügende Entschuldigung einer solchen Aufforderung keine Folge, so kann das Krankengeld für die Dauer der Weigerung entzogen werden.

Sofern die versicherte Person trotz schriftlicher Aufforderung den vorstehend genannten Obliegenheiten zuwiderhandelt, ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung für die Zeit ab dem dritten dem Tage der Zustellung der Aufforderung folgenden Tage frei.

**§ 19. Örtlicher Geltungsbereich.**

(1) Der Versicherungsschutz ist, abgesehen von den Fällen des Abs. 3, auf Österreich beschränkt.

(2) Das Krankengeld ist nur zu zahlen, solange sich der Erkrankte an seinem Wohnsitz aufhält oder sich in stationärer Krankenhausbehandlung im Inland befindet. Erkrankt die versicherte Person außerhalb ihres Wohnsitzes, so wird das versicherte Krankengeld bedingungsgemäß gezahlt, wenn die Überführung des Erkrankten an seinen Wohnsitz nicht oder nur unter Gefährdung seiner Gesundheit möglich ist.

(3) Wird eine versicherte Person während eines Aufenthaltes im europäischen Ausland völlig arbeitsunfähig und ist aus medizinischen Gründen eine stationäre Krankenhausbehandlung wegen einer unvorhergesehenen Erkrankung oder wegen der Folgen eines während des Auslandsaufenthaltes erlittenen Unfalles erforderlich geworden, wird das Krankengeld für die Dauer der stationären Behandlung gezahlt, wenn und soweit nach den übrigen Bestimmungen eine Leistungspflicht des Versicherers gegeben ist.

**§ 20. Leistungen des Versicherers.**

(1) Das Krankengeld wird in der vereinbarten Höhe nach Ablauf der im Tarif festgelegten Karenz für die Dauer völliger (hundertprozentiger) Arbeitsunfähigkeit unter Einschluß der Sonn- und Feiertage bezahlt. Der Anspruch auf Krankengeld endet mit dem letzten Tag der nachgewiesenen Arbeitsunfähigkeit, spätestens zu dem Zeitpunkt, in welchem die gesetzliche Krankenkasse ihre Krankengeldleistungen einstellt. Versicherte, die bereits Krankengeld bezogen haben und innerhalb von sechs Monaten ab dem letzten Tag des letzten Krankengeldbezuges neuerlich erkranken, erhalten das Krankengeld bereits vom ersten Tag der neuerlichen Arbeitsunfähigkeit an. Liegen zwischen dem letzten Tag eines Krankengeldbezuges und der neuerlichen Arbeitsunfähigkeit mehr als sechs Monate, wird das Krankengeld erst wieder nach Ablauf der Karenz bezahlt.

(2) Die Kosten der Überweisung der Versicherungsleistung sind vom Versicherungsnehmer zu tragen.

(3) Der Versicherer ist berechtigt, jederzeit von der versicherten Person den Nachweis zu verlangen, dass das versicherte Krankengeld das auf den Tag umgerechnete Nettoeinkommen des letzten Monats vor eingetretener Arbeitsunfähigkeit nicht übersteigt. Erbringt die versicherte Person diesen Nachweis nicht innerhalb von 14 Tagen, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei und kann den Vertrag innerhalb eines Monats nach Ablauf der Frist ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen, es sei denn, dass die Verletzung als eine unverschuldete anzusehen ist.

(4) Wurde das Krankengeld für eine oder mehrere Krankheiten innerhalb von drei Versicherungsjahren insgesamt durch 364 Tage bezahlt, so erlischt die Versicherung (§ 6 Abs. 1 lit. f.).

**§ 21. Feststellung des Leistungsanspruches.**

(1) Im Falle von Meinungsverschiedenheiten über Art und Umfang der Arbeitsunfähigkeit entscheidet eine Ärztekommision.

(2) In den nach Abs. 1 der Ärztekommision vorbehaltenen Streitfällen hat der Versicherungsnehmer innerhalb von 14 Tagen, nachdem ihm die Ablehnung des Versicherers zugegangen ist, Widerspruch zu erheben und die Entscheidung der Ärztekommision zu beantragen.

(3) Für die Ärztekommision werden regelmäßig zwei Ärzte bestimmt, von denen jede Partei einen der anderen Partei mittels eingeschriebenen Briefes namhaft zu machen hat. Die beiden Ärzte bestellen einvernehmlich vor Beginn ihrer Tätigkeit einen weiteren Arzt als Obmann. Die Ärztekommision entscheidet mit Stimmenmehrheit.

(4) Die versicherte Person ist verpflichtet, sich innerhalb einer zu bestimmenden Frist allen Untersuchungen zu unterziehen, die von der Ärztekommision als notwendig erachtet werden.

(5) Die Aufteilung der Kosten der Ärztekommision auf die beiden Parteien erfolgt nach dem Verhältnis der von der Kommission zugesprochenen beziehungsweise abgelehnten Leistungsansprüche.

**§ 22. Gewinnbeteiligung.**

(1) Werden für einen Versicherungsschein für ein Kalenderjahr weder tarifliche noch freiwillige Versicherungsleistungen erbracht, hat der Versicherungsnehmer unter folgenden Voraussetzungen Anspruch auf einen Anteil an der Gewinnrückstellung, die der Versicherer nach den von der Versicherungsaufsichtsbehörde genehmigten und ohne ihre Zustimmung nicht zu ändernden Richtlinien zu bilden hat. Enthält ein Versicherungsschein auch Tarife, für die eine Gewinnbeteiligung nicht vorgesehen ist, bleiben diese bei der Feststellung des Gewinnanteiles außer Betracht.

**ALLGEMEINE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN DER KRANKENGELD-  
VERSICHERUNG FÜR UNSELBSTÄNDIG ERWERBSTÄTIGE NACH TARIF KU**

SEITE 6

- (2) Erste Voraussetzung für die Gewinnbeteiligung ist, dass der Versicherungsschein am Ende des Kalenderjahres seit mindestens einem Jahr in Kraft ist. Versicherungsumwandlungen während des Kalenderjahres können einen Anspruch auf Gewinnbeteiligung nicht begründen. Hat sich die Prämie während des Kalenderjahres geändert, bemisst sich die Höhe des Gewinnanteiles nach der niedersten Monatsprämie.
- (3) Voraussetzung für die Gewinnbeteiligung ist weiters, daß die Prämien für das Kalenderjahr voll und bis spätestens 15. Jänner des Folgejahres gezahlt worden sind.
- (4) Der Gewinnanteil beträgt für alle gewinnberechtigten Versicherungsscheine einheitlich ein ganzzahliges Vielfaches einer Monatsprämie. Solange die Gewinnrücklage nicht zur Ausschüttung einer Monatsprämie ausreicht, erfolgt keine Gewinnverteilung.
- (5) Die Gewinnverteilung erfolgt entweder durch Verrechnung mit den laufenden Prämien oder durch Barauszahlung.
- (6) Die Verrechnung der Gewinnbeteiligung muss spätestens mit 1. Juli des dem abgelaufenen Geschäftsjahr folgenden Kalenderjahres beginnen. Vorher ausgeschiedene Versicherungsnehmer haben keinen Anspruch auf die Gewinnverrechnung; während der Gewinnverrechnung ausscheidende Versicherungsnehmer haben Anspruch auf die Gewinnbeteiligung nur insoweit, als sie mit den Monatsprämien, die ab 1. Juli fällig werden, verrechnet werden kann.

**§ 23. Änderungen der Versicherungsbedingungen; Anpassung der Prämie.**

- (1) Als für Änderungen der Prämie oder des Versicherungsschutzes maßgebende Umstände im Sinne des § 178f Versicherungstragsgesetz 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 Gesundheitswesens oder der dafür geltenden gesetzlichen Bestimmungen.
- (2) Die Erklärung einer rückwirkenden Änderung der Prämie oder des Versicherungsschutzes ist unwirksam; die Erklärung wirkt erst ab dem der Absendung folgenden Monatsersten.
- (3) 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.