

Bedingungen für die Krankenversicherung (KVB 2001) I101

- [INHALTSVERZEICHNIS](#)
- [Abschnitt A: Versicherungsschutz](#)
- [Abschnitt B: Versicherbare Leistungen](#)
- [Abschnitt C: Begrenzungen des Versicherungsschutzes](#)
- [Abschnitt D: Pflichten des Versicherungsnehmers](#)
- [Abschnitt E: Vertragsdauer, Ende des Versicherungsvertrages](#)
- [Abschnitt F: Sonstige Vertragsbestimmungen](#)
- [Abschnitt A: Versicherungsschutz](#)
 - [Artikel A.1 Gegenstand der Versicherung](#)
 - [Artikel A.2 Versicherungsfall](#)
 - [Artikel A.3 Örtlicher Geltungsbereich](#)
 - [Artikel A.4 Versicherbare Personen](#)
 - [Artikel A.5 Abschluss des Versicherungsvertrages](#)
 - [Artikel A.6 Beginn des Versicherungsschutzes](#)
- [Abschnitt B: Versicherbare Leistungen](#)
 - [Artikel B.1 Krankenhaustagegeld](#)
 - [Artikel B.2 Krankenhaustagegeld nach Unfall](#)
 - [Artikel B.3 Kranken-Notfall-Leistungen](#)
 - [Artikel B.4 Kur- und Erholungstagegeld](#)
 - [Artikel B.5 Operationsgeld](#)
 - [Artikel B.6 Anspruchstellung, Fälligkeit der Leistung, Verjährung](#)
- [ABSCHNITT C: Begrenzungen des Versicherungsschutzes](#)
 - [Artikel C.1 Einschränkung des Versicherungsschutzes](#)
 - [Artikel C.2 Ende des Versicherungsschutzes](#)
- [Abschnitt D: Pflichten des Versicherungsnehmers](#)
 - [Artikel D.1 Beitrag](#)
 - [Artikel D.2 Zahlungsverzug und dessen Folgen](#)
 - [Artikel D.3 Obliegenheiten](#)
 - [Artikel D.4 Ansprüche gegen Dritte](#)
- [Abschnitt E: Vertragsdauer, Ende des Versicherungsvertrages](#)
 - [Artikel E.1 Vertragsdauer](#)
 - [Artikel E.2 Kündigung durch den Versicherungsnehmer](#)
 - [Artikel E.3 Kündigung durch den Versicherer](#)
 - [Artikel E.4 Sonstige Beendigungsgründe](#)
- [Abschnitt F: Sonstige Vertragsbestimmungen](#)
 - [Artikel F.1 Form der Willenserklärungen und Anzeigen](#)
 - [Artikel F.2 Erfüllungsort, Gerichtsstand](#)
 - [Artikel F.3 Änderung der Versicherungsleistungen; Anpassung des Beitrages](#)
 - [Artikel F.4 Gesundenbonus](#)
 - [Artikel F.5 Gebühren, Mehraufwendungen](#)
 - [Artikel F.6 Versicherungsaufsichtsbehörde, Vertragsstreitigkeiten](#)

Versicherungsnehmer ist die Person, die den Versicherungsvertrag mit der Wüstenrot Versicherungs-Aktiengesellschaft abschließt.

Versicherter ist die Person, für welche die Leistungen nach Abschnitt B versichert werden können.

Versicherer ist die Wüstenrot Versicherungs-Aktiengesellschaft mit dem Sitz in A-5033 Salzburg, Alpenstraße 61, FN 34521 t, Landes- als Handelsgericht Salzburg, DVR: 0035793.

INHALTSVERZEICHNIS

Abschnitt A: Versicherungsschutz

Was ist versichert?	Art. A.1: Gegenstand der Versicherung
Was gilt als Versicherungsfall?	Art. A.2: Versicherungsfall
Wo gilt die Versicherung?	Art. A.3: Örtlicher Geltungsbereich
Wer kann versichert werden?	Art. A.4: Versicherbare Personen
Antragstellung	Art. A.5: Abschluss des Versicherungsvertrages
Wann beginnt die Versicherung?	Art. A.6: Beginn des Versicherungsschutzes

Abschnitt B: Versicherbare Leistungen

Was kann versichert werden?	Art. B.1: Krankenhaustagegeld
	Art. B.2: Krankenhaustagegeld nach Unfall
	Art. B.3: Kranken-Notfall-Leistungen
	Art. B.4: Kur- und Erholungstagegeld
	Art. B.5: Operationsgeld
Wann sind die Leistungen des Versicherers fällig?	Art. B.6: Anspruchstellung, Fälligkeit der Versicherungsleistung Verjährung

Abschnitt C: Begrenzungen des Versicherungsschutzes

In welchen Fällen zahlt der Versicherer nicht?	Art. C.1: Einschränkung des Versicherungsschutzes
	Art. C.2: Ende des Versicherungsschutzes

Abschnitt D: Pflichten des Versicherungsnehmers

Wann ist der Beitrag zu bezahlen?	Art.D.1: Beiträge, Gebühren und Abgaben
Was ist bei Nichtbezahlung des Beitrages zu beachten?	Art.D.2: Zahlungsverzug und dessen Folgen
Was ist vor Abschluss der Versicherung zu beachten?	Art.D.3: Obliegenheiten
	1. Anzeigepflicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages 2. Folgen der Verletzung der Anzeigepflicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages
Was ist während des Bestehens der Versicherung zu beachten?	3. Pflichten des Versicherungsnehmers und des Versicherten während des Bestehens des Versicherungsvertrages
	4. Folgen der Verletzung von Pflichten während des Bestehens des Versicherungsvertrages
Wann gehen Ansprüche gegenüber	Art. D.4: Ansprüche gegen Dritte Dritten auf den Versicherer über?

Abschnitt E: Vertragsdauer, Ende des Versicherungsvertrages

Was gilt als Vertragsdauer?	Art. E.1: Vertragsdauer
Unter welchen Voraussetzungen und wann kann der Versicherungsvertrag durch den Versicherungsnehmer gekündigt werden?	Art. E.2: Kündigung
	Art. E.3: Kündigung durch den Versicherer
	Art. E.4: Sonstige Beendigungsgründe

Abschnitt F: Sonstige Vertragsbestimmungen

Wie und an welcher Stelle sind Erklärungen und Anzeigen abzugeben?	Art. F.1: Form von Willenserklärungen und Anzeigen
Wo können Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag gerichtlich geltend gemacht werden?	Art. F.2: Erfüllungsort, Gerichtsstand
Unter welchen Voraussetzungen nimmt der Versicherer Änderungen der Versicherungsleistungen bzw. eine Anpassung des Beitrages vor?	Art. F.3: Änderung der Versicherungsleistungen, Anpassung des Beitrages
Wann besteht Anspruch auf Gesundenbonus?	Art. F.4: Gesundenbonus
Welche Gebühren werden berechnet?	Art. F.5: Gebühren, Mehraufwendungen
Welches Recht kommt zur Anwendung? Wer ist die zuständige Aufsichtsbehörde?	Art. F.6: Anwendbares Recht, Aufsichtsbehörde

Abschnitt A: Versicherungsschutz

Artikel A.1 Gegenstand der Versicherung

Der Versicherte hat im Versicherungsfall Anspruch auf Versicherungsschutz im Rahmen der antragsgemäß gewählten Leistung(sart)en und Versicherungssummen. Die Leistung(sart)en, die versichert werden können, ergeben sich aus Abschnitt B. Aus der Versicherungsurkunde ist ersichtlich, welche Leistung(sart)en und Versicherungssummen auf Grund des Antrages versichert sind.

Artikel A.2 Versicherungsfall

1. Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung und/oder eine Operation des Versicherten wegen Krankheit oder Unfall. 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 ein neuer Versicherungsfall.
2. Als Versicherungsfall gelten auch:
 - die Entbindung einschließlich der wegen Schwangerschaft erforderlichen Untersuchungen sowie die damit im Zusammenhang stehende medizinisch notwendige Heilbehandlung und
 - allfällige sonstige in den gewählten Leistung(sart)en definierte Ereignisse.
3. Krankheit ist ein nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft anomaler körperlicher oder geistiger Zustand.
4. 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.
5. 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.

6. Operation ist ein medizinisches Behandlungsverfahren, das durch einen chirurgischen Eingriff zu diagnostischen oder therapeutischen Zwecken in den Körper des Versicherten nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft geeignet erscheint, die Gesundheit wiederherzustellen, den anomalen körperlichen Zustand zu bessern oder eine Verschlechterung zu verhindern. Nicht als Operation gelten jedenfalls Blutabnahmen, Injektionen in jeder Form sowie das Setzen von Blutgefäßzugängen.

Artikel A.3 Örtlicher Geltungsbereich

1. Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Versicherungsfälle innerhalb der Europäischen Union, Liechtenstein, Norwegen und der Schweiz. Tritt der Versicherungsfall während eines maximal zwei Monate dauernden Aufenthaltes außerhalb des genannten Geltungsbereiches ein, so besteht für eine Heilbehandlung innerhalb eines Versicherungsjahres Versicherungsschutz für einen Monat ab Beginn dieser Heilbehandlung.

2. Für Operationsgeld (Artikel B.5) erstreckt sich der Versicherungsschutz ausschließlich auf Versicherungsfälle innerhalb der Europäischen Union, Liechtenstein, Norwegen und der Schweiz.

Artikel A.4 Versicherbare Personen

1. Versichert können nur gesunde Personen werden, die in Österreich ihren ordentlichen Wohnsitz und das 65. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Andere Personen können zu besonderen Bedingungen versichert werden.

2. Soweit dies der Tarif vorsieht, können Familienangehörige (Ehegatten, Lebensgefährten, Kinder) zu besonderen Bedingungen mitversichert werden, sofern bei Ihnen die Voraussetzungen des Punkt 1. erfüllt sind und sie mit dem Versicherten im gemeinsamen Haushalt leben. Kinder können längstens bis zur Vollendung ihres 19. Lebensjahres zu diesen besonderen Bedingungen mitversichert werden. Dies setzt jedoch voraus, dass alle im gemeinsamen Haushalt lebenden Kinder unter 19 Jahren versichert werden.

Artikel A.5 Abschluss des Versicherungsvertrages

1. Der Antragsteller ist sechs Wochen an seinen Antrag gebunden. Die Frist beginnt mit dem Tag der Antragstellung bzw. mit der Absendung des Antrages.

2. Die Annahme des Antrages kann auch von einer ärztlichen Untersuchung oder von der Beibringung eines ärztlichen Zeugnisses abhängig gemacht werden. Die Kosten trägt der Antragsteller.

3. Über die Antragsannahme entscheidet die Geschäftsleitung des Versicherers. Anträge können ohne Angabe von Gründen abgelehnt werden. Die Entscheidung ist dem Antragsteller schriftlich mitzuteilen. Mit der Zustellung (Aushändigung) der Versicherungsurkunde oder einer schriftlichen Annahmeerklärung gilt der Versicherungsvertrag als abgeschlossen.

Artikel A.6 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt, sobald der Versicherer die Annahme des Antrages schriftlich oder durch Zustellung der Versicherungsurkunde bestätigt und der Versicherungsnehmer den ersten Beitrag rechtzeitig bezahlt hat. Vor dem in der Versicherungsurkunde angegebenen Versicherungsbeginn besteht kein Versicherungsschutz.

Abschnitt B: Versicherbare Leistungen

Artikel B.1 Krankenhaustagegeld

1. Für jeden Tag einer stationären Heilbehandlung des Versicherten wird ein Krankenhaustagegeld in der in der Versicherungsurkunde angegebenen Höhe bezahlt.

2. Stationäre Heilbehandlung im Sinne dieser Bedingungen ist eine Heilbehandlung im Rahmen eines medizinisch notwendigen stationären Aufenthaltes in sanitätsbehördlich genehmigten 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 und 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. Kein Versicherungsschutz besteht für Aufenthalte in folgenden Anstalten (einschließlich deren Krankenabteilungen): in Anstalten und Abteilungen für Nerven- und/oder Geisteskranke mit Ausnahme deren selbständig geführten Abteilungen für Neurologie und Neurochirurgie, in Anstalten und Abteilungen für Lungen- und Tbc-Kranke, in Anstalten und Abteilungen, die auf Rehabilitation ausgerichtet sind, in Anstalten und Abteilungen für Alkohol- und Drogenabhängige, in Sanitätseinrichtungen des Bundesheeres, in Inquiritenspitälern, in Anstalten und Abteilungen für geistig abnorme Rechtsbrecher, in selbständigen Ambulatorien (auch wenn die durchzuführende Untersuchung oder Behandlung eine kurzfristige Unterbringung erforderlich macht), in Kuranstalten, Erholungs-, Diät- und Genesungsheimen, in Anstalten und Abteilungen für chronisch Kranke sowie in Anstalten und Abteilungen zur Pflege wegen Alters, Hinfälligkeit, Siechtums oder mangels häuslicher Pflege sowie in Tages- und Nachtkliniken.

4. Der Versicherer kann sich auf seine Leistungsfreiheit nach Punkt 3. nicht berufen, wenn die Dringlichkeit der stationären Heilbehandlung das Aufsuchen einer Krankenanstalt im Sinne des Punkt 2. nicht zulässt.

5. Bei einer medizinisch notwendigen Überführung in ein Krankenhaus zu stationärer Heilbehandlung und bei einem notwendigen Heimtransport werden die Kosten für Krankenwagen, Taxi oder öffentliche Verkehrsmittel ersetzt. Diese Transportkosten werden in nachgewiesener Höhe bis zum Doppelten des vereinbarten Krankenhaustagegeldes (siehe Punkt 1.) ersetzt.

6. Für weibliche Versicherte besteht bei einer Entbindung Anspruch auf ein Entbindungsgeld. Dieses Entbindungsgeld wird in Höhe des zehnfachen Krankenhaustagegeldes (siehe Punkt 1.) gewährt. Es ist an keinen stationären Aufenthalt gebunden; neben dem Entbindungsgeld besteht jedoch kein Anspruch auf Krankenhaustagegeld gemäß Punkt 1.

Sollte als Folge der Entbindung ein stationärer Krankenhausaufenthalt notwendig sein, so gelangt ab dem 11. Tag das Krankenhaustagegeld gemäß Punkt 1. zur Auszahlung.

Artikel B.2 Krankenhaustagegeld nach Unfall

1. Nach jedem Unfall des Versicherten wird für insgesamt 7 Tage stationäre Heilbehandlung ein Krankenhaustagegeld nach Unfall in der in der Versicherungsurkunde angegebenen Höhe bezahlt.

2. Der Abschluss sowie das Bestehen der Leistung(sart) Krankenhaustagegeld nach Unfall ist an den Bestand der in Artikel B.1 angeführten Leistung(sart) Krankenhaustagegeld gebunden.

Artikel B.3 Kranken-Notfall-Leistungen

1. Für diese Leistung(sart) gelten die "Bedingungen für die Kranken-Notfall-Leistungen im Rahmen der Krankenversicherung". Der Versicherer organisiert bzw. ersetzt gemäß der genannten Bedingungen die während eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes entstandenen und nachgewiesenen Kosten, sofern nicht von einem Sozialversicherungsträger Ersatz zu leisten ist oder von einem sonstigen Leistungsträger Ersatz geleistet wurde. Allfällige Vergütungen, auch wenn sie nachträglich erfolgen, sind auf die Leistungen des Versicherers anzurechnen bzw. diesem weiterzugeben.

2. Der Abschluss sowie das Bestehen der Leistung(sart) Kranken-Notfall-Leistungen ist an den Bestand der Leistung(sart) Krankenhaustagegeld gebunden.

Artikel B.4 Kur- und Erholungstagegeld

1. Der Versicherer leistet ein Kur- bzw. Erholungstagegeld in der in der Versicherungsurkunde angegebenen Höhe für jeden Aufenthaltstag in Kur- oder Sonderheilstätten, Rehabilitationszentren, Tuberkulose-Heilstätten, Erholungs- und Genesungsheimen, Kindererholungsheimen sowie in Jugenderholungsheimen und für selbstgewählte Landaufenthalte. Voraussetzung hierfür ist jedoch, dass durch einen Sozialversicherungsträger eine tägliche Zuschussleistung gewährt wird. Die bloße Bewilligung von Heilmitteln genügt jedoch nicht zur Inanspruchnahme des Kur- und Erholungstagegeldes.
2. Der Abschluss sowie das Bestehen der Leistung(sart) Kur- und Erholungstagegeld ist an den Bestand der in Artikel B.1 angeführten Leistung(sart) Krankenhaustagegeld sowie an das Bestehen einer gesetzlichen Sozialversicherung gebunden.

Artikel B.5 Operationsgeld

1. Nach einer Operation des Versicherten gemäß Artikel A.2 Punkt 6. leistet der Versicherer ein Operationsgeld in der in der Versicherungsurkunde angegebenen Höhe. Für Operationen aus den Bereichen Zahn- und Kieferheilkunde sowie Dermatologie gilt als Voraussetzung für eine Leistung ein mindestens 24-stündiger operationsbedingter Spitalaufenthalt des Versicherten.
2. Das Operationsgeld wird pro Tag nur einmal geleistet, auch wenn mehrere Körperteile bzw. Organe von einer oder mehreren Operationen betroffen sind.
3. Ist die Operation des Versicherten mit einer operationsbedingten stationären Heilbehandlung verbunden, so leistet der Versicherer ab dem 11. Tag des stationären Krankenhausaufenthaltes, neben dem Krankenhaustagegeld (Artikel B.1), zusätzlich ein Zehntel des in der Versicherungsurkunde angegebenen Operationsgeldes pro Tag.
4. Finden mehrere Operationen an verschiedenen Tagen während des stationären Krankenhausaufenthaltes statt, wird für jede Operation das vereinbarte Operationsgeld geleistet.
5. Der Abschluss sowie das Bestehen der Leistung(sart) Operationsgeld ist an den Bestand der in Artikel B.1 angeführten Leistung(sart) Krankenhaustagegeld gebunden.

Artikel B.6 Anspruchstellung, Fälligkeit der Leistung, Verjährung

1. Die Versicherungsleistung ist mit Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung(en) des Versicherers nötigen Erhebungen fällig. Die Fälligkeit tritt jedoch unabhängig davon ein, wenn der Versicherungsnehmer nach Ablauf von zwei Monaten seit dem Begehren nach einer Leistung eine Erklärung des Versicherers verlangt, aus welchen Gründen die Erhebungen noch nicht beendet werden konnten und der Versicherer diesem Verlangen nicht binnen eines Monats entspricht.
2. Die Auszahlung der Versicherungsleistung aus den Leistungsarten Krankenhaustagegeld, Krankenhaustagegeld nach Unfall und Operationsgeld erfolgen gegen Vorlage von saldierten Originalrechnungen, Aufenthaltsbestätigungen oder ärztlichen Bestätigungen. Diese Belege müssen den Vor- und Zunamen, die Adresse, die Versicherungsnummer, das Geburtsdatum der behandelten Person sowie die Bezeichnung der Krankheit, der Unfallverletzung bzw. der Art der Operation und der erbrachten Leistungen und die Daten der Behandlungen enthalten. Ist der Versicherte noch anderweitig (gesetzlich oder privat) krankenversichert, können auch Zweitschriften samt der dazugehörigen Abrechnung oder detaillierte Abrechnungen der anderen Versicherer vorgelegt werden. Bei einer häuslichen Entbindung erfolgt die Auszahlung der Versicherungsleistung aufgrund einer standesamtlichen Geburtsurkunde.
3. Versicherungsleistungen aus der Leistungsart Kur- und Erholungstagegeld erfolgen gegen Vorlage einer von der Verwaltung der Kur- oder Sonderheilstätte, des Rehabilitationszentrums, der Heilstätte, des Heimes oder der Aufenthaltsgemeinde ausgestellten Aufenthaltsbestätigung und des Bewilligungsbescheides der Pflichtversicherung.
4. Ansprüche auf Versicherungsleistung aus der Leistungsart Kranken-Notfall-Leistungen sind spätestens einen Monat nach Beendigung der jeweiligen Reise durch Vorlage der quittierten Originalrechnung bzw. sonstiger Belege geltend zu machen. Der Versicherer kann verlangen,

dass Belegen, die nicht in deutscher Sprache abgefasst sind, eine amtliche deutsche Übersetzung beigelegt wird.

Die Kosten für das Ausstellen von Bescheinigungen sowie gegebenenfalls die Erstellung von Gutachten und Übersetzungen werden vom Versicherer getragen.

5. Soweit die Versicherung auf eine andere Person als den Versicherungsnehmer genommen ist, hat diese Person als Versicherter an den Versicherer einen unmittelbaren Anspruch auf diejenigen Leistungen, die bei einem Versicherungsfall in seiner Person zu erbringen sind.

6. Die Belege gehen in das Eigentum des Versicherers über.

7. Die Kosten für Übersetzungen (ausgenommen Punkt 4) sowie die Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistung sind vom Versicherungsnehmer zu tragen.

8. Für Behandlungen im Ausland sind alle Bestimmungen dieser Versicherungsbedingungen über die Inanspruchnahme österreichischer Ärzte sowie österreichischer Sanitätseinrichtungen sinngemäß anzuwenden. Die Leistungen werden im Inland in EURO (ATS) erbracht. Allfällige in ausländischer Währung entstandene Kosten werden zum Devisenmittelkurs der Wiener Börse des letzten Behandlungstages umgerechnet.

9. Die Ansprüche auf Versicherungsleistungen können ohne Zustimmung des Versicherers weder verpfändet noch abgetreten werden.

10. 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.

11. Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Steht der Anspruch einem Dritten zu, so beginnt die Verjährung 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 zehn Jahren.

ABSCHNITT C: Begrenzungen des Versicherungsschutzes

Artikel C.1 Einschränkung des Versicherungsschutzes

1. Vom Versicherungsschutz ausgenommen sind Heilbehandlungen, die vor Versicherungsbeginn begonnen haben. Für Schwangerschaften, die vor Versicherungsbeginn eingetreten sind, besteht kein Versicherungsschutz.

2. Krankheiten und Unfallfolgen, die vor Versicherungsbeginn entstanden sind, aber erst nach Versicherungsbeginn zu einer Heilbehandlung oder Operation führen, sind nur nach Maßgabe von Punkt 5. und Artikel D.3 in den Versicherungsschutz einbezogen.

Nach Ablauf von drei Jahren nach Vertragsabschluss, Abänderungen oder Wiederinkraftsetzung der Versicherung kann der Versicherer von den Bestimmungen des Artikel D.3 keinen Gebrauch machen, es sei denn, dass die Anzeigepflicht arglistig verletzt worden ist.

3. Krankheiten und Unfallfolgen gemäß Punkt 1. und 2. können zu besonderen Bedingungen (höherer Beitrag) in den Versicherungsschutz eingeschlossen werden.

4. Kein Versicherungsschutz besteht

- für kosmetische Behandlungen und kosmetische Operationen sowie deren Folgen, soweit diese Maßnahmen nicht der Beseitigung von Unfallfolgen dienen;
- für Krankheiten und Unfälle, die als Folge eines missbräuchlichen Genusses von Alkohol oder Suchtgiften sowie missbräuchlicher Verwendung von Medikamenten eintreten;
- für Entziehungsmaßnahmen und Entziehungskuren;
- für Anhaltung wegen Selbst- oder Fremdgefährdung;
- für Krankheiten und Unfälle sowie deren Folgen, die durch aktive Beteiligung an Unruhen, durch schuldhaftige Beteiligung an Schlägereien oder bei der Begehung einer gerichtlich strafbaren Handlung, die Vorsatz voraussetzt, entstehen;
- für auf Vorsatz des Versicherungsnehmers oder der Versicherten beruhenden Krankheiten und Unfälle, einschließlich deren Folgen; hat der Versicherungsnehmer die Krankheit oder den Unfall eines Versicherten vorsätzlich herbeigeführt, so bleibt der

Versicherer diesem gegenüber zur Leistung verpflichtet; es besteht jedoch für den Versicherer ein Regressrecht gegenüber dem Versicherungsnehmer;

- für Krankheiten und Unfälle sowie deren Folgen, die durch Kriegsereignisse jeder Art, einschließlich Neutralitätsverletzungen, entstehen;
- für Maßnahmen der Heilpädagogik, der physikalischen Therapie, der Logopädie und der Heilgymnastik;

5. Für Heilbehandlungen von Krankheiten und Unfallfolgen, die vom Versicherungsnehmer bzw. vom Versicherten vor Abschluss des Versicherungsvertrages angegeben wurden, kann der Versicherungsschutz nur durch ausdrückliche schriftliche Erklärung des Versicherers ausgeschlossen werden.

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

Artikel C.2 Ende des Versicherungsschutzes

Mit der Beendigung des Versicherungsvertrages (siehe auch Abschnitt E) endet der Versicherungsschutz und damit auch der Anspruch auf die vereinbarten Leistungen.

Abschnitt D: Pflichten des Versicherungsnehmers

Artikel D.1 Beitrag

1. Die Beiträge sind Jahres- oder einmalige Beiträge, die für den Versicherer kostenfrei zu bezahlen sind (siehe auch Artikel F.2 Punkt 1.).

Die Beiträge können nach Vereinbarung auch in halbjährlichen, vierteljährlichen oder monatlichen Raten bezahlt werden. Wird Ratenzahlung vereinbart, so hat der Versicherer gleichwohl mit Beginn des Versicherungsjahres Anspruch auf den gesamten Jahresbeitrag; die nach der ersten Beitragsrate zu zahlenden Raten sind bis zu den in der Vereinbarung festgelegten Fälligkeitsterminen gestundet.

Im Versicherungsfall sind die offenen Raten des laufenden Versicherungsjahres zu bezahlen.

2. Das Eintrittsalter ist die Differenz zwischen dem Jahr des Versicherungsbeginns und dem Geburtsjahr.

3. Für Ehepaare (Lebensgefährten) wird ein ermäßigter Beitrag angeboten. Er gilt nur solange, als beide Partner nach dem gleichen Tarif unter einer Versicherungsurkunde versichert sind.

4. Hat ein (mit)versichertes Kind das 19. Lebensjahr vollendet, so sind ab Beginn des nächstfolgenden Versicherungsjahres Beiträge in der Höhe zu bezahlen, wie sie für erwachsene Personen zu entrichten sind.

5. Sind mehr als drei Kinder unter 19 Jahren unter einer Versicherungsurkunde mitversichert, so werden der Beitragsberechnung dennoch nur drei Kinder zu Grunde gelegt.

Artikel D.2 Zahlungsverzug und dessen Folgen

1. Erstbeitrag:

Der erste Beitrag ist vom Versicherungsnehmer gegen Aushändigung der Versicherungsurkunde und Aufforderung zur Beitragszahlung innerhalb von 14 Tagen zu zahlen (Einlösung der Versicherungsurkunde).

Ist der erste Beitrag zur Zeit des Eintritts des Versicherungsfalles und nach Ablauf der vorgenannten Frist noch nicht gezahlt, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, es sei denn, dass der Versicherungsnehmer an der rechtzeitigen Zahlung des Beitrages ohne sein Verschulden gehindert war.

Darüber hinaus kann der Versicherer vom Vertrag zurückzutreten, solange die Zahlung nicht bewirkt ist. Es gilt als Rücktritt, wenn der Anspruch auf den Beitrag nicht innerhalb dreier Monate vom Fälligkeitstag an gerichtlich geltend gemacht wird.

2. Folgebeitrag:

Folgebeiträge sind jeweils zu dem in der Versicherungsurkunde angegebenen Fälligkeitstag zu bezahlen.

Wird ein Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, so kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten schriftlich eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen

bestimmen. Tritt der Versicherungsfall nach dem Ablauf dieser Frist ein und ist der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung des Folgebeitrages in Verzug, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, es sei denn, dass der Versicherungsnehmer an der rechtzeitigen Zahlung des Beitrages ohne sein Verschulden gehindert war.

Darüber hinaus kann der Versicherer nach dem Ablauf der Frist das Versicherungsverhältnis ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen, wenn der Versicherungsnehmer mit der Zahlung in Verzug ist. Die Kündigung kann bereits mit der Zahlfrist verbunden werden, so dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer in diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist.

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, sofern nicht bereits der Versicherungsfall eingetreten ist.

3. Im Übrigen gelten für die Folgen nicht rechtzeitiger Beitragszahlung die §§ 38, 39 und 39a des Versicherungsvertragsgesetzes.

Artikel D.3 Obliegenheiten

1. Anzeigepflicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages

Der Versicherungsnehmer und der Versicherte haben bei der Antragstellung und zwischen Antragstellung und Zustellung (Aushändigung) der Versicherungsurkunde alle erheblichen Gefahrenumstände anzuzeigen. Jeder

Gefahrenumstand, nach dem der Versicherer ausdrücklich und genau umschrieben in schriftlicher Form gefragt hat, gilt im Zweifel als erheblich.

2. Folgen der Verletzung der Anzeigepflicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages

2.1 Hat der Versicherungsnehmer oder ein Versicherter die Anzeigepflicht über erhebliche Gefahrenumstände schuldhaft verletzt, so kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten. Die Anzeigepflicht ist auch dann verletzt, wenn Fragen um Gefahrenumstände unvollständig beantwortet werden.

2.2 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.

2.3 Tritt der Versicherer zurück, nachdem der Versicherungsfall eingetreten ist, so bleibt seine Verpflichtung zur Leistung gleichwohl 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 Versicherungsschutz erstreckt sich jedoch keinesfalls über den Zeitpunkt des Rücktrittes. Der Versicherer kann die Rückzahlung der Leistungen verlangen, die sich auf Tatsachen beziehen, die zum Rücktritt geführt haben.

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

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

2.6 Bei schuldloser Verletzung der Anzeigepflicht kann der Versicherer, wenn der Geschäftsplan bei Vorliegen der ihm unbekannt gebliebenen Gefahrenumstände einen höheren Beitrag vorsieht, vom Beginn der laufenden Versicherungsperiode an den entsprechend höheren Beitrag verlangen.

3. Pflichten des Versicherungsnehmers und des Versicherten während des Bestehens des Versicherungsvertrages

3.1 Der Versicherungsnehmer, der Versicherte oder dessen Hinterbliebene 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, sich auf Verlangen des Versicherers durch einen von diesem beauftragten Arzt untersuchen zu lassen, und

- die Verpflichtung des Versicherungsnehmers, des Versicherten oder dessen Hinterbliebene, vom Versicherer geforderte Unterlagen diesem zur Verfügung zu stellen sowie – falls dies nicht bereits im Antrag erfolgt ist – Dritte (z.B. Ärzte, Gemeinschaftseinrichtungen der Versicherungsunternehmen, Behörden) von ihrer ärztlichen oder sonstigen Schweigepflicht gegenüber dem Versicherer und gegenüber der Organisation, welche einen medizinisch notwendigen Rücktransport durchführt, zu entbinden.

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

4. Folgen der Verletzung von Pflichten während des Bestehens des Versicherungsvertrages

4.1 Verletzt der Versicherungsnehmer oder der Versicherte die Auskunftspflicht des Artikel D.3 Punkt 3.1 so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur 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.

4.2 Werden die in Artikel D.3 Punkt 3.2 genannten Obliegenheiten schuldhaft verletzt, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Erbringung von Summenleistungen, wie z.B.

Krankenhaustagegeld, Kur- und Erholungstagegeld oder Operationsgeld 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.

Artikel D.4 Ansprüche gegen Dritte

1. Bestehen für einen Versicherungsfall neben dem Anspruch gegen den Versicherer gleichartige Ansprüche gegenüber dritten Personen oder öffentlich-rechtlichen oder privaten Versicherungsträgern, so gehen diese Ansprüche insoweit auf den Versicherer über, als dieser die Kosten ersetzt. Der Anspruchsberechtigte ist verpflichtet, diese Abtretung auf Verlangen dem Versicherer schriftlich zu bestätigen.

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

3. Die Punkte 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 Anspruches 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.

Abschnitt E: Vertragsdauer, Ende des Versicherungsvertrages

Artikel E.1 Vertragsdauer

Der Versicherungsvertrag wird auf unbestimmte Zeit abgeschlossen.

Artikel E.2 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

1. Der Versicherungsnehmer hat das Recht, den Versicherungsvertrag zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von einem Monat zu kündigen.

2. Das Versicherungsjahr richtet sich nach dem ursprünglichen Versicherungsbeginn.
3. Die Kündigung muss schriftlich erfolgen und ist an die Geschäftsleitung des Versicherers zu richten.
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.
5. Werden Beiträge erhöht oder Leistungen vermindert (Artikel D.3 Punkt 2.6) hat der Versicherungsnehmer das Recht, den Versicherungsvertrag hinsichtlich der betroffenen Personen innerhalb eines Monats vom Zugang der Mitteilung über die Änderung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung zu kündigen.
6. Wird ein Versicherungsnehmer oder ein Versicherter in eine Pflegeanstalt für chronisch Kranke aufgenommen, so hat der Versicherungsnehmer das Recht, den Versicherungsvertrag zum Ende des Monats zu kündigen, in welchem er die Aufnahme in eine solche Anstalt nachweist.

Artikel E.3 Kündigung durch den Versicherer

1. Wenn der Versicherungsnehmer oder ein Versicherter durch wissentlich falsche Angaben, insbesondere durch Vortäuschung einer Krankheit, Versicherungsleistungen erschleicht oder zu erschleichen versucht oder bei einer solchen Handlung mitwirkt, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei und hat das Recht, den Versicherungsvertrag fristlos zu kündigen. Das gleiche gilt, wenn der Versicherte im Krankheitsfall den vom Arzt oder vom Versicherer gegebenen zumutbaren Verhaltensmaßregeln vorsätzlich oder grob fahrlässig nicht Folge leistet.
2. Kündigt der Versicherer den Versicherungsvertrag hinsichtlich einzelner Personen, hat der Versicherungsnehmer das Recht, den Versicherungsvertrag hinsichtlich der übrigen Personen innerhalb einer Frist von einem Monat zum gleichen Termin zu kündigen.

Artikel E.4 Sonstige Beendigungsgründe

1. Der Versicherungsvertrag endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die Versicherten haben jedoch das Recht, den Versicherungsvertrag unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tod des Versicherungsnehmers abzugeben.
2. Im Falle des Todes eines (Mit-)Versicherten endet der Versicherungsschutz hinsichtlich dieser Person.
3. Der Versicherungsvertrag endet ferner durch Verlegung des Wohnsitzes des Versicherungsnehmers oder des Versicherten ins Ausland, es sei denn, dass eine andere Vereinbarung getroffen wird. Die Bestimmungen des Punkt 1. gelten sinngemäß.

Abschnitt F: Sonstige Vertragsbestimmungen

Artikel F.1 Form der Willenserklärungen und Anzeigen

1. Alle für den Versicherer bestimmten Anzeigen und Erklärungen sind schriftlich abzufassen und an die Geschäftsleitung des Versicherers zu richten.
2. Hat der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder dauernden Aufenthalt gewechselt, dies aber nicht dem Versicherer mitgeteilt, so genügt zur Rechtswirksamkeit von Willenserklärungen des Versicherers dem Versicherungsnehmer gegenüber die Absendung des Briefes an die letzte dem Versicherer bekannt gegebene Anschrift. Die Erklärung wird zu dem Zeitpunkt wirksam, zu dem sie dem Versicherungsnehmer ohne Wohnsitz- oder Aufenthaltsänderung bei regelmäßiger Beförderung zugegangen wäre.

Artikel F.2 Erfüllungsort, Gerichtsstand

1. Erfüllungsort für die beiderseitigen Verpflichtungen aus dem Versicherungsvertrag, insbesondere jene der Beitragszahlung sowie der Versicherungsleistung, ist jeweils der Sitz des Versicherers.

2. Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Sitz des Versicherers oder bei dem Gericht geltend gemacht werden, in dessen Sprengel der Versicherungsnehmer bzw. Versicherte seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland hat.

Artikel F.3 Änderung der Versicherungsleistungen; Anpassung des Beitrages

1. Der Versicherer ist gemäß § 178f Versicherungsvertragsgesetz berechtigt, nach Vertragsabschluss den Beitrag einseitig zu erhöhen oder den Versicherungsschutz einseitig zu ändern, wenn eine bleibende nicht vorhersehbare Änderung des Leistungsbedarfes gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen eintritt.

Als für Änderungen des Beitrages oder des Versicherungsschutzes maßgebende Umstände im Sinne des § 178f Versicherungsvertragsgesetz gelten die Veränderungen folgender Faktoren:

- die durchschnittliche Lebenserwartung;
- die Häufigkeit der Inanspruchnahme von Leistungen nach Art der vertraglich vorgesehenen und deren Aufwendigkeit, bezogen auf die zu diesem Tarif Versicherten;
- das Gesundheitswesen oder die dafür geltenden gesetzlichen Bestimmungen.

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

3. Erhöht der Versicherer den Beitrag, so hat er dem Versicherungsnehmer auf dessen Verlangen die Fortsetzung des Vertrages mit höchstens gleichbleibendem Beitrag und angemessen geänderten Leistungen anzubieten.

Artikel F.4 Gesundenbonus

Ein Anspruch auf Gesundenbonus besteht, wenn in drei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren pro Vertrag

kein Versicherungsfall eingetreten ist. Fällt der Versicherungsbeginn in das erste

Kalenderhalbjahr, zählt dieses Jahr als volles Kalenderjahr. Der Gesundenbonus beträgt 3

Monatsbeiträge und wird ab dem 4. Kalenderjahr und danach für jedes weitere Kalenderjahr, in dem kein Versicherungsfall eingetreten ist, als Gutschrift auf die fälligen Beiträge angerechnet

bzw. rückerstattet. Tritt danach ein Versicherungsfall ein, besteht Anspruch auf Gesundenbonus erst wieder nach Ablauf von 3 aufeinanderfolgenden leistungsfreien Kalenderjahren. Der Gesundenbonus ist längstens bis 1. Juli des darauffolgenden Kalenderjahres zu erbringen.

Voraussetzung für die Erbringung des Gesundenbonus ist außerdem, dass gegenständlicher Versicherungsvertrag zum Zeitpunkt der Bonusausschüttung aufrecht und die Beiträge laufend bezahlt sind.

Artikel F.5 Gebühren, Mehraufwendungen

1. Allfällige Gebühren und Abgaben aus dem Versicherungsvertrag trägt der Versicherungsnehmer. Es werden jedoch nur gesetzlich vorgeschriebene Abgaben, Portospesen und Gebühren für Mehraufwendungen, die der Versicherungsnehmer veranlasst, berechnet.

Derartige Mehraufwendungen sind beispielsweise

- eine "Erlagschein-/Zahlscheingebühr" bei Zahlung des Beitrages mit Erlagschein;
- die uns verrechnete Rückbuchungsgebühr nach Widerruf oder Nichteinlösung einer uns erteilten Einzugsermächtigung;
- die üblichen Kosten der Mahnung bei Zahlungsverzug;
- die dem Versicherer verrechneten Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistung;
- die Kosten der Ausstellung einer Ersatzurkunde bei Verlust der Versicherungsurkunde;
- die ortsüblichen Kosten der Anfertigung von Kopien aus der Vertragskorrespondenz;
- die Kosten der Durchführung von nach dem Vertrag nicht geschuldeten Vertragsänderungen.

2. Aus der Nichtgeltendmachung von Kosten derartiger Mehraufwendungen, auch über einen längeren Zeitraum hinweg, kann kein Verzicht für die Zukunft abgeleitet werden.

Artikel F.6 Versicherungsaufsichtsbehörde, Vertragsstreitigkeiten

1. Auf diesen Vertrag kommt österreichisches Recht zur Anwendung.

Zuständige Aufsichtsbehörde: Bundesministerium für Finanzen, Johannesgasse 14, A-1015 Wien.

2. Lehnt der Versicherer eine Leistung aus dem Vertrag ab, so ist er von der Verpflichtung zur Leistung endgültig frei, wenn nicht innerhalb eines Jahres beim zuständigen Gericht Klage eingebracht wird. Diese Frist beginnt zu laufen, sobald der Versicherer die Leistung schriftlich ablehnt und gleichzeitig auf die Rechtsfolgen dieser Fristversäumnis hingewiesen hat.

Letzte Änderung am September 25, 2001

Bei Fragen zu dieser Seite wenden Sie sich bitte an die Betriebsorganisation der WVAG
[\(WVBO\)](#) Tel.: (0662) 6386-629

Bei technischen Fragen wenden Sie sich bitte an den [Webmaster](#) Tel.: (0662) 6386-655
