

Vertragsgrundlagen zur Krankenversicherung

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und
Krankenhaustagegeldversicherung (AVBKV 2004)
in der Fassung 07/2012
Ergänzende Versicherungsbedingungen für Tarife der Krankenversicherung

Unter den Flügeln des Löwen.



**Sehr geehrte Kundin,
sehr geehrter Kunde,**

die Generali ist eines der führenden Versicherungsunternehmen in Österreich. Und auch international zählen wir zu den ganz Großen.

Wir wissen, dass die Basis für die Nachhaltigkeit unseres Erfolges einzig und allein im Kundenvertrauen liegt. Dieses Vertrauen erlangt man nur durch erstklassige, kompetente Betreuung, individuelle Produktlösungen und überzeugende Servicequalität.

Unser Anspruch ist es, die Wünsche, Ziele und Pläne unserer Kunden zu erkennen und bestmöglich zu erfüllen.

Es ist uns ein besonders wichtiges Anliegen, noch mehr Transparenz hinsichtlich der Vertragsgrundlagen für Sie zu erreichen und damit Ihr Vertrauen in die von uns angebotenen Versicherungsprodukte zu bestärken.

Daher finden Sie auf den folgenden Seiten die Bedingungen, welche Ihrem Versicherungsvertrag zu Grunde liegen.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre Generali



Danke. Für Ihr Vertrauen.



Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVBKV 2004) in der Fassung 07/2012

DER VERSICHERUNGSSCHUTZ

§ 1	Gegenstand und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes	6
§ 2	Abschluss des Versicherungsvertrages	6
§ 3	Beginn des Versicherungsschutzes	7
§ 4	Wartezeiten	7
§ 5	Art und Umfang des Versicherungsschutzes	8
	A) Leistungen für ambulante Heilbehandlung	8
	B) Leistungen für stationäre Heilbehandlung	8
	C) Gemeinsame Bestimmungen	9
§ 6	Einschränkung des Versicherungsschutzes	9
§ 7	Auszahlung der Versicherungsleistungen	10
§ 8	Ruhen des Versicherungsschutzes	11
§ 9	Ende des Versicherungsschutzes	11

PFLICHTEN DES VERSICHERUNGSNEHMERS

§ 10	A) Prämien, Gebühren und Abgaben	11
	B) Zahlungsverzug und dessen Folgen.	11
§ 11	Obliegenheiten	12
	A) Anzeigepflicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages	12
	B) Folgen der Verletzung der Anzeigepflicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages	12
	C) Obliegenheiten des Versicherungsnehmers und des Versicherten während des Bestehens des Versicherungsvertrages	13
	D) Folgen der Verletzung von Obliegenheiten während des Bestehens des Versicherungsvertrages	13
§ 12	Ansprüche gegen Dritte	13

ENDE DES VERSICHERUNGSVERTRAGES

§ 13	Kündigung durch den Versicherungsnehmer	14
§ 14	Kündigung durch den Versicherer	14
§ 15	Sonstige Beendigungsgründe	14

SONSTIGE BESTIMMUNGEN

§ 16	Form von Willenserklärungen und Anzeigen	15
§ 17	Erfüllungsort, Gerichtsstand	15
§ 18	Änderung des Versicherungsschutzes und der Prämie	15
§ 19	Gewinnbeteiligung/Prämienrückvergütung	16

Ergänzende Versicherungsbedingungen für den Versicherungsschutz für die Kosten ambulanter Heilbehandlung inkl. Ganzheits- und Alternativmedizin – MedCare: Privatarzt und Alternative Vorsorge (Tarife AD/AN/AS)	18
Ergänzende Versicherungsbedingungen für die Krankenhaustagegeldversicherung – MedCare: Krankenhaus-Tagegeld (Tarif TE/TEU)	20
Ergänzende Versicherungsbedingungen für die Krankenhauskostenversicherung nach Unfällen – MedCare: Sonderklasse nach Unfall (Tarif SKU)	23
Ergänzende Versicherungsbedingungen für die Krankenhauskostenversicherung nach Unfällen, Krankenhaustagegeld bei Krankheit sowie Option auf Krankenhauskostenversicherung bei Krankheit – MedCare: Sonderklasse nach Unfall mit Option (Tarif SO)	26
Ergänzende Versicherungsbedingungen für den Versicherungsschutz auf Reisen – MedReise (Tarif 2RE) und MedReise Plus (Tarif 2RF)	29
Ergänzende Versicherungsbedingungen für die Gesundheitsvorsorge – Rundum gesund (Tarif 30V), Management-Checkup (Tarif 40V) und Rundum fit (Tarif 60V)	31
Ergänzende Versicherungsbedingungen für die Gesundheitsvorsorge – Aktiv gegen Krebs (Tarif 1V)	32
Ergänzende Versicherungsbedingungen für die Versicherung der Kosten stationärer und tagesklinischer Heilbehandlung – MedCare: Sonderklasse (Tarif SD)	33
Ergänzende Versicherungsbedingungen für die Versicherung der Kosten stationärer Heilbehandlung mit Selbstbehalt, ambulanter Operation sowie bei Kur oder Rehabilitation – MedCare: Sonderklasse mit Selbstbehalt (Tarife 1S/2S)	36
Ergänzende Versicherungsbedingungen für die Versicherung der Kosten für Kur und Rehabilitation – Kur und Rehabilitation (Tarif KD)	39
Ergänzende Versicherungsbedingungen für die Versicherung der Kosten von Zahnbehandlung, Zahnersatz und Vorsorge – MedCare: Zahn (Tarif ZD)	41
Ergänzende Versicherungsbedingungen für den Versicherungsschutz für ambulante Heilbehandlung, Kur, Rehabilitation und Anschlussheilverfahren sowie Zahnbehandlung – MedCare: Privatarzt und Alternative Vorsorge für Grenzgänger (Tarife 1AV/3AV)	42
Ergänzende Versicherungsbedingungen für die Krankengeldversicherung bei Arbeitsunfähigkeit nach stationärer Heilbehandlung – Krankengeld nach Spitalsaufenthalt (Tarif KS)	46
Ergänzende Versicherungsbedingungen für die Genesungshilfe (Tarif PK)	49
ANHANG	
Auszug aus wichtigen gesetzlichen Bestimmungen zu den Rücktrittsrechten gemäß §§ 5b und 5c VersVG	51
Information zur Datenanwendung (gemäß § 24 DSGVO)	53

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVBKV 2004) in der Fassung 07/2012

DER VERSICHERUNGSSCHUTZ

§ 1

Gegenstand und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherte hat im Versicherungsfall Anspruch auf Versicherungsschutz im Rahmen der gewählten Tarife.
- (2) a) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung des Versicherten wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung, er endet, wenn nach medizinischem Befund die Notwendigkeit der Heilbehandlung nicht mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolgen ausgedehnt werden, die mit der (den) bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängen, so entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall.

b) Als Versicherungsfälle gelten auch:
 - die Entbindung einschließlich der wegen der Schwangerschaft erforderlichen Untersuchungen sowie die damit im Zusammenhang stehende medizinisch notwendige Heilbehandlung;
 - sonstige im Tarif angeführte Versicherungsfälle.
c) Als Versicherungsfall gelten nicht:
 - kosmetische Behandlungen und Operationen und deren Folgen, soweit diese Maßnahmen nicht der Beseitigung von Unfallfolgen dienen, sowie Geschlechtsumwandlungen;
 - Zahnimplantationen und deren Folgen, soweit sie nicht Folge eines Unfalles sind, sowie auch damit im ursächlichen Zusammenhang stehende vorbereitende Maßnahmen;
 - nichtärztliche Hauspflege sowie Maßnahmen der Geriatrie, der Rehabilitation, und der Heilpädagogik;
 - alle Formen der künstlichen Befruchtung (z. B. In-Vitro-Fertilisation, Insemination);
 - sonstige im Tarif oder in der Polizza angeführte Fälle.
- (3) Heilbehandlung ist eine medizinische Behandlung, die nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft geeignet erscheint, die Gesundheit wiederherzustellen, den Zustand zu bessern oder eine Verschlechterung zu verhindern.
- (4) Krankheit ist ein nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft anormaler körperlicher oder geistiger Zustand.
- (5) Ein Unfall liegt vor, wenn der Versicherte durch ein plötzlich von außen auf seinen Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.
- (6) Versichert können nur gesunde Personen werden, die in Österreich ihren ordentlichen Wohnsitz haben. Andere Personen können zu besonderen Bedingungen versichert werden.
- (7) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Versicherungsfälle in der ganzen Welt, sofern der örtliche Geltungsbereich nicht anders bestimmt ist.

§ 2

Abschluss des Versicherungsvertrages

- (1) Versicherungsnehmer kann nur eine Person sein, die in Österreich ihren ordentlichen Wohnsitz hat.
- (2) Der Antragsteller ist sechs Wochen an seinen Antrag gebunden. Die Frist beginnt mit dem Tag der Antragstellung 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.
- (4) Über die Antragsannahme entscheidet die Geschäftsleitung des Versicherers. Anträge können ohne Angabe von Gründen abgelehnt werden. Die Entscheidung ist dem Antragsteller in geschriebener Form mitzuteilen. Mit dem Zugang der Polizza oder einer gesonderten Annahmeerklärung ist der Versicherungsvertrag abgeschlossen.
- (5) Bei neugeborenen Kindern, für die eine Anspruchsberechtigung gegenüber einem Träger der sozialen Krankenversicherung nicht besteht und auch nicht begründet werden kann, verzichtet der Versicherer in der Krankheitskostenversicherung unter folgenden Voraussetzungen auf das Recht der Ablehnung (Abs. 4) und auf einen Leistungsausschluss gemäß § 6 Abs. 1 und 2:

- der Versicherungsnehmer (ein Elternteil) ist selbst nach einem Tarif versichert, der dem für das Kind beantragten Versicherungsschutz entspricht;
 - die Mitversicherung des Kindes muss innerhalb zweier Monate nach der Geburt mit Wirkung ab dem Tag der Geburt beantragt werden;
 - bei Vorliegen eines erhöhten Risikos (körperliche oder geistige Beeinträchtigung) wird ein angemessener Prämien(Risiko-)zuschlag bezahlt.
- (6) Bei neugeborenen Kindern, für die eine Anspruchsberechtigung gegenüber einem Träger der sozialen Krankenversicherung besteht, verzichtet der Versicherer in der Krankheitskostenversicherung unter folgenden Voraussetzungen auf das Recht der Ablehnung (Abs. 4):
- der Versicherungsnehmer (ein Elternteil) ist selbst nach einem Tarif versichert, der dem für das Kind beantragten Versicherungsschutz entspricht;
 - die Mitversicherung des Kindes muss innerhalb zweier Monate nach der Geburt mit Wirkung ab dem Tag der Geburt beantragt werden;
 - wenn schon Kinder vorhanden sind, müssen alle im gemeinsamen Haushalt lebenden Kinder unter 18 Jahren im Anschluss an die Versicherung der Eltern schon versichert sein.

§ 3

Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt mit Abschluss des Versicherungsvertrages, jedoch nicht vor Bezahlung der ersten Prämie, nicht vor Ablauf der Wartezeiten und nicht vor dem in der Polizza bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn). Wird die Polizza nach diesem Zeitpunkt übermittelt, die Prämie sodann aber innerhalb von 14 Tagen bezahlt, so beginnt der Versicherungsschutz, abgesehen von den Bestimmungen über die Wartezeiten, mit dem in der Polizza bezeichneten Zeitpunkt. Das Versicherungsjahr wird ab dem Monatsersten jenes Monats berechnet, in das der Beginn des Versicherungsvertrages für den ersten Versicherten fällt (ursprünglicher Versicherungsbeginn).

§ 4

Wartezeiten

- (1) Die Wartezeiten werden ab Versicherungsbeginn, bei Erhöhung oder Ausweitung des Versicherungsschutzes ab dem Änderungszeitpunkt, gerechnet.
- (2) Die allgemeine Wartezeit beträgt 3 Monate.
- Sie entfällt:
- a) bei Unfällen.
Bauch- oder Unterleibsbrüche, die durch einen Unfall herbeigeführt oder verschlechtert worden sind, gelten nicht als Unfallfolgen.
 - b) bei folgenden akuten Infektionskrankheiten:
Röteln, Masern, Windpocken (Varicellen), Scharlach, Diphtherie, Keuchhusten, Mumps, spinale Kinderlähmung, Meningitis, Ruhr, Paratyphus, Flecktyphus (Fleckfieber), Typhus, Cholera, Pocken, Rückfallfieber, Malaria, Milzbrand, Rotlauf, Gelbfieber, Pest, Tularämie, Psittakose.
 - c) bei Mitversicherung von neugeborenen Kindern für Leistungen im Ausmaß der bestehenden Versicherung, wenn die Mitversicherung innerhalb zweier Monate nach der Geburt mit Wirkung vom Tag der Geburt beantragt wird.
 - d) bei Mitversicherung von Ehegatten bzw. eingetragener Partner 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 bzw. Begründung der eingetragenen Partnerschaft mit Wirkung vom Tag der Eheschließung bzw. Begründung der eingetragenen Partnerschaft beantragt wird.
- (3) Besondere Wartezeiten
- a) Die Bestimmungen über die allgemeine Wartezeit gelten, sofern in den Tarifen oder der Polizza keine besonderen Wartezeiten festgelegt sind.
 - b) Für Entbindungen einschließlich der wegen Schwangerschaft erforderlichen Untersuchungen sowie der mit der Schwangerschaft in Verbindung stehenden medizinisch notwendigen Heilbehandlung (§ 1 Abs. 2 lit. b) besteht Versicherungsschutz nach Ablauf einer Wartezeit von neun Monaten.
Wenn der Versicherungsnehmer beweist, dass die Schwangerschaft nachweislich nach dem Versicherungsbeginn eingetreten ist, besteht keine Wartezeit.
Es gilt als Nachweis, wenn der ärztlich errechnete Geburtstermin neun Monate nach Versicherungsbeginn liegt.

- (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 sozialen Krankenversicherung bisher Anspruchsberechtigte. Für stationäre Heilbehandlung besteht aber innerhalb der allgemeinen Wartezeit Versicherungsschutz höchstens im Ausmaß der Leistung aus der Pflichtversicherung. Die Voraussetzungen für 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 Antrag, den vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen, den Ergänzenden Versicherungsbedingungen der versicherten Tarife und der Polizze. Soweit dort Leistungen für ambulante und/oder stationäre Heilbehandlungen vorgesehen sind, gelten folgende Bestimmungen.

A) Leistungen für ambulante Heilbehandlung

- (2) Der Versicherte hat freie Wahl unter den niedergelassenen, zur selbständigen Ausübung des ärztlichen Berufes zugelassenen Ärzten, Zahnärzten und Dentisten. Bei medizinischer Notwendigkeit werden während eines Versicherungsfalles auch die Kosten der Beiziehung mehrerer Ärzte erstattet.
- (3) Die Kosten für Fahrten des Versicherten zu einem Arzt bzw. von diesem nach Hause werden nicht erstattet.
- (4) Bei Behandlung durch Ehegatten oder Lebensgefährten, Eltern oder Kinder des Versicherten werden nur die nachgewiesenen Sachkosten erstattet.
- (5) Die Kosten besonderer Untersuchungen (z.B. Laboratoriumsuntersuchungen, Röntgendiagnostik, Ultraschalluntersuchungen) und die Kosten ärztlich verordneter besonderer Heilbehandlungen (z.B. physikalische Heilbehandlung, Heilbäder) werden erstattet, wenn sie durch einen Arzt oder einen zur freiberuflichen Ausübung dieser Dienste Berechtigten durchgeführt wurden. Zusätzliche Kosten für Ordinationen oder Hausbesuche werden hierbei nicht vergütet.
- (6) Die Kosten ärztlich verordneter Heilbehelfe (Hilfsmittel) werden ersetzt. Als solche gelten z. B. Brillen, Kontaktlinsen, Bruchbänder, Gliederprothesen, Hörapparate, orthopädische Korsette, orthopädische Schuheinlagen und die orthopädische Ausstattung von Schuhen, Bandagen und Bauchmieder, nicht jedoch z. B. Irrigatoren, Inhalationsapparate, Milchpumpen, Mundduschen, Eisbeutel, Heizkissen, Fieberthermometer sowie alle sonst zur Körper- und Krankenpflege dienenden Apparate und Behelfe. Hat der Versicherer für Heilbehelfe Kostenersatz geleistet, so besteht ein neuerlicher Anspruch auf Leistung erst nach Ablauf der üblichen Nutzungsdauer, sofern nicht zu einem früheren Zeitpunkt aus medizinischen Gründen eine Neuanschaffung notwendig ist.

B) Leistungen für stationäre Heilbehandlung

- (7) 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 ständig 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 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.

- (8) Für eine stationäre Heilbehandlung im Sinne des Abs. 7 werden in den nachstehend angeführten Anstalten (oder Abteilungen von Anstalten) Leistungen nur insoweit erbracht, als der Versicherer diese vor Beginn in geschriebener Form zugesagt hat:
- in Anstalten die nicht ausschließlich nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft arbeiten oder in derartigen Abteilungen aller Krankenanstalten;
 - in Anstalten, in denen neben stationärer Heilbehandlung auch Rehabilitationsmaßnahmen oder Kurbehandlungen durchgeführt werden oder in derartigen Abteilungen aller Krankenanstalten;
 - in Anstalten, in denen neben stationärer Heilbehandlung auch Langzeitbehandlungen durchgeführt werden oder in derartigen Abteilungen aller Krankenanstalten;
 - in Anstalten, in denen auch Rekonvaleszente oder Pflegefälle aufgenommen werden oder in derartigen Abteilungen aller Krankenanstalten;
 - in Anstalten für Geriatrie (z. B. medizinische, neurologische, psychiatrische Geriatrie) oder in derartigen Abteilungen aller Krankenanstalten;

- in privaten Krankenanstalten außerhalb Österreichs;
 - in Anstalten für Nerven- und/oder Geistesranke und in Anstalten für Psychosomatik (mit Ausnahme von selbständig geführten Abteilungen für Neurologie und Neurochirurgie) oder in derartigen Abteilungen aller Krankenanstalten (mit Ausnahme von selbständig geführten Abteilungen für Neurologie und Neurochirurgie) und/oder in Zentren für seelische Gesundheit;
 - sowie in Anstalten für Lungenkranke oder in derartigen Abteilungen aller Krankenanstalten.
- (9) Kein Versicherungsschutz besteht für Aufenthalte in folgenden Anstalten (einschließlich deren Krankenabteilungen) oder in Abteilungen von Anstalten:
- in Anstalten, die vornehmlich auf Rehabilitation ausgerichtet sind oder in derartigen Abteilungen aller Krankenanstalten;
 - in Anstalten für Alkohol und Drogenabhängige oder in derartigen Abteilungen aller Krankenanstalten;
 - in Sanitätseinrichtungen des Bundesheeres;
 - in Inquisitenospitälern (oder Inquisitenabteilungen);
 - in Anstalten für geistig abnorme Rechtsbrecher oder in derartigen Abteilungen aller Krankenanstalten;
 - in selbständigen Ambulatorien (auch wenn die durchzuführende Untersuchung oder Behandlung eine kurzfristige Unterbringung erforderlich macht);
 - in Kuranstalten, Erholungs-, Diät- und Genesungsheimen;
 - in Anstalten für chronisch Kranke oder in derartigen Abteilungen aller Krankenanstalten;
 - in Anstalten zur Pflege wegen Alters, Hinfälligkeit, Siechtums oder mangels häuslicher Pflege oder in derartigen Abteilungen aller Krankenanstalten sowie
 - in Tag- oder Nachtkliniken.
- (10) Der Versicherer kann sich auf die Leistungsfreiheit nach Abs. 8 und 9 insoweit und solange nicht berufen, als die Dringlichkeit der stationären Heilbehandlung das Aufsuchen einer Krankenanstalt im Sinne des Abs. 7 bzw. die Einholung einer Zusage in geschriebener Form nach Abs. 8 vor Beginn der Behandlung nicht zulässt.
- (11) Bei einer medizinisch notwendigen Überführung in ein Krankenhaus zu stationärer Heilbehandlung und bei einem notwendigen Heimtransport werden die Kosten für Krankenwagen, Bahn- oder Autotaxi ersetzt.

C) Gemeinsame Bestimmungen

- (12) Als Operationskosten gelten das Honorar des Operateurs, des Anästhesisten, der bei der Operation assistierenden Ärzte und die Kosten der 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.
- (13) Als Kosten der Strahlentherapie gelten das Honorar des behandelnden Arztes und der Assistenz, die Kosten für die Benützung von Geräten, für strahlendes Material und sonstigen Sachaufwand sowie alle Nebenkosten.
- (14) Die Kosten der im Rahmen einer Heilbehandlung ärztlich verordneten, dem Arzneimittelgesetz entsprechenden und aus einer Apotheke bezogenen Arzneimittel (Heilmittel) werden ersetzt. Nicht erstattet werden die Kosten für alle nicht in Österreich registrierten Heilmittel. Bei Heilmittelbezug im Rahmen einer Heilbehandlung im Ausland gelten hinsichtlich der Registrierung die jeweils örtlichen Vorschriften.
Keinesfalls erstattet werden die Kosten für Heil- und Mineralwässer, Medizinalweine, Nähr- und Stärkungsmittel, geriatrische Mittel, Tonika und kosmetische Mittel.

§ 6

Einschränkung des Versicherungsschutzes

- (1) Vom Versicherungsschutz ausgenommen sind Heilbehandlungen, die vor Versicherungsbeginn begonnen haben.
- (2) Krankheiten und Unfallfolgen, die vor Versicherungsbeginn entstanden sind, aber erst nach Versicherungsbeginn zu einer Heilbehandlung führen, sind nur nach Maßgabe des Abs. 6 und des § 11 in den Versicherungsschutz einbezogen.
- (3) Für Krankheiten und Unfallfolgen, die während der allgemeinen Wartezeit (§ 4 Abs. 2) erstmalig behandelt worden sind, besteht bis zur Beendigung des Versicherungsfalles, längstens bis drei Jahre nach Abschluss, Abänderung oder Wiederinkraftsetzung des Versicherungsvertrages kein Versicherungsschutz; dasselbe gilt für Krankheiten, die mit diesen in einem unmittelbar ursächlichen Zusammenhang stehen.
Der Versicherer ist jedoch zur Leistung verpflichtet, wenn der Versicherungsnehmer oder der Versicherte beweist, dass die Krankheit erst nach Vertragsabschluss für ihn erkennbar wurde.
- (4) Kein Versicherungsschutz besteht
- für Krankheiten und Unfälle sowie deren Folgen, die aufgrund eines missbräuchlichen Genusses von Alkohol oder Suchtgiften eintreten oder verschlechtert werden oder deren Heilbehandlung infolge eines missbräuchlichen Genusses von Alkohol oder Suchtgiften wesentlich erschwert ist, sowie für Entziehungsmaßnahmen und Entziehungskuren;

- für Anhaltung bzw. Unterbringung wegen Selbst- oder Fremdgefährdung, sowie für die Heilbehandlung der Folgen von Selbstmordversuchen;
 - 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 des Versicherten beruhende Krankheiten und Unfälle, einschließlich deren Folgen; hat der Versicherungsnehmer die Krankheit oder den Unfall eines anderen Versicherten vorsätzlich herbeigeführt, so bleibt der Versicherer diesem gegenüber zur Leistung verpflichtet, der Schadenersatzanspruch des Versicherten an den Versicherungsnehmer geht jedoch auf den Versicherer über.
 - für Krankheiten und Unfälle sowie deren Folgen, die durch Kriegsereignisse jeder Art, einschließlich Neutralitätsverletzungen, entstehen.
- (5) Krankheiten und Unfallfolgen gemäß Abs. 1 bis 3 können zu besonderen Bedingungen (höhere Prämie, besondere Wartezeiten) in den Versicherungsschutz eingeschlossen werden.
- (6) Für die Heilbehandlung von Krankheiten und Unfallfolgen, die vom Versicherungsnehmer bzw. vom Versicherten vor Abschluss des Versicherungsvertrages angegeben wurden, kann der Versicherungsschutz nur durch eine ausdrückliche Erklärung des Versicherers in geschriebener Form 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, Zahnärzte oder Dentisten bzw. in bestimmten Krankenanstalten oder Abteilungen von Anstalten vom Versicherungsschutz ausnehmen. Dies gilt für Behandlungen, die nach Zustellung der Mitteilung durchgeführt werden.
Für laufende Versicherungsfälle besteht jedoch Versicherungsschutz längstens bis zum Ablauf des 3. Monats nach Zugang der Mitteilung.

§ 7

Auszahlung der Versicherungsleistungen

- (1) Die Auszahlung von Versicherungsleistungen erfolgt aufgrund von saldierten Originalrechnungen oder Aufenthaltsbestätigungen. Diese Belege müssen den Vor- und Zunamen, die Adresse, die Polizzennummer, das Geburtsdatum der behandelten Person sowie die Bezeichnung der Krankheit und der erbrachten Leistungen und die Daten der Behandlungen enthalten.
Ist der Versicherte noch anderweitig (gesetzlich oder privat) krankenversichert, können auch Zweitschriften samt der dazugehörigen Abrechnung oder detaillierte Abrechnungen der anderen Versicherer vorgelegt werden.
- (2) Der Versicherer darf vorbehaltlich der Bestimmungen in Abs. 5 den Überbringer von Belegen als zum Empfang der darauf entfallenden Versicherungsleistungen berechtigt ansehen.
- (3) Die Belege gehen in das Eigentum des Versicherers über.
- (4) Die in ausländischer Währung entstandenen Kosten werden zum Devisenmittelkurs der Wiener Börse des letzten Behandlungstages im Ausland in Euro umgerechnet.
- (5) Die Ansprüche auf Versicherungsleistungen können ohne Zustimmung des Versicherers weder verpfändet noch abgetreten werden.
Der Versicherungsnehmer 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 vom Versicherer anerkannt worden sind.
- (6) Geldleistungen des Versicherers sind mit Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung des Versicherers nötigen Erhebungen fällig. Die Fälligkeit tritt jedoch unabhängig davon ein, wenn der Versicherungsnehmer nach Ablauf zweier Monate seit dem Begehren nach einer Geldleistung 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.
- (7) 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 in geschriebener Form abgelehnt hat. Die Entscheidung des Versicherers muss zumindest mit der Anführung einer der Ablehnung derzeit zugrundegelegten Tatsache und der gesetzlichen oder vertraglichen Bestimmung begründet sein und die Angabe der mit dem Ablauf verbundenen Rechtsfolge enthalten; sie ist für die Dauer von Vergleichsverhandlungen über den erhobenen Anspruch und für die Zeit, in der der Versicherungsnehmer ohne sein Verschulden an der rechtzeitigen gerichtlichen Geltendmachung des Anspruches gehindert ist, gehemmt.

- (8) Die Ansprüche auf Versicherungsleistungen 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.
Ist ein Anspruch des Versicherungsnehmers beim Versicherer angemeldet worden, so ist die Verjährung bis zum Einlangen einer Entscheidung des Versicherers in geschriebener Form gehemmt, die zumindest mit der Anführung einer der Ablehnung derzeit zugrunde gelegten Tatsache und gesetzlichen oder vertraglichen Bestimmung begründet ist. Nach zehn Jahren tritt jedoch die Verjährung jedenfalls ein.

§ 8

Ruhen des Versicherungsschutzes

- (1) Auf Antrag des Versicherungsnehmers kann in begründeten Fällen für einen im voraus bestimmten Zeitraum von nicht mehr als zwölf Monaten das Ruhen der Rechte und Pflichten aus dem Versicherungsvertrag vereinbart werden.
- (2) Eine vom Versicherungsnehmer beantragte Wiederinkraftsetzung der Versicherung vor Ablauf des vereinbarten Zeitraumes kann von einer Gesundheitsprüfung abhängig gemacht werden.
- (3) Für Versicherungsfälle, die während des Ruhens des Versicherungsvertrages eingetreten sind, besteht kein Versicherungsschutz.

Anwartschaftsversicherung

- (4) Wird für den Zeitraum der Ruhendstellung der Versicherung eine Anwartschaftsprämie vereinbart und im Voraus entrichtet (Anwartschaftsversicherung) besteht nach Wiederinkraftsetzung der Versicherung Versicherungsschutz für die Fortsetzung der Heilbehandlung von während des Ruhens eingetretenen Versicherungsfällen.
Die Dauer der Anwartschaftsversicherung wird auf die Wartezeiten (§ 4) angerechnet.

Stilllegung der Versicherung

- (5) Wird für den Zeitraum der Ruhendstellung keine Anwartschaftsprämie bezahlt, besteht für während des Ruhens eingetretene Versicherungsfälle nach Wiederinkraftsetzung der Versicherung kein Versicherungsschutz.
Der Einschluss, einer im Zeitraum der Ruhendstellung begonnenen Heilbehandlung in den Versicherungsschutz, kann zu besonderen Bedingungen (Prämienzuschlag, besondere Wartezeiten) vereinbart werden.

§ 9

Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz endet, auch für laufende Versicherungsfälle, mit der Beendigung des Versicherungsvertrages.

PFLICHTEN DES VERSICHERUNGSNEHMERS

§ 10

A) Prämien, Gebühren und Abgaben

- (1) Die Prämie ist eine Jahresprämie und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Sie ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten, kann aber auch in gleichen monatlichen Prämienraten bezahlt werden, die jeweils bis zur Fälligkeit der Prämienrate gestundet gelten. Die Prämienraten sind am 1. eines jeden Monats fällig. Die erste Prämie ist spätestens bei Übermittlung bzw. Angebot der Polizza und Aufforderung zur Prämienzahlung fällig.
- (2) Hat ein versichertes Kind das 18. Lebensjahr vollendet, so sind ab dem nächstfolgenden Monatsersten die Prämien zu bezahlen, die für erwachsene Personen zu entrichten sind.
- (3) Die Prämien sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.
- (4) Neben der Prämie verrechnet der Versicherer Gebühren, die der Abgeltung von Mehraufwendungen dienen, die durch das Verhalten des Versicherungsnehmers veranlasst worden sind (z.B. Mahngebühren). Die zum jeweiligen Durchführungstermin gültigen Gebühren für diese Mehraufwendungen werden auf der Homepage www.generali.at veröffentlicht; das Informationsblatt sendet der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf Wunsch auch gerne zu.

B) Zahlungsverzug und dessen Folgen

- (5) Ist die erste Prämie oder die erste Prämienrate innerhalb von 14 Tagen nach dem Abschluss des Versicherungsvertrages und nach der Aufforderung zur Prämienzahlung nicht gezahlt, so ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, 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.

- (6) Wird in der Folge eine fällige Prämie oder eine fällige Prämienrate nicht rechtzeitig gezahlt, so kann der Versicherer den Versicherungsnehmer unter Angabe der Höhe der Prämien- und Kostenschuld und der Rechtsfolgen weiterer Säumnis auffordern, die Schuld innerhalb einer Zahlungsfrist von 14 Tagen, vom Empfang der Aufforderung an gerechnet, an die vom Versicherer bezeichnete Stelle ohne Abrechnung von Überweisungsspesen zu bezahlen.
Neben Postgebühr und Mahnkosten können Verzugszinsen in Höhe der gesetzlichen Verzugszinsen eingehoben werden.
- (7) Tritt der Versicherungsfall nach Ablauf der Zahlungsfrist ein und ist der Versicherungsnehmer zu dieser Zeit mit der Zahlung der Prämien im Verzug, so ist der Versicherer 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, die nach Ablauf der Zahlungsfrist und vor Nachzahlung der rückständigen Prämien eingetreten sind, und deren Folgen kein Anspruch auf Leistung.
- (8) Ist der Versicherungsnehmer bloß mit nicht mehr als 10 v. H. der Jahresprämie, höchstens aber mit dem in § 39a VersVG genannten Betrag (derzeit EUR 60,-) in Verzug, so tritt die in Abs. 7 vorgesehene Leistungsfreiheit des Versicherers nicht ein.
- (9) Der Versicherer ist berechtigt, den Versicherungsvertrag ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist zu kündigen, wenn der Versicherungsnehmer nach Ablauf der Frist von 14 Tagen mit der Zahlung der Prämien im Verzug ist. Der Versicherer kann bereits bei der Bestimmung der Zahlungsfrist den Versicherungsvertrag so kündigen, dass die Kündigung mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer in diesem Zeitpunkt mit der Zahlung der Prämien im Verzug ist.
- (10) Die Wirkungen der Kündigung fallen fort, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach Kündigung oder, falls die Kündigung mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach dem Ablauf der Zahlungsfrist die Zahlung der Prämien nachholt.
- (11) Die Nichtzahlung von Zinsen oder Kosten löst die Rechtsfolgen der Abs. 7 und 9 nicht aus.

§ 11

Obliegenheiten

A) Anzeigepflicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages

- (1) Der Versicherungsnehmer und der Versicherte haben bei der Antragstellung und zwischen Antragstellung und Zugang der Polizze alle erheblichen Gefahrenumstände anzuzeigen. Jeder Gefahrenumstand, nach dem der Versicherer in geschriebener Form ausdrücklich und genau umschrieben gefragt hat, gilt im Zweifel als erheblich.

B) Folgen der Verletzung der Anzeigepflicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages

- (2) Hat der Versicherungsnehmer oder der Versicherte 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.
- (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 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.
- (5) Treffen die Voraussetzungen für den Rücktritt nur auf einzelne Versicherte 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.
- (6) Wegen einer Verletzung der vom Versicherungsnehmer beim Abschluss des Vertrags zu erfüllenden Anzeigepflicht kann der Versicherer vom Vertrag nicht mehr zurücktreten oder den Vertrag kündigen, wenn seit dem Abschluss drei Jahre verstrichen sind. Das Rücktrittsrecht bleibt jedoch bestehen, wenn die Anzeigepflicht arglistig verletzt worden ist.

- (7) Bei schuldloser Verletzung der Anzeigeobligenheit kann der Versicherer, wenn der Geschäftsplan bei Vorliegen der ihm unbekannt gebliebenen Gefahrenumstände eine höhere Prämie vorsieht, vom Beginn des laufenden Versicherungsjahres an die entsprechend höhere Prämie verlangen.
Wird die höhere Gefahr nach den für den Geschäftsbetrieb des Versicherers maßgebenden Grundsätzen auch gegen eine höhere Prämie nicht übernommen, so kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von einem Monat kündigen.

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

- (8) Der Versicherungsnehmer und der Versicherte 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 Obliegenheit des Versicherten, sich auf Verlangen des Versicherers durch einen von diesem beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
- (9) Der Versicherungsnehmer und der Versicherte haben im Krankheitsfall den vom Arzt oder Versicherer gegebenen zumutbaren Verhaltensregeln Folge zu leisten.
- (10) Wird für einen Versicherten bei einem anderen Versicherer ein Krankenversicherungsvertrag abgeschlossen, so ist der Versicherer vom weiteren Versicherungsvertrag unverzüglich zu unterrichten.

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

- (11) Verletzt der Versicherungsnehmer oder der Versicherte die Auskunftsobligenheit des Abs. 8, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, sofern die Verletzung vorsätzlich oder grob fahrlässig erfolgt ist.
Wird die Auskunftsobligenheit 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 Abs. 9 genannte Verhaltensobligenheit vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei und berechtigt, den Versicherungsvertrag fristlos zu kündigen.
- (13) Wird die in Abs. 10 genannte Informationsobligenheit schuldhaft verletzt, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Erbringung von Summenleistungen, wie z. B. Krankenhaus-Tagegeld, Krankenhaus-Ersatztaggeld, Krankengeld oder Kurzuschüssen frei. Der Versicherer kann überdies den Versicherungsvertrag zur Gänze oder nur hinsichtlich des betreffenden Versicherten 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 öffentlichrechtlichen 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 in geschriebener Form 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 Abs. 1 und 2 gelten nicht für Leistungen, die auch ohne Kostennachweis gebühren.
- (4) Die Verpflichtung des Versicherers zur Leistung für Kosten, deren teilweisen Ersatz der Anspruchsberechtigte von einem öffentlichrechtlichen 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.

ENDE DES VERSICHERUNGSVERTRAGES

§ 13

Kündigung durch den Versicherungsnehmer

- (1) Der Versicherungsvertrag wird auf unbestimmte Zeit abgeschlossen. Der Versicherungsnehmer hat das Recht, den Versicherungsvertrag zum Ende eines Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer, mit einer Frist von drei Monaten zu kündigen.
- (2) Das Versicherungsjahr richtet sich nach dem ursprünglichen Versicherungsbeginn gemäß § 3.
- (3) Die Kündigung muss in geschriebener Form erfolgen und ist an die Geschäftsleitung des Versicherers zu richten.
- (4) a) 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.
b) Kündigt der Versicherungsnehmer den Versicherungsvertrag hinsichtlich einzelner Tarife, hat der Versicherer das Recht, innerhalb eines Monats den Vertrag hinsichtlich der übrigen Tarife der Person zum gleichen Termin zu kündigen. Diese Regelung gilt nur für jene Tarife, die zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses nur in Kombination mit anderen Tarifen versicherbar waren.
Das Recht auf Gegenkündigung gemäß Abs. 4 lit. a steht dem Versicherer auch in diesem Fall jedenfalls zu.
- c) Der Versicherungsnehmer hat innerhalb eines Monats nach Gegenkündigung durch den Versicherer das Recht, die ursprünglich ausgesprochene Kündigung zurückzuziehen.
- (5) Werden Prämien erhöht oder Leistungen vermindert (§ 11 B) Abs. 7), 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.
Eine Anpassung des Versicherungsvertrages gemäß § 178f VersVG (siehe auch § 18) berechtigt zur Kündigung jedoch nicht.
- (6) Wird ein Versicherungsnehmer oder ein Versicherter in eine Pflegeanstalt für chronisch Kranke aufgenommen, so hat der Versicherungsnehmer das Recht, den Versicherungsvertrag zum Ende des Monats zu kündigen, in welchem er die Aufnahme in eine solche Anstalt nachweist.

§ 14

Kündigung durch den Versicherer

- (1) Der Versicherer verzichtet auf eine Kündigung des Vertrages abgesehen von den Fällen des § 10 Abs. 9, § 11 Abs. 12 und 13, § 13 Abs. 4 und § 14 Abs. 2.
- (2) Wenn der Versicherungsnehmer oder ein Versicherter durch wissentlich falsche Angaben, insbesondere durch Vortäuschung einer Krankheit, Versicherungsleistungen erschleicht oder zu erschleichen versucht oder bei einer solchen Handlung mitwirkt, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei und hat das Recht, den Versicherungsvertrag fristlos zu kündigen.
- (3) Kündigt der Versicherer gemäß § 11 Abs. 13 den Versicherungsvertrag hinsichtlich einzelner Personen, hat der Versicherungsnehmer das Recht, den Versicherungsvertrag hinsichtlich der übrigen Personen innerhalb einer Frist von einem Monat zum gleichen Termin zu kündigen.

§ 15

Sonstige Beendigungsgründe

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

SONSTIGE BESTIMMUNGEN

§ 16

Form von Willenserklärungen und Anzeigen

- (1) Alle Erklärungen und Informationen des Versicherungsnehmers, Versicherten und sonstigen Dritten im Zusammenhang mit dem Versicherungsvertrag bedürfen zu Ihrer Gültigkeit der geschriebenen Form (schriftlich jedoch ohne Unterschrift). Die Erklärungen und Informationen müssen dem Empfänger zugehen, von ihm dauerhaft aufbewahrt werden können (ausdrucken oder abspeichern, wie etwa bei Fax oder Email, aber nicht SMS-Nachrichten) und aus dem Text muss die Person des Erklärenden zweifelsfrei hervorgehen. Schriftliche Erklärungen und Informationen (mit Unterschrift) sind selbstverständlich auch gültig, bloß mündliche aber unwirksam.
- (2) Änderungen der Anschrift des Versicherungsnehmers sind dem Versicherer bekannt zu geben. Solange der Versicherungsnehmer die Änderung seiner Anschrift nicht bekannt gibt, gelten Zusendungen des Versicherers an die zuletzt bekannt gegebene Anschrift als dem Versicherungsnehmer zugegangen

§ 17

Erfüllungsort, Gerichtsstand

- (1) Erfüllungsort für die beiderseitigen Verpflichtungen aus dem Versicherungsvertrag ist der Sitz des Versicherers.
- (2) 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.
- (3) Für Klagen gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht örtlich zuständig, in dessen Sprengel der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz, seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat oder der Ort seiner Beschäftigung liegt.

§ 18

Änderung des Versicherungsschutzes und der Prämie

- (1) Der Versicherer ist verpflichtet, die Prämie oder den Versicherungsschutz (Allgemeine und Ergänzende Versicherungsbedingungen und Tarife) nach Vertragsabschluss ohne Altersbegrenzung, ohne Wartezeiten für die Mehrleistungen und ungeachtet eines etwa verschlechterten Gesundheitszustandes einseitig zu ändern, wenn mindestens einer der folgenden Umstände eintritt. Dabei ist der Versicherer bei Vorliegen der vereinbarten Voraussetzungen für eine Prämienänderung auch zu einer Herabsetzung der Prämien verpflichtet:
 - a) Änderung eines vereinbarten Index,
 - b) Änderung der durchschnittlichen Lebenserwartung,
 - c) Änderung der Häufigkeit der Inanspruchnahme von Leistungen nach Art der vertraglich vorgesehenen und deren Aufwändigkeit, bezogen auf die zu diesem Tarif Versicherten,
 - d) Änderung des Verhältnisses zwischen den vertraglich vereinbarten Leistungen und den entsprechenden Kostenersätzen der gesetzlichen Sozialversicherung,
 - e) Änderung der durch Gesetz, Verordnung, sonstige behördlichen Akte oder durch Vertrag zwischen dem Versicherer und im Versicherungsvertrag bezeichneten Einrichtungen des Gesundheitswesens festgesetzten Entgelte für die Inanspruchnahme dieser Einrichtungen und
 - f) Änderung des Gesundheitswesens oder der dafür geltenden gesetzlichen Bestimmungen.
- (2) Zur Festsetzung der erforderlichen Anpassung vergleicht der Versicherer laufend die der letzten Tarifikalkulation zugrundeliegenden Faktoren mit den zu erwartenden Faktoren. Ergibt dieser Vergleich eine Änderung der zu erwartenden Leistungen, werden die Leistungen und Prämien dem geänderten Bedarf angepasst. Für die Bemessung der Teilprämie für die Anpassung ist das Alter im Zeitpunkt der Anpassung maßgebend.
- (3) Die neuen Leistungen und Prämien werden zum Ersten des Monats wirksam, der der geschriebenen Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

- (4) Die Anpassung ist nicht durchzuführen, wenn ihr der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung des Versicherers in geschriebener Form widerspricht. Diese Mitteilung hat einen Hinweis auf die Möglichkeit der Ablehnung der Anpassung zu enthalten.
Im Falle eines Widerspruchs wird die Versicherung mit höchstens gleichbleibender Prämie und angemessen geänderten Leistungen (Ersatztarif) fortgeführt und der Versicherer ist späterhin nicht mehr verpflichtet, eine Anpassung der Versicherungsleistungen durchzuführen.
- (5) 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 ursprünglicher Form zum ursprünglichen Zeitpunkt in Kraft.
- (6) Der Versicherungsnehmer hat das Recht, während der Laufzeit des Vertrages unter Anrechnung der aus der Vertragslaufzeit erworbenen Rechte und der Altersrückstellung in einen anderen im Geschäftsplan vorgesehenen Tarif derselben Versicherungsart (§ 178b VersVG) bis zum bisherigen Deckungsumfang zu wechseln.

§ 19

Gewinnbeteiligung/Prämienrückvergütung

Die Zuordnung zu einem bestimmten Gewinnverband richtet sich nach dem versicherten Tarif und ist in dessen Ergänzenden Versicherungsbedingungen beschrieben.

Gewinnverbände und Gewinnermittlung

- (1) **Gewinnverband A und B**
Tarife in den Gewinnverbänden A und B nehmen an der erfolgsabhängigen Gewinnbeteiligung teil.
Der Gewinnrückstellung für die erfolgsabhängige Gewinnbeteiligung werden 85% des nach Maßgabe des Geschäftsplanes ermittelten Gewinnes zugewiesen. Für Tarife in Gewinnverband A wird die Gewinnbeteiligung in der Höhe von drei Monatsprämien garantiert (Prämienrückvergütung).
- (2) **Gewinnverband E**
Für Tarife in Gewinnverband E besteht Anspruch auf eine erfolgsunabhängige Gewinnbeteiligung (Prämienrückvergütung) in der Höhe von drei Monatsprämien.
Darüberhinaus besteht keine Gewinnberechtigung.
- (3) **Gewinnverband F und G**
Tarife in den Gewinnverbänden F und G nehmen an der erfolgsabhängigen Gewinnbeteiligung teil.
Die Zuführung zur Gewinnrückstellung für die erfolgsabhängige Gewinnbeteiligung erfolgt durch Beschluss des Vorstands des Versicherers nach Maßgabe der Gewinnbeteiligungs-Verordnung Krankenversicherung der Finanzmarktaufsichtsbehörde (BGBl. II Nr. 120/2007).
Bei Änderung dieser Gewinnbeteiligungs-Verordnung kann der Versicherer die darauf beruhenden Bestimmungen dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen anpassen. Der Versicherer wird den Versicherungsnehmer über eine derartige Änderung und den Zeitpunkt ihres Inkrafttretens in geschriebener Form informieren.
Für Tarife in Gewinnverband F wird die Gewinnbeteiligung in der Höhe von drei Monatsprämien garantiert (Prämienrückvergütung).

Voraussetzungen für Gewinnbeteiligung/Prämienrückvergütung

- (4) **Bestehen der Versicherung, Prämienzahlung**
Erstens sind nur diejenigen Versicherungen des Gewinnverbandes teilnahmeberechtigt, für welche die Prämien des abgelaufenen ganzen Kalenderjahres voll gezahlt worden sind.
Änderungen des Versicherungsschutzes oder der Tarife während des Kalenderjahres können eine Teilnahmeberechtigung nicht begründen. Haben sich die Prämien während des Kalenderjahres geändert, bemisst sich die Höhe der Gewinnbeteiligung/Prämienrückvergütung nach der niedrigsten Monatsprämie.
Ausgeschlossen sind die Versicherungen, bei denen im abgelaufenen Kalenderjahr durch Prämienzahlungsverzug Leistungsfreiheit des Versicherers eingetreten ist, oder die in Form einer Anwartschaftsversicherung bestanden haben (§ 8 Abs. 4).
- (5) **Auszahlung von Versicherungsleistungen**
Weiters ist Voraussetzung, dass für die ganze Dauer des letzten Kalenderjahres keine Leistungen vom Versicherer bezogen worden sind.
Bei Feststellung der Teilnahmeberechtigung an der Gewinnbeteiligung/Prämienrückvergütung gelten die Versicherungen von erwachsenen Personen als Einheit, d.h. diese Versicherungen sind nur dann teilnahmeberechtigt, wenn von keiner der erwachsenen Personen im abgelaufenen Geschäftsjahr Versicherungsleistungen in Anspruch genommen worden sind.

(6) **Gewinnverbände als Einheit**

Die Versicherungen in den Gewinnverbänden A, E und F einerseits sowie jene in den Gewinnverbänden B und G andererseits gelten bei der Feststellung der Teilnahmeberechtigung an der Gewinnbeteiligung/Prämienrückvergütung als Einheit.

Dies gilt sowohl für den in Abs 4 beschriebenen Bestand der Versicherung und der Prämienzahlung als auch für die in Abs 5 geregelte Voraussetzung des Nichtbezugs von Leistungen.

(7) **Ausnahmen von der Teilnahmeberechtigung**

Versicherungen für Kinder (solange Kinderprämien bezahlt werden) und Vorsorgeversicherungen sind von der Teilnahme an der Gewinnbeteiligung/Prämienrückvergütung ausgenommen. Die für diese Versicherungen bezahlten Prämien sind nicht gewinnberechtig, bezogene Leistungen haben keinen Einfluss auf die Teilnahmeberechtigung aus anderen Tarifen im selben Vertrag.

Verwendung und Zuteilung des Gewinns

(8) **Gewinnverband A und B**

Der auf die einzelne Versicherung entfallende Gewinnanteil wird entsprechend dem Geschäftsplan ermittelt. Er muss stets ein ganzzahliges Vielfaches einer Monatsprämie betragen. Verbleibende Reste in der Gewinnrücklage der Versicherten werden auf das Folgejahr vorgetragen.

(9) **Gewinnverband F und G**

Der auf die einzelne Versicherung entfallende Gewinnanteil wird entsprechend der Gewinnbeteiligungs-Verordnung Krankenversicherung der Finanzmarktaufsichtsbehörde (BGBl. II Nr. 120/2007) ermittelt und zugunsten der gewinnberechtigten Verträge verwendet.

Verrechnung der Gewinnbeteiligung/Prämienrückvergütung

(10) Die Verrechnung der Gewinnbeteiligung/Prämienrückvergütung erfolgt nach Veröffentlichung der Bilanz, frühestens jedoch zum 1.7. des dem abgelaufenen Geschäftsjahr folgenden Kalenderjahres. Für zum Zeitpunkt der Verrechnung ausgeschiedene Versicherungsverträge erfolgt keine Verrechnung.

Die Gewinnbeteiligung/Prämienrückvergütung wird vom Versicherer auf die Prämien der Monate, die der Verrechnung folgen, in Anrechnung gebracht.

(11) Bei Ansprüchen auf Versicherungsleistung für das abgelaufene Geschäftsjahr nach Empfang der Gewinnbeteiligung/Prämienrückvergütung, wird diese auf die Leistung des Versicherers angerechnet; eine zu Unrecht erhaltene Gewinnbeteiligung/Prämienrückvergütung ist zurückzuerstatten.

Ergänzende Versicherungsbedingungen für den Versicherungsschutz für die Kosten ambulanter Heilbehandlung inkl. Ganzheits- und Alternativmedizin – MedCare: Privatarzt und Alternative Vorsorge (Tarife AD/AN/AS)

§ 1

Gesundheits-Management

(1) Hilfe im Notfall in Österreich

Ein medizinischer Notfall liegt vor, wenn der Versicherte von einer unmittelbaren Gefahr (z.B. akute Erkrankung, Unfall, drohende Einwirkung schädigender Stoffe) für Leben, körperliche Unversehrtheit oder Gesundheit bedroht ist.

In allen medizinischen Notfällen ist der Versicherer rund um die Uhr erreichbar und gewährleistet die Herstellung der Verbindung und Organisation des Transports zu allen Notfalleinrichtungen:

- Nacht- und Wochenenddienste durch Ärzte für Allgemeinmedizin und Zahnärzte bzw. Apotheken, nächstgelegenes geeignetes Krankenhaus;
- sonstige Notdienste (z. B. Rotes Kreuz, Vergiftungszentrale, psychosoziale Dienste).

(2) Informationen über medizinische Einrichtungen und Gesundheitsdienste

werden bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung wegen Krankheit oder Unfallfolgen zu folgenden Themen erteilt:

- Behandler in Österreich (zur selbständigen Berufsausübung zugelassene Ärzte, Zahnärzte, Ärzte für Ganzheits- und Alternativmedizin, Psychotherapeuten),
- Medizinische Einrichtungen weltweit,
- Ganzheits- und Alternativmedizin in Österreich,
- Transporteinrichtungen in Österreich.

Die medizinische Behandlungsbedürftigkeit ist durch entsprechende medizinische Unterlagen nachzuweisen, aus denen hervorgeht, dass aufgrund der Diagnose und der Befunde eine Heilbehandlung medizinisch notwendig und von einem Arzt bereits geplant ist.

Die Informationen werden einmal pro Versicherungsfall zur Verfügung gestellt.

1. Informationen zu medizinischen Einrichtungen weltweit

werden darüber hinaus nur erteilt, wenn für die spezielle medizinische Fragestellung kein geeigneter Arzt bzw. keine geeignete medizinische Einrichtung in Österreich vorhanden ist oder ärztliche Hilfe während eines Auslandsaufenthaltes erforderlich ist.

2. Informationen zu Transporteinrichtungen in Österreich

werden darüber hinaus nur erteilt, wenn aus den medizinischen Unterlagen hervorgeht, dass der Versicherte aufgrund der Art der Erkrankung bzw. durch die Unfallfolgen oder wegen der ärztlich angeordneten Verhaltensmaßregeln außerstande ist, den Arzt oder die medizinische Einrichtung aus eigener Kraft aufzusuchen.

3. Herstellung der Verbindung

erfolgt nur auf Wunsch des Versicherten.

Der Versicherer stellt nur den erstmaligen Kontakt her, in weiterer Folge wendet sich der Versicherte selbst an den Arzt, die medizinische Einrichtung oder den Gesundheitsdienst.

4. Durch die Informationsleistung bzw. Herstellung der Verbindung gewährleistet der Versicherer nicht die Verfügbarkeit der Leistungen des betreffenden Arztes, der medizinischen Einrichtung oder des Gesundheitsdienstes in einem bestimmten Umfang oder innerhalb eines bestimmten Zeitraumes.

(3) Ärztliche Beratung (Zweitmeinung)

kann in Anspruch genommen werden, wenn die medizinische Behandlungsbedürftigkeit durch entsprechende medizinische Unterlagen nachgewiesen wird, aus denen hervorgeht, dass aufgrund der Diagnose und der Befunde eine Heilbehandlung medizinisch notwendig und von einem Arzt bereits geplant ist.

Die Beratung wird einmal pro Versicherungsfall zur Verfügung gestellt.

(4) Gesundheits-Management durch Begleitung

wird für einen Zeitraum von bis zu 12 Monaten ab Beginn einer medizinisch notwendigen ambulanten Heilbehandlung einer Krankheit oder von Unfallfolgen angeboten.

Diese Leistung wird durch Gesundheits-ManagerInnen eines Vertragspartners des Versicherers zur besseren Bewältigung der durch den Versicherungsfall bedingten Lebenssituation und für Maßnahmen zur Wiederherstellung der Gesundheit sowie Reduktion von Risikofaktoren (wie z.B. Gewichtskontrolle, Ernährungsberatung, Stressmanagement) erbracht.

§ 2

Kostenersatz

(1) Ärztliche Beratung (Zweitmeinung)

Der Versicherer ersetzt nur die Kosten der ersten Ordination. Die Kosten weiterer Konsultationen sind vom Versicherten selbst zu bezahlen.

Der Versicherer ersetzt die Transportkosten, wenn für die spezielle medizinische Fragestellung kein geeigneter Arzt bzw. keine geeignete medizinische Einrichtung in Österreich vorhanden ist. Transportkosten innerhalb Österreichs werden jedenfalls nicht übernommen.

(2) **Ambulante Heilbehandlung**

Für die folgenden Leistungen der Tarifgruppen AD, AN und AS gilt als maßgeblicher Zeitraum ein Kalenderjahr:

- Maßnahmen zur Gesundheitsförderung bei Risikofaktoren,
- Ärztliche Heilbehandlung,
- Honorar für Behandlung durch Psychologen, Psychotherapeuten,
- Besondere Heilbehandlungen,
- Ärztlich verordnete Arzneimittel,
- Heilbehelfe,
- Transportkosten.

Fällt der Versicherungsbeginn für die Tarife AD, AN und AS nicht mit dem Beginn eines Kalenderjahres zusammen, werden Leistungen für den Zeitraum zwischen Versicherungsbeginn des Tarifes AD, AN bzw. AS und 31. Dezember des betreffenden Jahres bis zu dem diesem Zeitraum entsprechenden anteiligen Höchstbetrag erbracht (der vor Versicherungsbeginn liegende Teil eines Kalendermonats wird für die Ermittlung des anteiligen Höchstbetrags mit einbezogen).

Dies gilt sinngemäß, wenn der Vertrag während des Kalenderjahres endet.

§ 3

Zahnbehandlung und zahnärztliche Leistungen

- (1) Keine Leistungen werden erbracht für:
- a) Zahnextraktionen sowie Entfernungen von Wurzeln und vorgelagerten Zähnen, sofern nicht die Voraussetzungen gemäß Abs. 2 lit. a gegeben sind;
 - b) konservierende oder prothetische Zahnbehandlungen, kieferorthopädische Behandlungen und Behandlungen von Parodontose.
- (2) Leistungen werden hingegen erbracht für:
- a) die unter Abs. 1 lit. a genannten zahnärztlichen Leistungen, sofern eine Fokalinfection als Ursache einer Erkrankung (z. B.: Myokarditis, rheumatische Beschwerden) anzusehen ist;
 - b) die Behandlung von Mund- und Kieferkrankheiten, wie Stomatitis, Gingivitis, Kiefereiterungen sowie für die Exstirpation von Zysten, Wurzelspitzenresektionen und Behandlungen von Kieferbrüchen.

§ 4

Heilbehandlungen im Rahmen der Ganzheits- und Alternativmedizin

Die Kosten für die im Tarif angeführten Heilbehandlungen der Ganzheits- und Alternativmedizin werden insoweit erstattet, als sie von Ärzten vorgenommen werden.

Für im Tarif nicht angeführte Heilbehandlungen der Ganzheits- und Alternativmedizin werden Leistungen nur insoweit erbracht, als sie von einem Arzt durchgeführt werden und die Therapien und Verfahren anerkannter Weise geeignet sind, im Rahmen einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung die Gesundheit wieder herzustellen, den Zustand zu bessern oder eine Verschlechterung zu verhindern.

§ 5

Ambulante Operation

Die Kosten von ambulanten Operationen inkl. Kosten der Anästhesie werden gemäß § 5 C) Abs. 12 AVBKV 2004 erstattet, wenn diese Operationen in der Ordination eines Arztes oder in der Ambulanz eines Krankenhauses vorgenommen werden.

§ 6

Maßnahmen der Gesundheitsförderung

In Abänderung des § 4 AVBKV 2004 entfällt die allgemeine Wartezeit von drei Monaten.

Der tariflich vorgesehene Kostenersatz für eine **Vorsorgeuntersuchung** umfasst die Kosten der Untersuchung durch einen praktischen Arzt oder Facharzt einschließlich der Kosten von Röntgen- und Laboruntersuchungen.

Vorsorgeuntersuchungen sind Untersuchungen zur Früherkennung chronischer Erkrankungen, wie z. B. maligner Prozesse, Erkrankungen des Herzens und des Kreislaufes oder des Stoffwechsels, unter Anwendung von nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft zweckmäßigen und ausreichenden Maßnahmen.

Ebenfalls als Vorsorgeuntersuchung anzusehen ist die einmalige Feststellung der für die erste Hilfe nach akuten Erkrankungen oder Unfällen bzw. zur Schockbekämpfung wesentlichen Daten, wie Blutgruppe, Rhesusfaktor, Allergien usw.

Nicht als Vorsorgeuntersuchung gelten Schwangerschaftstests.

Die Kosten von vorbeugenden **alternativmedizinischen Maßnahmen** werden ersetzt, sofern sie von Ärzten oder in Österreich zugelassenen Behandlern durchgeführt werden.

Nicht bezahlt werden Mittel zur Nahrungsergänzung und zur Stärkung wie z. B. Vitamine und Tonika.

Die Kosten für **Anleitung zu gesundem Lebensstil** werden ersetzt, wenn die Maßnahmen anerkannter Weise geeignet sind, zu einer Änderung des Lebensstils beizutragen und von dafür qualifizierten und berechtigten Personen durchgeführt werden.

Nicht bezahlt werden Nahrungsmittel (z. B. Diätahrung oder Nahrungsmittel aus biologischer Landwirtschaft) sowie Geräte zur Förderung der körperlichen Beweglichkeit und Fitness.

§ 7

Psychotherapeutische Behandlungen

Die Leistungen im Rahmen der Psychotherapie durch in Österreich zugelassene Psychologen und Psychotherapeuten werden für die Dauer von 12 Monaten erbracht. Ist über diesen Zeitraum hinaus eine psychotherapeutische Behandlung medizinisch notwendig, werden Leistungen nur insoweit erbracht, als diese der Versicherer vor Beginn der weiteren Behandlung in geschriebener Form zugesagt hat.

§ 8

Transportkosten

Abweichend von § 5 A) Abs. 3 AVBKV 2004 werden die Kosten für notwendige Fahrten der versicherten Person zu einer ärztlichen Behandlung bis zu dem im Leistungstarif vorgesehenen Höchstbetrag ersetzt. Als notwendige Fahrten gelten die Fahrten mit Krankenwagen, Bahn oder Autotaxi zur Erstversorgung oder im Notfall.

§ 9

Anderung des Versicherungsschutzes und der Prämie

Der Versicherungsschutz ist gemäß § 18 AVBKV 2004 wertgesichert.

§ 10

Gewinnverband

Die Versicherungen nach Tarif AD, AN und AS gehören zum Gewinnverband A (siehe § 19 AVBKV 2004).

Die folgende Bestimmung gilt nur für die Tarife AD und AS:

§ 11

Entfall des Sozialversicherungsschutzes

- (1) Die Tarife AD und AS können nur für Personen abgeschlossen werden, die gegenüber einer gesetzlichen Krankenkasse anspruchsberechtigt sind.
- (2) Endet der Sozialversicherungsschutz, wird der Tarif ab diesem Zeitpunkt mit einem kalkulatorisch erforderlichen Selbstbehalt zur Abdeckung der durch den Entfall der Leistungen des gesetzlichen Krankenversicherers bedingten Mehrleistungen fortgesetzt.
Der Versicherungsnehmer kann innerhalb eines Monats mit Wirksamkeit ab Wegfall des Sozialversicherungsschutzes
 - a. die Umstellung des Versicherungsschutzes auf einen Tarif für Nichtsozialversicherte verlangen, oder
 - b. den Vertrag hinsichtlich des Versicherten kündigen.
- (3) Beantragt der Versicherungsnehmer die Tarifumstellung gemäß Abs. 2, lit. a ist der Versicherer verpflichtet, ohne Altersbegrenzung, ohne Wartezeiten für die Mehrleistungen und ungeachtet eines etwa verschlechterten Gesundheitszustandes einen gleichartigen Tarif für Nichtsozialversicherte anzubieten, sofern der Geschäftsplan einen solchen vorsieht. Wird die Tarifumstellung vom Versicherungsnehmer nicht innerhalb eines Monats beantragt, so ist sie nur zu dem der Mitteilung des Versicherungsnehmers folgenden Monatsersten möglich. Diese Umstellung erfolgt nicht mit den oben genannten Begünstigungen.
Kündigt der Versicherungsnehmer gemäß Abs. 2, lit b nicht innerhalb eines Monats, so ist die Vertragsbeendigung nur zu dem der Mitteilung des Versicherungsnehmers folgenden Monatsersten möglich.

Ergänzende Versicherungsbedingungen für die Krankenhaustagegeldversicherung – MedCare: Krankenhaus-Tagegeld (Tarif TE/TEU)

§ 1

Gesundheits-Management

- (1) **Hilfe im Notfall in Österreich**
Ein medizinischer Notfall liegt vor, wenn der Versicherte von einer unmittelbaren Gefahr (z.B. akute Erkrankung, Unfall, drohende Einwirkung schädigender Stoffe) für Leben, körperliche Unversehrtheit oder Gesundheit bedroht ist.
In allen medizinischen Notfällen ist der Versicherer rund um die Uhr erreichbar und gewährleistet die Herstellung der Verbindung und Organisation des Transports zu allen Notfalleinrichtungen:
 - Nächstgelegenes geeignetes Krankenhaus, Nacht- und Wochenenddienste durch Ärzte für Allgemeinmedizin und Zahnärzte bzw. Apotheken;
 - sonstige Notdienste (z. B. Rotes Kreuz, Vergiftungszentrale, psychosoziale Dienste).

(2) **Informationen über medizinische Einrichtungen und Gesundheitsdienste**

1. Die Auskunft über
 - medizinische Einrichtungen weltweit,
 - Krankenanstalten in Österreich und
 - Transporteinrichtungen in Österreichwird bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung wegen Krankheit oder Unfallfolgen erteilt.
Die medizinische Behandlungsbedürftigkeit ist durch entsprechende medizinische Unterlagen nachzuweisen, aus denen hervorgeht, dass aufgrund der Diagnose und der Befunde eine Heilbehandlung medizinisch notwendig und von einem Arzt bereits geplant ist.
Die Informationen werden einmal pro Versicherungsfall zur Verfügung gestellt.
 2. **Auskunft über medizinische Einrichtungen weltweit**
wird darüber hinaus nur erteilt, wenn für die spezielle medizinische Fragestellung kein geeigneter Arzt bzw. keine geeignete medizinische Einrichtung in Österreich vorhanden oder ärztliche Hilfe während eines Auslandsaufenthaltes erforderlich ist.
 3. **Auskunft über Transporteinrichtungen in Österreich**
wird darüber hinaus nur erteilt, wenn aus den medizinischen Unterlagen hervorgeht, dass der Versicherte aufgrund der Art der Erkrankung bzw. durch die Unfallfolgen oder wegen der ärztlich angeordneten Verhaltensmaßregeln außerstande ist, den Arzt oder die medizinische Einrichtung aus eigener Kraft aufzusuchen.
 4. **Herstellung der Verbindung**
erfolgt nur auf Wunsch des Versicherten.
Der Versicherer stellt nur den erstmaligen Kontakt her, in weiterer Folge wendet sich der Versicherte selbst an den Arzt, die medizinische Einrichtung oder den Gesundheitsdienst.
Durch die Informationsleistung bzw. Herstellung der Verbindung gewährleistet der Versicherer nicht die Verfügbarkeit der Leistungen des betreffenden Arztes, der medizinischen Einrichtung oder des Gesundheitsdienstes in einem bestimmten Umfang oder innerhalb eines bestimmten Zeitraumes.
- (3) **Ärztliche Beratung (Zweitmeinung)**
kann in Anspruch genommen werden, wenn die medizinische Behandlungsbedürftigkeit durch entsprechende medizinische Unterlagen nachgewiesen wird, aus denen hervorgeht, dass aufgrund der Diagnose und der Befunde eine Heilbehandlung medizinisch notwendig ist und von einem Arzt bereits geplant ist.

Der Versicherer ersetzt nur die Kosten der ersten Ordination. Die Kosten weiterer Konsultationen sind vom Versicherten selbst zu bezahlen.

Der Versicherer ersetzt die Transportkosten, wenn für die spezielle medizinische Fragestellung kein geeigneter Arzt bzw. keine geeignete medizinische Einrichtung in Österreich vorhanden ist. Transportkosten innerhalb Österreichs werden jedenfalls nicht übernommen.

§ 2 Krankenhaustagegeld bei stationärer Heilbehandlung

Voraussetzung für die Leistung des Krankenhaus-Tagegeldes ist eine stationäre Heilbehandlung im Sinne des § 5 AVBKV 2004.

§ 3 Tagesklinische Behandlung im Krankenhaus

Diese Tarifleistung wird erbracht, sofern die folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- Die Art der Heilbehandlung erfordert üblicherweise einen Aufenthalt von mindestens 24 Stunden,
- der Versicherte wird noch am Tag der Aufnahme aus dem Krankenhaus entlassen, und
- für die Heilbehandlung wird die Infrastruktur einer Abteilung des Krankenhauses in Anspruch genommen (z.B. Aufnahme in der Bettenstation, Benutzung eines Operationssaales).

Heilbehandlungen und Operationen in der Ambulanz eines Krankenhauses stellen jedenfalls keine tagesklinischen Behandlungen dar.

§ 4 Einschränkung des Versicherungsschutzes

Das „**Krankenhaus-Tagegeld bei einem stat. Aufenthalt bis zu 4 Tagen**“ sowie die „**Leistung bei tagesklinischen Behandlungen im Krankenhaus**“ (nach einem Unfall und/oder bei Krankheit) werden nur einmal pro Versicherungsfall erbracht. Dies gilt insbesondere auch für Nachbehandlungen und für Behandlungen, die im Rahmen einer Therapie in regelmäßigen Abständen notwendig sind.

Sind zu einem Versicherungsfall mehrere Krankenhausaufenthalte notwendig, werden die Aufenthaltstage zur Ermittlung der Leistung zusammengezählt.

§ 5 Entbindungsgeld

Diese Tarifleistung wird bei einer Entbindung zu Hause oder bei einer Entbindung im Krankenhaus mit einer Aufenthaltsdauer bis maximal 10 Tage bezahlt. Bei längerer Aufenthaltsdauer wird Krankenhaustagegeld wie bei Krankheit geleistet.

§ 6

Kostensatz für Krankenhaustransport

Die nachgewiesenen Kosten des Transportes in das Krankenhaus und die nachgewiesenen Kosten des Heimtransportes per Krankenwagen, Bahn oder Autotaxi (§ 5 B) Abs. 11 AVBKV 2004) werden bei einem stationären oder tagesklinischen Aufenthalt in einem Krankenhaus und wenn eine Notfallversorgung nach einem Unfall in einem Krankenhaus erforderlich ist erbracht.

§ 7

Tagegeld bei Rehabilitation und Kuraufenthalt

- (1) Diese Tarifleistung wird bei Kuraufenthalten oder Rehabilitation bezahlt, wenn der Sozialversicherungsträger die versicherte Person in ein eigenes Kurheim oder Rehabilitationszentrum einweist oder einen Kurkostenzuschuss bewilligt. Als Kurkostenzuschuss des Sozialversicherungsträgers ist ein Zuschuss zu den Kosten einer Kur außerhalb des Wohnortes anzusehen, nicht der Ersatz von Kurmittelkosten allein.
- (2) Diese Tarifleistung wird auch bezahlt, wenn Kuraufenthalt oder Rehabilitation vom Versicherer bewilligt wurden. Voraussetzung für die Bewilligung ist, dass im Rahmen des Krankheitsgeschehens eine für die medizinisch indizierte Behandlung geeignete Einrichtung aufgesucht wird. Für ambulant durchgeführte Kuren oder Rehabilitationen erfolgt keine Bewilligung.

Das Tagegeld bei Kuraufenthalt nach Krankheit wird längstens für 28 Tage, das Tagegeld für Rehabilitation nach Krankheit bzw. Unfall wird längstens für 60 Tage geleistet. Leistungen gemäß Abs. 1 und 2 werden höchstens für 3 Aufenthalte in 6 Kalenderjahren erbracht.

§ 8

Änderung des Versicherungsschutzes und der Prämie

- (1) Der Versicherungsschutz ist gemäß § 18 AVBKV 2004 wertgesichert.
- (2) **Wertsicherung nach Verbraucherpreisindex**
Als für Änderungen der Prämie oder des Versicherungsschutzes maßgebender Umstand gilt die Indexveränderung vereinbart. Als Index gilt der von Statistik Austria verlaubliche durchschnittliche Index der Verbraucherpreise des letzten abgelaufenen Kalenderjahres.
Der Versicherer vergleicht die Indexveränderungen seit Versicherungsbeginn bzw. dem letzten Änderungszeitpunkt (z.B. Indexanpassung). Ergibt dieser Vergleich eine Erhöhung der Leistungen um mindestens eine Tarifstufe TE/TEU 5, so werden die Leistungen und Prämien dem geänderten Bedarf angepasst.
Die Anpassung erfolgt durch Erhöhung um die entsprechende Anzahl von Tarifstufen TE/TEU 5 zum 1.4. eines jeden Jahres. Eine Anpassung erfolgt frühestens nach Ablauf von zwei Jahren nach der letzten Tarifänderung, jedenfalls jedoch alle vier Jahre. Wird die Verlautbarung des Index der Verbraucherpreise eingestellt, so tritt an seine Stelle ein entsprechender Ersatzindex.
- (3) In Ergänzung zu § 18 Abs. 2 AVBKV 2004 gilt:
Ergibt dieser Vergleich eine Änderung der kalkulierten Prämie und Leistungen der Grundtarifstufe TE/TEU 5, so werden die Prämie und die Leistungen der Grundtarifstufe entsprechend angepasst.

§ 9

Gewinnverband

Die Versicherungen nach Tarifgruppe TE/TEU gehören zum Gewinnverband B. Ist ein Tarif für ambulante Heilbehandlung mit-versichert, gehören sie zum Gewinnverband A (siehe § 19 AVBKV 2004).

Die nachfolgenden Bestimmungen der §§ 10 bis 12 gelten nur bei Tarif TEU:

§ 10

Leistung bei tagesklinischer Behandlung

Die Leistung gemäß § 3 wird bei Operationen nach einem Unfall erbracht.

§ 11

Begriff des Unfalles

Ein Unfall liegt vor, wenn der Versicherte durch ein plötzlich von außen auf seinen Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet. Bauch- oder Unterleibsbrüche und Fehl- oder Frühgeburten, die durch einen Unfall herbeigeführt oder verschlechtert worden sind, gelten nicht als Unfallfolgen. Unfälle als Folgen einer Krankheit sind im Sinne dieser Versicherungsbedingungen Krankheiten.

§ 12

Tarifumstellung

- (1) Hat der Versicherte das 40. Lebensjahr vollendet, verpflichtet sich der Versicherer, seinen Vertrag ab dem nächstfolgenden Monatsersten auf den Tarif TE umzustellen. Für die Prämienbemessung wird sowohl das ursprüngliche Eintrittsalter als auch das bei der jeweiligen Anpassung (laut § 8) gültige Alter herangezogen.
- (2) Bei Ablehnung dieser Tarifumstellung wird die Versicherung mit einem Krankenhaustagegeldtarif fortgeführt, dessen Prämie dem bisher versicherten Tarif entspricht.

Ergänzende Versicherungsbedingungen für die Krankenhauskostenversicherung nach Unfällen – MedCare: Sonderklasse nach Unfall (Tarif SKU)

§ 1

Dauer der Versicherungsleistungen

Alle Leistungen (ausgenommen „Tagegeld bei Rehabilitation oder Anschlussheilverfahren“) werden innerhalb von zwei Jahren ab dem Unfalltag im Versicherungszeitraum bezahlt.

Die Leistung „Tagegeld bei Rehabilitation oder Anschlussheilverfahren“ ist mit 60 Tagen je Versicherungsfall begrenzt.

§ 2

Umfang der Versicherungsleistungen

- (1) **Leistung nach Unfall (siehe auch § 1 Abs. 5 und § 4 Abs. 2 AVBKV 2004)**
Ein Unfall liegt vor, wenn der Versicherte durch ein plötzlich von außen auf seinen Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.
Bauch- oder Unterleibsbrüche, Bandscheibenhernien sowie Fehl- und Frühgeburten, die durch einen Unfall herbeigeführt oder verschlechtert worden sind, gelten nicht als Unfallfolgen. Unfälle als Folgen einer Krankheit sind im Sinne dieser Versicherungsbedingungen Krankheiten.
- (2) **Leistung nach Krankheit**
Im Falle einer Krankheit werden keine Leistungen erbracht.
- (3) **Leistung bei Schwangerschaft und Entbindung**
Für Entbindungen sowie die mit der Schwangerschaft im Zusammenhang stehende medizinisch notwendige Heilbehandlung werden keine Leistungen erbracht.

§ 3

Gesundheits-Management

- (1) **Hilfe im Notfall in Österreich**
Ein medizinischer Notfall liegt vor, wenn der Versicherte von einer unmittelbaren Gefahr (z.B. akute Erkrankung, Unfall, drohende Einwirkung schädigender Stoffe) für Leben, körperliche Unversehrtheit oder Gesundheit bedroht ist.
In allen medizinischen Notfällen ist der Versicherer rund um die Uhr erreichbar und gewährleistet die Herstellung der Verbindung und Organisation des Transports zu allen Notfalleinrichtungen:
 - nächstgelegenes geeignetes Krankenhaus, Nacht- und Wochenenddienste durch Ärzte für Allgemeinmedizin und Zahnärzte bzw. Apotheken;
 - sonstige Notdienste (z. B. Rotes Kreuz, Vergiftungszentrale, psychosoziale Dienste).
 - (2) **Informationen über medizinische Einrichtungen und Gesundheitsdienste**
werden bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung aufgrund eines Unfalles zu folgenden Themen erteilt:
 - Medizinische Einrichtungen weltweit,
 - Krankenanstalten in Österreich (öffentlich, privat),
 - Transporteinrichtungen in Österreich.Die medizinische Behandlungsbedürftigkeit ist durch entsprechende medizinische Unterlagen nachzuweisen, aus denen hervorgeht, dass aufgrund der Diagnose und der Befunde eine Behandlung medizinisch notwendig und von einem Arzt bereits geplant ist.
Die Informationen werden einmal pro Versicherungsfall zur Verfügung gestellt.
1. **Informationen über medizinische Einrichtungen weltweit**
werden darüber hinaus nur erteilt, wenn für die spezielle medizinische Fragestellung kein geeigneter Arzt bzw. keine geeignete medizinische Einrichtung in Österreich vorhanden oder ärztliche Hilfe während eines Auslandsaufenthaltes erforderlich ist.
 2. **Informationen über Transporteinrichtungen in Österreich**
werden darüber hinaus nur erteilt, wenn aus den medizinischen Unterlagen hervorgeht, dass der Versicherte durch die Unfallfolgen oder wegen der ärztlich angeordneten Verhaltensmaßregeln außerstande ist, den Arzt oder die medizinische Einrichtung aus eigener Kraft aufzusuchen.

3. **Herstellung der Verbindung**

erfolgt nur auf Wunsch des Versicherten.

Der Versicherer stellt nur den erstmaligen Kontakt her, in weiterer Folge wendet sich der Versicherte selbst an den Arzt, die medizinische Einrichtung oder den Gesundheitsdienst.

4. Durch die Informationsleistung bzw. Herstellung der Verbindung gewährleistet der Versicherer nicht die Verfügbarkeit der Leistungen des betreffenden Arztes, der medizinischen Einrichtung oder des Gesundheitsdienstes in einem bestimmten Umfang oder innerhalb eines bestimmten Zeitraumes.

(3) **Ärztliche Beratung (Zweitmeinung)**

kann in Anspruch genommen werden, wenn die medizinische Behandlungsbedürftigkeit durch entsprechende medizinische Unterlagen nachgewiesen wird, aus denen hervorgeht, dass aufgrund der Diagnose und der Befunde eine Heilbehandlung medizinisch notwendig und von einem Arzt bereits geplant ist.

Der Versicherer ersetzt nur die Kosten der ersten Ordination. Die Kosten weiterer Konsultationen sind vom Versicherten selbst zu bezahlen.

Der Versicherer ersetzt die Transportkosten, wenn für die spezielle medizinische Fragestellung kein geeigneter Arzt bzw. keine geeignete medizinische Einrichtung in Österreich vorhanden ist. Transportkosten innerhalb Österreichs werden jedenfalls nicht übernommen.

(4) **Gesundheits-Management durch Begleitung**

wird für einen Zeitraum von bis zu 12 Monaten ab Beginn einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung von Unfallfolgen geboten.

Der Versicherer bietet Begleitung durch Gesundheits-ManagerInnen eines Vertragspartners des Versicherers zur besseren Bewältigung der durch den Versicherungsfall bedingten Lebenssituation und bei Maßnahmen zur Wiederherstellung der Gesundheit.

§ 4

Kostenübernahme in Krankenanstalten

(1) **Kostenübernahme in Vertragskrankenhäusern in Österreich laut Krankenhausverzeichnis**

Nimmt der Versicherte ein Zweibettzimmer in der Sonderklasse eines Vertragskrankenhauses in Österreich in Anspruch, so werden die vereinbarten Kosten einschließlich der ärztlichen Honorare anstelle der tariflichen Leistungen in voller Höhe übernommen und mit dem Krankenhaus direkt verrechnet.

(2) **Kostenübernahme in Europa laut Krankenhausverzeichnis (Europaliste)**

Nimmt der Versicherte ein Mehrbettzimmer in der Sonderklasse eines allgemeinen öffentlichen Krankenhauses im europäischen Ausland (lt. Europaliste) in Anspruch, so werden die Kosten der Pflege und Verpflegung, von Operationen und Behandlung einschließlich der ärztlichen Honorare anstelle der tariflichen Leistungen in voller Höhe übernommen.

(3) **Weltweite Kostenübernahme laut Krankenhausverzeichnis**

Nimmt der Versicherte ein Mehrbettzimmer in der Sonderklasse eines allgemeinen öffentlichen Krankenhauses außerhalb Österreichs und Europas (lt. Europaliste) in Anspruch, so werden die Kosten der Pflege und Verpflegung, von Operationen und Behandlung einschließlich der ärztlichen Honorare anstelle der tariflichen Leistungen in voller Höhe übernommen, wenn

- a) die Behandlung in Österreich gleichwertig nicht durchgeführt werden kann, diese ärztlich empfohlen und vom Versicherer vorher bewilligt wurde oder
- b) wegen eines Unfalles während eines vorübergehenden Aufenthaltes in diesen Ländern eine Heilbehandlung medizinisch notwendig ist und eine Rückkehr nach Österreich aus medizinischen Gründen nicht möglich ist.

Bei Kostenübernahme gemäß lit. a wird der für „Kosten des Transportes ins Krankenhaus“ festgesetzte Betrag verdoppelt.

(4) **Krankenhausverzeichnis – Europaliste**

Die Vertragskrankenhäuser und die Europaliste sind im Krankenhausverzeichnis enthalten. Änderungen in diesem Verzeichnis werden dem Versicherungsnehmer in geschriebener Form bekanntgegeben und treten mit Zugang der Verständigung in Kraft. Der Versicherungsnehmer ist gesondert darauf hinzuweisen, wenn der Versicherer überhaupt keine Vertragskrankenhäuser mehr hat, sodass die volle Kostenübernahme gegenstandslos geworden ist.

Diese allgemeine Kostendeckungszusage kann im Sinn des § 178 c VersVG vom Versicherer in geschriebener Form widerrufen werden. Der Widerruf wird nach Ablauf von drei Wochen wirksam.

(5) **Sozialversicherungsschutz**

Abhängig vom Sozialversicherungsschutz des Versicherten erfolgt die Kostenübernahme unter der Voraussetzung der Erbringung der nachstehenden Leistungen durch Sozialversicherungsträger. Ohne Leistung eines Sozialversicherungsträgers werden die Kosten des Krankenhausaufenthalts bis zu den in der Polizze angeführten tariflichen Höchstbeträgen ersetzt:

1. Für Sozialversicherte nach ASVG (Gebietskrankenkassen usw.), BSVG (Bauernkrankenkasse) und GSVG-Sachleistungsgruppe (Selbständige):
Der Sozialversicherungsträger erbringt eine Leistung für die Kosten der allgemeinen Gebührenklasse.

2. Für Sozialversicherte nach B-KUVG (Beamte):
Der Sozialversicherungsträger erbringt eine Leistung für die Kosten der allgemeinen Gebührenklasse und für einen Teil der Pflege- und/oder Sondergebühren einschließlich der Arzthonorare der Sonderklasse.
 3. Für Sozialversicherte nach GSVG-Geldleistungsgruppe (Selbständige):
Der Sozialversicherungsträger erbringt eine Leistung für die Kosten der allgemeinen Gebührenklasse und für einen Teil der Pflege- und/oder Sondergebühren einschließlich der Arzthonorare der Sonderklasse.
 4. Für Anspruchsberechtigte nach den Gemeinschaftsbestimmungen über die Soziale Sicherheit in der Europäischen Union (EU):
Der Versicherte ist aufgrund der Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 und Nr. 988/2009 für stationäre Heilbehandlung von Unfallfolgen in Österreich sachleistungsberechtigt und der Sozialversicherungsträger erbringt für den konkreten Krankenhausaufenthalt eine Leistung für die Kosten der allgemeinen Gebührenklasse.
- (6) **Entfall des Sozialversicherungsschutzes**
Endet der Sozialversicherungsschutz bzw. die Anspruchsberechtigung des Versicherten, so entfällt der Versicherungsschutz für die Kostenübernahme nach Unfällen; Kosten von Krankenhausaufenthalten werden dann bis zu den in der Police angeführten tariflichen Höchstbeträgen ersetzt.

Möchte der Versicherungsnehmer den Vertrag in dieser Form nicht fortsetzen, kann er diesen hinsichtlich des Versicherten innerhalb eines Monats mit Wirksamkeit ab Entfall des Sozialversicherungsschutzes kündigen.

Macht der Versicherungsnehmer von diesem Recht nicht innerhalb eines Monats Gebrauch, so ist die Vertragsbeendigung nur zu dem der Mitteilung des Versicherungsnehmers folgenden Monatsersten möglich.

§ 5 Direktverrechnung

Sofern eine Vereinbarung mit dem Leistungsträger (Krankenanstalt/Arzt) besteht, erfolgt auf Grundlage dieser Vereinbarung die direkte Verrechnung der Kosten und Honorare zwischen dem Versicherer und dem Leistungserbringer.
Weitere Grundlage ist eine vom Versicherten vor Antritt der stationären Heilbehandlung anzufordernde Kostenübernahmeerklärung. Die Art der Unfallfolgen und die Notwendigkeit der stationären Heilbehandlung sind in dieser Anforderung medizinisch nachzuweisen. Lässt die Dringlichkeit der Heilbehandlung eine vorhergehende Anfrage nicht zu, ist diese spätestens drei Arbeitstage ab Antritt der Heilbehandlung nachzureichen.

§ 6 Tageskosten

Die Leistung von Tageskosten umfasst die zu bezahlenden Kosten für Verpflegungs- und Krankenhausgebühren, Arztleistungen, Arzneimittel (Heilmittel) und Heilbehelfe. Leistungen gemäß § 5 Abs. 12 AVBKV 2004 (Operationskosten) sind keine Tageskosten.

§ 7 Rehabilitation und Anschlussheilverfahren nach Unfällen

Das Tagegeld bei Rehabilitation wird bei Aufhalten in Rehabilitationszentren erbracht. Das Tagegeld bei Anschlussheilverfahren wird bei Nachbehandlungen (ursächlicher Zusammenhang mit einer vorangehenden Primärbehandlung in einer Krankenanstalt) in Sonderheilanstalten vergütet.

§ 8 Änderung des Versicherungsschutzes und der Prämie

- (1) Der Versicherungsschutz ist gemäß § 18 AVBKV 2004 wertgesichert.
- (2) In Ergänzung zu § 18 Abs. 1 AVBKV 2004 gilt:
Kann in einem Bundesland über die Höhe der Krankenhauskosten und Honorare kein Einvernehmen hergestellt werden, wird der Anpassung die jeweilige Veränderung des von Statistik Austria verlautbarten Index der Verbraucherpreise zugrundegelegt.
- (3) In Ergänzung zu § 18 Abs. 3 AVBKV 2004 gilt:
Ob und in welchem Umfang der Versicherer zur Kostenübernahme verpflichtet ist, ergibt sich aus der zuletzt gültigen Police.

§ 9 Gewinnverband

Die Versicherungen nach Tarif SKU gehören zum Gewinnverband B. Ist ein Tarif für ambulante Heilbehandlung mitversichert, der dem Gewinnverband A zugeordnet ist, gehören sie zum Gewinnverband A (siehe § 19 AVBKV 2004).

Ergänzende Versicherungsbedingungen für die Krankenhauskostenversicherung nach Unfällen, Krankenhaustagegeld bei Krankheit sowie Option auf Krankenhauskostenversicherung bei Krankheit – MedCare: Sonderklasse nach Unfall mit Option (Tarif SO)

§ 1

Dauer der Versicherungsleistungen

Alle Leistungen nach Unfällen (ausgenommen „Tagegeld bei Rehabilitation oder Anschlussheilverfahren“) werden innerhalb von zwei Jahren ab dem Unfalltag im Versicherungszeitraum bezahlt.

Die Leistung „Tagegeld bei Rehabilitation oder Anschlussheilverfahren“ ist mit 60 Tagen je Versicherungsfall begrenzt.

§ 2

Gesundheits-Management

(1) Hilfe im Notfall in Österreich

Ein medizinischer Notfall liegt vor, wenn der Versicherte von einer unmittelbaren Gefahr (z.B. akute Erkrankung, Unfall, drohende Einwirkung schädigender Stoffe) für Leben, körperliche Unversehrtheit oder Gesundheit bedroht ist.

In allen medizinischen Notfällen ist der Versicherer rund um die Uhr erreichbar und gewährleistet die Herstellung der Verbindung und Organisation des Transports zu allen Notfalleinrichtungen:

- nächstgelegenes geeignetes Krankenhaus, Nacht- und Wochenenddienste durch Ärzte für Allgemeinmedizin und Zahnärzte bzw. Apotheken;
- sonstige Notdienste (z.B. Rotes Kreuz, Vergiftungszentrale, psychosoziale Dienste).

(2) Informationen über medizinische Einrichtungen und Gesundheitsdienste

werden bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung aufgrund eines Unfalles zu folgenden Themen erteilt:

- Medizinische Einrichtungen weltweit,
- Krankenanstalten in Österreich (öffentlich, privat),
- Transporteinrichtungen in Österreich.

Die medizinische Behandlungsbedürftigkeit ist durch entsprechende medizinische Unterlagen nachzuweisen, aus denen hervorgeht, dass aufgrund der Diagnose und der Befunde eine Behandlung medizinisch notwendig und von einem Arzt bereits geplant ist.

Die Informationen werden einmal pro Versicherungsfall zur Verfügung gestellt.

1. Informationen über medizinische Einrichtungen weltweit

werden darüber hinaus nur erteilt, wenn für die spezielle medizinische Fragestellung kein geeigneter Arzt bzw. keine geeignete medizinische Einrichtung in Österreich vorhanden oder ärztliche Hilfe während eines Auslandsaufenthaltes erforderlich ist.

2. Informationen über Transporteinrichtungen in Österreich

werden darüber hinaus nur erteilt, wenn aus den medizinischen Unterlagen hervorgeht, dass der Versicherte durch die Unfallfolgen oder wegen der ärztlich angeordneten Verhaltensmaßregeln außerstande ist, den Arzt oder die medizinische Einrichtung aus eigener Kraft aufzusuchen.

3. Herstellung der Verbindung

erfolgt nur auf Wunsch des Versicherten.

Der Versicherer stellt nur den erstmaligen Kontakt her, in weiterer Folge wendet sich der Versicherte selbst an den Arzt, die medizinische Einrichtung oder den Gesundheitsdienst.

4. Durch die Informationsleistung bzw. Herstellung der Verbindung gewährleistet der Versicherer nicht die Verfügbarkeit der Leistungen des betreffenden Arztes, der medizinischen Einrichtung oder des Gesundheitsdienstes in einem bestimmten Umfang oder innerhalb eines bestimmten Zeitraumes.

(3) Ärztliche Beratung (Zweitmeinung)

kann in Anspruch genommen werden, wenn die medizinische Behandlungsbedürftigkeit durch entsprechende medizinische Unterlagen nachgewiesen wird, aus denen hervorgeht, dass aufgrund der Diagnose und der Befunde eine Heilbehandlung medizinisch notwendig und von einem Arzt bereits geplant ist.

Der Versicherer ersetzt nur die Kosten der ersten Ordination. Die Kosten weiterer Konsultationen sind vom Versicherten selbst zu bezahlen.

Der Versicherer ersetzt die Transportkosten, wenn für die spezielle medizinische Fragestellung kein geeigneter Arzt bzw. keine geeignete medizinische Einrichtung in Österreich vorhanden ist. Transportkosten innerhalb Österreichs werden jedenfalls nicht übernommen.

(4) Gesundheits-Management durch Begleitung

wird für einen Zeitraum von bis zu 12 Monaten ab Beginn einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung von Unfallfolgen erbracht.

Der Versicherer bietet Begleitung durch Gesundheits-ManagerInnen eines Vertragspartners des Versicherers zur besseren Bewältigung der durch den Versicherungsfall bedingten Lebenssituation und bei Maßnahmen zur Wiederherstellung der Gesundheit.

§ 3

Kostenübernahme in Krankenanstalten

- (1) **Kostenübernahme in Vertragskrankenhäusern in Österreich laut Krankenhausverzeichnis**
Nimmt der Versicherte ein Zweibettzimmer in der Sonderklasse eines Vertragskrankenhauses in Österreich in Anspruch, so werden die vereinbarten Kosten einschließlich der ärztlichen Honorare anstelle der tariflichen Leistungen in voller Höhe übernommen und mit dem Krankenhaus direkt verrechnet.
- (2) **Kostenübernahme in Europa laut Krankenhausverzeichnis (Europaliste)**
Nimmt der Versicherte ein Mehrbettzimmer in der Sonderklasse eines allgemeinen öffentlichen Krankenhauses im europäischen Ausland (lt. Europaliste) in Anspruch, so werden die Kosten der Pflege und Verpflegung, von Operationen und Behandlung einschließlich der ärztlichen Honorare anstelle der tariflichen Leistungen in voller Höhe übernommen.
- (3) **Weltweite Kostenübernahme laut Krankenhausverzeichnis**
Nimmt der Versicherte ein Mehrbettzimmer in der Sonderklasse eines allgemeinen öffentlichen Krankenhauses außerhalb Österreichs und Europas (lt. Europaliste) in Anspruch, so werden die Kosten der Pflege und Verpflegung, von Operationen und Behandlung einschließlich der ärztlichen Honorare anstelle der tariflichen Leistungen in voller Höhe übernommen, wenn
 - a) die Behandlung in Österreich gleichwertig nicht durchgeführt werden kann, diese ärztlich empfohlen und vom Versicherer vorher bewilligt wurde oder
 - b) wegen eines Unfalles während eines vorübergehenden Aufenthaltes in diesen Ländern eine Heilbehandlung medizinisch notwendig ist und eine Rückkehr nach Österreich aus medizinischen Gründen nicht möglich ist.Bei Kostenübernahme gemäß lit. a. wird der für „Kosten des Transportes ins Krankenhaus“ festgesetzte Betrag verdoppelt.
- (4) **Krankenhausverzeichnis – Europaliste**
Die Vertragskrankenhäuser und die Europaliste sind im Krankenhausverzeichnis enthalten. Änderungen in diesem Verzeichnis werden dem Versicherungsnehmer in geschriebener Form bekannt gegeben und treten mit Zugang der Verständigung in Kraft. Der Versicherungsnehmer ist gesondert darauf hinzuweisen, wenn der Versicherer überhaupt keine Vertragskrankenhäuser mehr hat, sodass die volle Kostenübernahme gegenstandslos geworden ist.

Diese allgemeine Kostendeckungszusage kann im Sinn des § 178 c VersVG vom Versicherer in geschriebener Form widerrufen werden. Der Widerruf wird nach Ablauf von drei Wochen wirksam.

- (5) **Sozialversicherungsschutz**
Abhängig vom Sozialversicherungsschutz des Versicherten erfolgt die Kostenübernahme unter der Voraussetzung der Erbringung der nachstehenden Leistungen durch Sozialversicherungsträger.
Ohne Leistung eines Sozialversicherungsträgers werden die Kosten des Krankenhausaufenthalts bis zu den in der Polizze angeführten tariflichen Höchstbeträgen ersetzt:
 1. Für Sozialversicherte nach ASVG (Gebietskrankenkassen usw.), BSVG (Bauernkrankenkasse) und GSVG-Sachleistungsgruppe (Selbständige):
Der Sozialversicherungsträger erbringt eine Leistung für die Kosten der allgemeinen Gebührenklasse.
 2. Für Sozialversicherte nach B-KUVG (Beamte):
Der Sozialversicherungsträger erbringt eine Leistung für die Kosten der allgemeinen Gebührenklasse und für einen Teil der Pflege- und/oder Sondergebühren einschließlich der Arzthonorare der Sonderklasse.
 3. Für Sozialversicherte nach GSVG-Geldleistungsgruppe (Selbständige):
Der Sozialversicherungsträger erbringt eine Leistung für die Kosten der allgemeinen Gebührenklasse und für einen Teil der Pflege- und/oder Sondergebühren einschließlich der Arzthonorare der Sonderklasse.
 4. Für Anspruchsberechtigte nach den Gemeinschaftsbestimmungen über die Soziale Sicherheit in der Europäischen Union (EU):
Der Versicherte ist aufgrund der Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 und Nr. 988/2009 für stationäre Heilbehandlung von Unfallfolgen in Österreich sachleistungsberechtigt und der Sozialversicherungsträger erbringt für den konkreten Krankenhausaufenthalt eine Leistung für die Kosten der allgemeinen Gebührenklasse.
- (6) **Entfall des Sozialversicherungsschutzes**
Endet der Sozialversicherungsschutz bzw. die Anspruchsberechtigung des Versicherten, entfällt der Versicherungsschutz für die Kostenübernahme nach Unfällen; Kosten von Krankenhausaufenthalten werden dann bis zu den in der Polizze angeführten tariflichen Höchstbeträgen ersetzt.

Möchte der Versicherungsnehmer den Vertrag in dieser Form nicht fortsetzen, kann er innerhalb eines Monats mit Wirksamkeit ab Entfall des Sozialversicherungsschutzes

- a) den Vertrag hinsichtlich des Versicherten kündigen, oder
- b) hinsichtlich des Versicherten die Umstellung auf den Tarif SD (Krankenhauskostenversicherung nach Krankheit und Unfall) für Nichtsozialversicherte verlangen. Für diese Tarifumstellung gilt die Bestimmung des § 6 Abs. 2 sinngemäß.

Macht der Versicherungsnehmer von diesem Recht nicht innerhalb eines Monats Gebrauch, so ist die Vertragsbeendigung bzw. -umstellung nur zu dem der Mitteilung des Versicherungsnehmers folgenden Monatsersten möglich.

§ 4

Direktverrechnung

Sofern eine Vereinbarung mit dem Leistungsträger (Krankenanstalt/Arzt) besteht, erfolgt auf Grundlage dieser Vereinbarung die direkte Verrechnung der Kosten und Honorare zwischen dem Versicherer und dem Leistungserbringer.

Weitere Grundlage ist eine vom Versicherten vor Antritt der stationären Heilbehandlung anzufordernde Kostenübernahmeerklärung. Die Art der Unfallfolgen und die Notwendigkeit der stationären Heilbehandlung sind in dieser Anforderung medizinisch nachzuweisen. Lässt die Dringlichkeit der Heilbehandlung eine vorhergehende Anfrage nicht zu, ist diese spätestens drei Arbeitstage ab Antritt der Heilbehandlung nachzureichen.

§ 5

Umfang der Versicherungsleistungen

(1) Leistung nach Unfall

1. Ein Unfall liegt vor, wenn der Versicherte durch ein plötzlich von außen auf seinen Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet. Bauch- oder Unterleibsbrüche, Bandscheibenhernien sowie Fehl- und Frühgeburten, die durch einen Unfall herbeigeführt oder verschlechtert worden sind, gelten nicht als Unfallfolgen. Unfälle als Folgen einer Krankheit sind im Sinne dieser Versicherungsbedingungen Krankheiten.
2. Bei stationärer Heilbehandlung wegen Unfallfolgen werden entweder die Kosten des Aufenthaltes (Kostenübernahme oder tariflicher Kostenersatz) oder das Ersatztagegeld bezahlt.
3. **Tageskosten**
umfassen die zu bezahlenden Kosten für Verpflegs- und Krankenhausgebühren (für die Unterbringung, Pflege und Verpflegung).
4. **Behandlungshonorar**
umfasst alle ärztlichen Honorare ausgenommen die Honorare für technische Untersuchungen wie bildgebende Verfahren, Labor, Nuklearmedizin etc.
5. **Technische Leistungen**
umfassen die Honorare für technische Untersuchungen wie bildgebende Verfahren, Labor, Nuklearmedizin etc. und sämtlichen Sachaufwand einschließlich der Kosten für Benützung des Operationssaales, der Arzneimittel (Heilmittel) und Heilbehelfe (abweichend von § 5 C) Abs. 12 bis 14 AVBKV 2004).
6. Für tagesklinische Heilbehandlungen in Krankenhäusern, mit denen dafür keine vertraglichen Vereinbarungen über die Kostenübernahme bestehen, werden für die Kosten die folgenden tariflichen Leistungen wie für eine eintägige stationäre Heilbehandlung erbracht:
 - Tageskosten,
 - Behandlungshonorar,
 - Technische Leistungen und
 - Summenleistung.

Tagesklinische Heilbehandlungen sind Heilbehandlungen in einem Krankenhaus, sofern die folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- Die Art der Heilbehandlung erfordert üblicherweise einen Aufenthalt von mindestens 24 Stunden,
- der Versicherte wird noch am Tag der Aufnahme aus dem Krankenhaus entlassen, und
- für die Heilbehandlung wird die Infrastruktur einer Abteilung des Krankenhauses in Anspruch genommen (z.B. Aufnahme in der Bettenstation, Benützung eines Operationssaales).

Heilbehandlungen und Operationen in der Ambulanz eines Krankenhauses stellen jedenfalls keine tagesklinischen Behandlungen dar.

7. **Tagegeld bei Rehabilitation oder Anschlussheilverfahren**

Diese Leistung wird erbracht

- bei Rehabilitation für Aufenthalte in Rehabilitationszentren;
- bei Anschlussheilverfahren für Nachbehandlungen (ursächlicher Zusammenhang mit einer vorangehenden Primärbehandlung in einer Krankenanstalt) in Sonderheilanstalten.

Das Tagegeld bei Rehabilitation oder Anschlussheilverfahren ist mit 60 Tagen je Versicherungsfall begrenzt.

(2) **Leistung nach Krankheit (siehe auch § 1 Abs. 2 und 4 AVBKV 2004)**

Bei stationärer Heilbehandlung wegen Krankheit wird das „Krankenhaus-Tagegeld“ bezahlt.

(3) **Leistung bei Entbindung**

Bei einer Entbindung zu Hause sowie bei einer Entbindung im Krankenhaus wird unabhängig von der Dauer des Krankenhausaufenthaltes das „Entbindungsgeld“ an Stelle aller anderen Leistungen bezahlt.

(4) **Aufenthaltskosten der Begleitperson**

Die Leistung wird zusätzlich zu den Kosten des Aufenthaltes (Kostenübernahme oder tariflicher Kostenersatz) oder zusätzlich zum „Krankenhaus-Tagegeld“ oder „Ersatztagegeld“ erbracht.

§ 6

Tarifumstellung

- (1) Der Versicherungsnehmer hat bis zur Vollendung des 45. Lebensjahres des Versicherten das Recht, jährlich zum Beginn des Kalenderjahres die Umstellung auf den Tarif SD (Krankenhauskostenversicherung nach Krankheit und Unfall) zu beantragen. Der Umstieg muss vor dem Umstellungszeitpunkt beantragt werden.
- (2) Macht der Versicherungsnehmer von seinem Recht auf Tarifumstellung Gebrauch, so wird die Prämie für den Tarif SD nach dem Alter des Versicherten zum Zeitpunkt des Umstiegs berechnet. Diese Prämie wird aufgrund der bisherigen Versicherungsdauer im Tarif SO je Versicherungsjahr um 1,5%, maximal jedoch um 15% ermäßigt. Die Tarifumstellung erfolgt ohne neuerliche Risikoprüfung und ohne Wartezeiten für die neuen Leistungen.
- (3) Hat der Versicherte das 45. Lebensjahr vollendet, ohne dass eine Umstellung gemäß Abs. 2 beantragt wurde, so wird der Vertrag ab dem nächsten Stichtag (Abs.1) auf den Tarif SD (Krankenhauskostenversicherung nach Krankheit und Unfall) nach den Bestimmungen des Abs. 2 umgestellt.
Bei Ablehnung dieser Tarifumstellung wird die Versicherung mit einem Krankenhauskostentarif nach Unfall und mit einem Krankenhausstagegeldtarif im zum Zeitpunkt der Umstellung bestehenden Umfang fortgeführt.

§ 7

Änderung des Versicherungsschutzes und der Prämie

- (1) Der Versicherungsschutz ist gemäß § 18 AVBKV 2004 wertgesichert.
- (2) In Ergänzung zu § 18 Abs. 1 AVBKV 2004 gilt:
Kann in einem Bundesland über die Höhe der Krankenhauskosten und Honorare kein Einvernehmen hergestellt werden, wird der Anpassung die jeweilige Veränderung des von Statistik Austria verlautbarten Index der Verbraucherpreise zugrundegelegt.
- (3) In Ergänzung zu § 18 Abs. 3 AVBKV 2004 gilt:
Ob und in welchem Umfang der Versicherer zur Kostenübernahme verpflichtet ist, ergibt sich aus der zuletzt gültigen Police.

§ 8

Gewinnverband

Die Versicherungen nach Tarif SO gehören zum Gewinnverband B. Ist ein Tarif für ambulante Heilbehandlung mitversichert, der dem Gewinnverband A zugeordnet ist, gehören sie zum Gewinnverband A (siehe § 19 AVBKV 2004).

Ergänzende Versicherungsbedingungen für den Versicherungsschutz auf Reisen – MedReise (Tarif 2RE) und MedReise Plus (Tarif 2RF)

§ 1

Versicherungsschutz bei Reisen

(1) Geltungsbereich des Versicherungsschutzes bei Reisen

1. Versicherungsschutz besteht für Personen, die ihren Hauptwohnsitz in Österreich haben, während einer Reise mit einer Dauer
 - von bis zu 6 Wochen (Tarif 2RE) bzw.
 - von bis zu 4 Monaten (Tarif 2RF).

Voraussetzung für den Versicherungsschutz innerhalb Österreichs ist eine Reise mit mindestens einer Übernachtung. Kein Versicherungsschutz besteht in dem Ort bzw. in der Stadt, in der der Versicherte seinen Hauptwohnsitz oder den Arbeitsplatz hat, sowie auf den Fahrten zwischen diesen Orten.

Im Rahmen von Tarif 2RE besteht auch kein Versicherungsschutz in dem Ort bzw. in der Stadt in der der Versicherte seinen weiteren Wohnsitz (Zweitwohnsitz) hat, sowie auf Fahrten von und zu diesem.

Im Rahmen von Tarif 2RF besteht Versicherungsschutz auch am Zweitwohnsitz des Versicherten, nicht jedoch auf Fahrten von und zu diesem.

2. Soweit im Leistungstarif auf Angehörige Bezug genommen wird, sind darunter der Ehepartner bzw. Lebensgefährte, die Kinder und die Eltern des Versicherten zu verstehen.
3. Der Begriff „akute Erkrankung“ bezeichnet ein Krankheitsbild, das nach objektiven medizinischen Kriterien in der konkreten Form und zu dem betreffenden Zeitpunkt unvorhergesehen auftritt.
Keine akute Erkrankung ist insbesondere:

- eine Erkrankung, die ausschließlicher oder teilweiser Grund für den Antritt der Reise war;
- die Verschlimmerung einer bereits bestehenden Erkrankung, mit der aufgrund des Gesundheitszustandes des Versicherten und Art / Dauer der Reise gerechnet werden musste;
- eine bestehende Erkrankung, deren Behandlung während der Reise aufgrund des bekannten Verlaufs zu erwarten war bzw. aufgrund eines Therapieplans erfolgt.

(2) **Ersatz von Behandlungskosten im Ausland**

1. Ist aufgrund einer akuten Erkrankung oder eines Unfalles des Versicherten während einer Reise im Ausland ärztliche Behandlung erforderlich, ersetzt der Versicherer die nachgewiesenen Kosten für die Behandlung.

Als Behandlungskosten sind die Kosten von stationärer Heilbehandlung in Spitälern und Sanatorien, Kosten des Transportes in die nächstgelegene Krankenanstalt und zurück, Arztkosten für Behandlung außerhalb einer Krankenanstalt sowie die Kosten ärztlich verordneter Heilmittel zu verstehen.

2. Erstattet werden die Kosten für die dringlich im Ausland notwendigen ärztlichen Behandlungen. Nicht erstattet werden Kosten für Behandlungen, die ausschließlicher oder teilweiser Grund für den Antritt der Reise sind, für die Weiterbehandlung von akuten Erkrankungen und Unfällen nach erfolgter Erstbehandlung, für die Inanspruchnahme ortsgebundener Heilvorkommen (Kuren), für konservierende und prothetische Zahnbehandlung und Kosten für die Beistellung von Heilbehelfen (z. B. Brillen, Mieder, Prothesen).

(3) **Arzneimittelversand**

Ist der Versicherte auf einer Reise zur Aufrechterhaltung oder Wiederherstellung seiner Gesundheit auf verschreibungspflichtige Arzneimittel, die an seinem Aufenthaltsort oder in dessen Nähe nicht erhältlich sind und für die es dort auch kein Ersatzpräparat gibt, dringend angewiesen, sorgt der Versicherer nach Abstimmung mit dem Hausarzt für die Zusendung und trägt die hierdurch entstehenden Kosten. Voraussetzung ist, dass keine Einfuhrbeschränkungen bestehen. Die Kosten für eine eventuell notwendige Abholung des Arzneimittels sowie dessen Verzollung werden dem Versicherten erstattet.

(4) **Rückholung von mitreisenden Kindern**

Können mitreisende Kinder unter 15 Jahren auf einer Reise infolge Todes oder akuter Erkrankung des Versicherten weder von diesem noch einer anderen mitreisenden Person betreut werden, sorgt der Versicherer für deren Abholung und Rücktransport mit einer Begleitperson zu deren ständigen Wohnsitz und trägt die hierdurch entstehenden Kosten.

(5) **Planwidrige Rückreise wegen Krankheit oder Unfall des Versicherten**

Ist dem Versicherten aufgrund einer akuten Erkrankung oder eines Unfalles auf einer Reise die planmäßige Rückreise an den Wohnort nicht möglich, sorgt der Versicherer für die Organisation der Rückreise und ersetzt die Mehrkosten der Rückreise (z.B. Verfall einer Fahrkarte, notwendige Benützung der Eisenbahn oder eines Flugzeuges).

(6) **Vorzeitiger Abbruch einer Reise, außerplanmäßige Verlängerung des Aufenthaltes**

Ist dem Versicherten die planmäßige Beendigung seiner Reise infolge Todes oder schwerer Erkrankung einer mitreisenden Person oder eines Angehörigen zu Hause nicht zuzumuten, organisiert der Versicherer die Rückreise und ersetzt die im Verhältnis zur ursprünglichen Rückreise entstehenden höheren Fahrtkosten. Verlängert sich der Aufenthalt des Versicherten infolge Todes oder schwerer Erkrankung einer mitreisenden Person, ersetzt der Versicherer die dadurch entstehenden höheren Nächtigungskosten.

(7) **Ersatz von Mehrkosten für die Rückreise bzw. für die Rückholung von Kindern**

Erfolgt die Rückreise gemäß § 1 Abs. 4 – 6 dieser Bedingungen mit einem Privat-PKW, werden die Kosten einer Bahnkarte 2. Klasse vergütet.

(8) **Organisation von Reisezahlungsmitteln**

Kommen dem Versicherten seine Reisezahlungsmittel während einer Reise ohne seinen Willen abhanden und gerät er hierdurch in eine Notlage - sei es, dass er die Reise nicht fortsetzen kann oder nicht mehr zahlungsfähig ist - so stellt der Versicherer den Kontakt zwischen dem Versicherten und dessen Hausbank her, ist bei Übermittlung eines von der Hausbank zur Verfügung gestellten Betrages behilflich und trägt hierfür die Kosten.

Ist eine Kontaktaufnahme mit der Hausbank binnen 24 Stunden nicht möglich, stellt der Versicherer einen Vorschuss zur Verfügung und trägt die Kosten des Geldtransfers. Der Vorschuss wird nur gegen Empfangsbestätigung und Rückzahlungsverpflichtung gewährt.

Der Versicherte ist verpflichtet, den Vorschuss dem Versicherer binnen zwei Wochen nach seiner Rückkehr von der Reise, spätestens jedoch binnen eines Monats nach Zahlungserhalt zurückzuzahlen.

(9) **Medizinische Begründung des Nottransportes aus dem Ausland**

Medizinisch begründet ist ein Nottransport aus dem Ausland, wenn eine lebensbedrohende Erkrankung bzw. Unfallverletzung vorliegt, die ärztliche Versorgung im Ausland unzureichend ist oder die voraussichtliche Dauer der Krankenhausbehandlung 4 Wochen übersteigt.

(10) **Informationen rund um die Reise**

werden während einer Reise oder vor Antritt einer bereits geplanten Reise zur Verfügung gestellt. Die Reise ist durch entsprechende Unterlagen (Buchungsbestätigung, Flugticket, etc.) nachzuweisen. Die Informationen werden einmal pro Reise zur Verfügung gestellt.

§ 2

Subsidiarität

Der Versicherungsschutz gilt subsidiär. Die Versicherungsleistungen werden daher nur erbracht, soweit nicht aus anderen Privat- oder Sozialversicherungen Ersatz erlangt werden kann.

§ 3

Änderung des Versicherungsschutzes und der Prämie

Der Versicherungsschutz ist gemäß § 18 AVBKV 2004 wertgesichert.

§ 4

Gewinnverband

Versicherungen nach den Tarifen 2RE und 2RF nehmen an keinem Gewinnverband teil. Die Leistungen haben keinen Einfluss auf eine garantierte Prämienrückvergütung.

Ergänzende Versicherungsbedingungen für die Gesundheitsvorsorge

- Rundum gesund (Tarif 30V),**
- Management-Checkup (Tarif 40V) und**
- Rundum fit (Tarif 60V)**

§ 1

Leistungszeitraum

Die tariflichen Leistungen können bei

- Tarif 30V jeweils einmal in zwei Kalenderjahren,
- Tarif 40V jeweils einmal in drei Kalenderjahren

in Anspruch genommen werden. Dieser Zeitraum wird nach dem Beginn jenes Kalenderjahres ermittelt, in das der ursprüngliche Versicherungsbeginn (§ 3 AVBKV 2004) fällt.

Bei Tarif 60V können die tariflichen Leistungen jeweils einmal pro Kalenderjahr in Anspruch genommen werden.

Eine Leistung, die nicht innerhalb der genannten Zeiträume in Anspruch genommen wurde, kann in der nächsten Periode nicht mehr konsumiert werden.

§ 2

Wartezeit

In Abänderung des § 4 AVBKV 2004 entfällt die allgemeine Wartezeit von 3 Monaten.

§ 3

Änderung des Versicherungsschutzes und der Prämie

- (1) Der Versicherungsschutz ist gemäß § 18 AVBKV 2004 wertgesichert.
- (2) Als für Änderungen der Prämie oder des Versicherungsschutzes maßgebender Umstand gilt eine Indexveränderung vereinbart. Als Index gilt der von Statistik Austria monatlich verlaubliche Index der Verbraucherpreise.

Zur Festsetzung der erforderlichen Leistungsanpassung vergleicht der Versicherer zum 1. Jänner eines jeden Jahres die Indexveränderung – Oktober des vorangegangenen Jahres gegenüber Oktober des vorvergangenen Jahres. Bei einer Indexveränderung wird die Leistung zum 1. Jänner angepasst. Wird die Verlautbarung des Index der Verbraucherpreise eingestellt, so tritt an seine Stelle ein entsprechender Ersatzindex.

Eine Prämienhöhung erfolgt erst, wenn seit der letzten Tarifkalkulation eine Leistungserhöhung von mehr als 10% eingetreten ist.

§ 4

Gewinnverband

Die Versicherungen nach Tarifen 30V, 40V und 60V gehören zum Gewinnverband B.

Die Prämien sind nicht gewinnberechtigt, die Leistungen haben keinen Einfluss auf die garantierte Prämienrückvergütung oder die Auszahlung einer Gewinnbeteiligung der sonst versicherten Tarife.

Ergänzende Versicherungsbedingungen für die Gesundheitsvorsorge – Aktiv gegen Krebs (Tarif 1V)

§ 1

Vorsorgeuntersuchung

- (1) Der tarifliche Kostenersatz kann für maximal zwei Vorsorgeuntersuchungen pro Kalenderjahr in Anspruch genommen werden.

Für eine Vorsorgeuntersuchung, die innerhalb dieses Zeitraums nicht durchgeführt wird, besteht im nächsten Kalenderjahr kein Leistungsanspruch (nicht ausgeschöpfte Leistungsbeträge können nicht in die Folgeperiode übertragen werden).

Fällt der Versicherungsbeginn für den Tarif 1V nicht mit dem Beginn eines Kalenderjahres zusammen, werden Leistungen für den Zeitraum zwischen Versicherungsbeginn des Tarifes 1V und 31. Dezember des betreffenden Jahres bis zu dem diesem Zeitraum entsprechenden anteiligen Höchstbetrag erbracht (der vor Versicherungsbeginn liegende Teil eines Kalendermonats wird für die Ermittlung des anteiligen Höchstbetrags mit einbezogen). Dies gilt sinngemäß, wenn der Vertrag während des Kalenderjahres endet.

- (2) Vorsorgeuntersuchungen sind Untersuchungen (auch Röntgen- und Laboruntersuchungen):
- durch in Österreich zur selbständigen Ausübung des ärztlichen Berufes zugelassene Ärzte oder Fachärzte,
 - unter Anwendung von nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft zweckmäßigen und ausreichenden Maßnahmen,
 - zur Früherkennung und Vorsorge folgender Erkrankungen:
 - a Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems (Bluthochdruck, Herzinfarkt)
 - b Stoffwechsel-Erkrankungen (Übergewicht, Störungen des Fettstoffwechsels, Diabetes mellitus);
 - c Häufige Krebserkrankungen (Brust-, Gebärmutterhals-, Darm-, Haut-, Prostatakrebs);
- Ebenfalls als Vorsorgeuntersuchung anzusehen ist die einmalige Feststellung der für die erste Hilfe nach akuten Erkrankungen oder Unfällen bzw. zur Schockbekämpfung wesentlichen Daten, wie Blutgruppe, Rhesusfaktor, Allergien, Medikamentenunverträglichkeit, usw.

- (3) Nicht als Vorsorgeuntersuchung gelten:
- Ärztliche Heilbehandlungen,
 - Ärztliche Untersuchungen nach erfolgter Zuweisung durch einen Arzt im Rahmen einer durch diesen begonnenen Heilbehandlung,
 - Schwangerschaftstests,
 - Zahnärztliche Kontroll- und/oder Vorsorgeuntersuchungen,
 - Seh- und Hörtests.

§ 2

Informationen für Vorsorgeuntersuchungen

Bei Anspruch auf eine Vorsorgeuntersuchung (§ 1, Abs. 1) informiert der Versicherer den Versicherten auf dessen Wunsch über Ärzte, Spezialisten und medizinische Einrichtungen für Vorsorgeuntersuchungen (§ 1, Abs. 2).

Ebenso bietet der Versicherer Information und Unterstützung bei der Umsetzung ärztlich empfohlener Maßnahmen zur Reduktion von Risikofaktoren, die bei einer Vorsorgeuntersuchung festgestellt wurden. Die mit den Maßnahmen verbundenen Kosten werden nicht ersetzt.

§ 3

Wartezeit

In Abänderung des § 4 AVBKV 2004 entfällt die allgemeine Wartezeit von 3 Monaten.

§ 4

Änderung des Versicherungsschutzes und der Prämie

Der Versicherungsschutz ist gemäß § 18 AVBKV 2004 wertgesichert.

§ 5

Gewinnverband

Versicherungen nach Tarif 1V nehmen an keinem Gewinnverband teil.

Die Leistungen haben keinen Einfluss auf eine garantierte Prämienrückvergütung der sonst versicherten Tarife.

Ergänzende Versicherungsbedingungen für die Versicherung der Kosten stationärer und tagesklinischer Heilbehandlung – MedCare: Sonderklasse (Tarif SD)

§ 1

Gesundheits-Management

(1) Hilfe im Notfall in Österreich

Ein medizinischer Notfall liegt vor, wenn der Versicherte von einer unmittelbaren Gefahr (z.B. akute Erkrankung, Unfall, drohende Einwirkung schädigender Stoffe) für Leben, körperliche Unversehrtheit oder Gesundheit bedroht ist.

In allen medizinischen Notfällen ist der Versicherer rund um die Uhr erreichbar und gewährleistet die Herstellung der Verbindung und Organisation des Transports zu allen Notfalleinrichtungen:

- nächstgelegenes geeignetes Krankenhaus, Nacht- und Wochenenddienste durch Ärzte für Allgemeinmedizin und Zahnärzte bzw. Apotheken;
- sonstige Notdienste (z.B. Rotes Kreuz, Vergiftungszentrale, psychosoziale Dienste).

(2) Informationen über medizinische Einrichtungen und Gesundheitsdienste

werden bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung wegen Krankheit oder Unfallfolgen zu folgenden Themen erteilt:

- Medizinische Einrichtungen weltweit,
- Krankenanstalten in Österreich (öffentlich, privat),
- Transporteinrichtungen in Österreich.

Die medizinische Behandlungsbedürftigkeit ist durch entsprechende medizinische Unterlagen nachzuweisen, aus denen hervorgeht, dass aufgrund der Diagnose und der Befunde eine Heilbehandlung medizinisch notwendig und von einem Arzt bereits geplant ist.

Die Informationen werden einmal pro Versicherungsfall zur Verfügung gestellt.

1. Informationen über medizinische Einrichtungen weltweit

werden darüber hinaus nur erteilt, wenn für die spezielle medizinische Fragestellung kein geeigneter Arzt bzw. keine geeignete medizinische Einrichtung in Österreich vorhanden oder ärztliche Hilfe während eines Auslandsaufenthaltes erforderlich ist.

2. Informationen über Transporteinrichtungen in Österreich

werden darüber hinaus nur erteilt, wenn aus den medizinischen Unterlagen hervorgeht, dass der Versicherte aufgrund der Art der Erkrankung bzw. durch die Unfallfolgen oder wegen der ärztlich angeordneten Verhaltensmaßregeln außerstande ist, den Arzt oder die medizinische Einrichtung aus eigener Kraft aufzusuchen.

3. Herstellung der Verbindung

erfolgt nur auf Wunsch des Versicherten.

Der Versicherer stellt nur den erstmaligen Kontakt her, in weiterer Folge wendet sich der Versicherte selbst an den Arzt, die medizinische Einrichtung oder den Gesundheitsdienst.

4. Durch die Informationsleistung bzw. Herstellung der Verbindung gewährleistet der Versicherer nicht die Verfügbarkeit der Leistungen des betreffenden Arztes, der medizinischen Einrichtung oder des Gesundheitsdienstes in einem bestimmten Umfang oder innerhalb eines bestimmten Zeitraumes.

(3) Ärztliche Beratung (Zweitmeinung)

kann in Anspruch genommen werden, wenn die medizinische Behandlungsbedürftigkeit durch entsprechende medizinische Unterlagen nachgewiesen wird, aus denen hervorgeht, dass aufgrund der Diagnose und der Befunde eine Heilbehandlung medizinisch notwendig und von einem Arzt bereits geplant ist.

Der Versicherer ersetzt nur die Kosten der ersten Ordination. Die Kosten weiterer Konsultationen sind vom Versicherten selbst zu bezahlen.

Der Versicherer ersetzt die Transportkosten, wenn für die spezielle medizinische Fragestellung kein geeigneter Arzt bzw. keine geeignete medizinische Einrichtung in Österreich vorhanden ist. Transportkosten innerhalb Österreichs werden jedenfalls nicht übernommen.

(4) Gesundheits-Management durch Begleitung

wird für einen Zeitraum von bis zu 12 Monaten ab Beginn einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung einer Krankheit oder von Unfallfolgen angeboten.

Diese Leistung wird durch Gesundheits-ManagerInnen eines Vertragspartners des Versicherers zur besseren Bewältigung der durch den Versicherungsfall bedingten Lebenssituation und für Maßnahmen zur Wiederherstellung der Gesundheit sowie Reduktion von Risikofaktoren (wie z.B. Gewichtskontrolle, Ernährungsberatung, Stressmanagement) erbracht.

§ 2

Kostenübernahme in Krankenanstalten

(1) Kostenübernahme in den Vertragskrankenhäusern in Österreich laut Krankenhausverzeichnis

Nimmt der Versicherte eine Behandlung in einem Vertragskrankenhaus in Österreich in Anspruch, so werden die vereinbarten Kosten einschließlich der ärztlichen Honorare anstelle der tariflichen Leistungen in voller Höhe übernommen und mit dem Krankenhaus direkt verrechnet.

- (2) **Kostenübernahme in Europa laut Krankenhausverzeichnis (Europaliste)**
Nimmt der Versicherte eine Behandlung in einem allgemeinen öffentlichen Krankenhaus im europäischen Ausland (siehe Krankenhausverzeichnis/Europaliste) in Anspruch, so werden die Kosten der Pflege und Verpflegung, von Operationen und Behandlung einschließlich der ärztlichen Honorare anstelle der tariflichen Leistungen in voller Höhe übernommen.
- (3) **Weltweite Kostenübernahme laut Krankenhausverzeichnis**
Nimmt der Versicherte eine Behandlung in einem allgemeinen öffentlichen Krankenhaus außerhalb Österreichs und Europas (siehe Europaliste) in Anspruch, so werden die Kosten der Pflege und Verpflegung, von Operationen und Behandlung einschließlich der ärztlichen Honorare anstelle der tariflichen Leistungen in voller Höhe übernommen, wenn
a) die Behandlung in Österreich gleichwertig nicht durchgeführt werden kann, diese ärztlich empfohlen und vom Versicherer vorher bewilligt wurde oder
b) wegen eines Unfalles oder einer akut auftretenden Erkrankung während eines vorübergehenden Aufenthaltes in diesen Ländern eine Heilbehandlung medizinisch notwendig ist und eine Rückkehr nach Österreich aus medizinischen Gründen nicht möglich ist.
Bei Kostenübernahme gemäß lit. a. wird der für „Kosten des Krankenhaus- und Heimtransportes“ festgesetzte Betrag verzehnfacht.
- (4) **Krankenhausverzeichnis – Garantietarife – Europaliste**
Die Vertragskrankenhäuser in Österreich und die Länder der Europaliste sind im Krankenhausverzeichnis angeführt. Für alle Vertragskrankenhäuser sind für die volle Kostenübernahme zumindest erforderliche Tarifstufen definiert (Garantietarife). Die Kostenübernahme aufgrund des versicherten Tarifs ist in der Polizze beschrieben.

Diese allgemeine Kostendeckungszusage kann im Sinn des § 178c VersVG vom Versicherer in geschriebener Form widerrufen werden. Der Widerruf wird nach Ablauf von drei Wochen wirksam.

- (5) **Selbstbehalt**
1. Selbstbehalt bei Krankheit
Ist der versicherte Tarif niedriger als der für das betreffende Krankenhaus bzw. die betreffende Zimmerkategorie gültige Garantietarif, so gilt die Kostenübernahme (Abs. 1 bis 3) mit dem auf der Polizze angeschriebenen Selbstbehalt vereinbart. Dieser Selbstbehalt wird pro Versichertem und Kalenderjahr berechnet.
 2. Selbstbehalt bei Unfall
Nach einem Unfall gilt die Kostenübernahme für die laut Polizze vereinbarte Zimmerkategorie (Abs. 1 bis 3) innerhalb von 2 Jahren ab dem Unfalltag ohne Selbstbehalt.
- (6) **Differenztagegeld in Vertragskrankenhäusern in Österreich**
Besteht Versicherungsschutz nach einem Tarif, der höher ist als für die volle Kostenübernahme lt. Krankenhausverzeichnis erforderlich, wird für jeden Tag des Aufenthaltes ein Differenztagegeld geleistet. Die Höhe des Differenztagegeldes ergibt sich aus der Differenz zwischen der Anzahl der Tarifstufen des versicherten Tarifes und des für die volle Kostenübernahme erforderlichen Garantietarifes, multipliziert mit dem für die Grundtarifstufe SD1 vorgesehenen Betrag von EUR 0,80.
- (7) **Sozialversicherungsschutz**
Abhängig vom Sozialversicherungsschutz des Versicherten erfolgt die Kostenübernahme unter der Voraussetzung der Erbringung der nachstehenden Leistungen durch Sozialversicherungsträger. Ohne Leistung eines Sozialversicherungsträgers werden die Kosten des Krankenhausaufenthalts mit einem Selbstbehalt wie für Personen ohne gesetzliche Krankenversicherung ersetzt:
1. Für Sozialversicherte nach ASVG (Gebietskrankenkassen usw.), BSVG (Bauernkrankenkasse) und GSVG-Sachleistungsgruppe (Selbständige):
Der Sozialversicherungsträger erbringt eine Leistung für die Kosten der allgemeinen Gebührenklasse.
 2. Für Sozialversicherte nach B-KUVG (Beamte):
Der Sozialversicherungsträger erbringt eine Leistung für die Kosten der allgemeinen Gebührenklasse und für einen Teil der Pflege- und/oder Sondergebühren einschließlich der Arzthonorare der Sonderklasse.
 3. Für Sozialversicherte nach GSVG-Geldleistungsgruppe (Selbständige):
Der Sozialversicherungsträger erbringt eine Leistung für die Kosten der allgemeinen Gebührenklasse und für einen Teil der Pflege- und/oder Sondergebühren einschließlich der Arzthonorare der Sonderklasse.
 4. Für Anspruchsberechtigte nach den Gemeinschaftsbestimmungen über die Soziale Sicherheit in der Europäischen Union (EU):
Der Versicherte ist aufgrund der Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 und Nr. 988/2009 im Krankheitsfall in Österreich sachleistungsberechtigt und der Sozialversicherungsträger erbringt für den konkreten Krankenhausaufenthalt eine Leistung für die Kosten der allgemeinen Gebührenklasse.
- (8) **Änderung/Ende des Sozialversicherungsschutzes, Änderung des Wohnsitzes**
Ändert sich der Sozialversicherungsschutz oder der Wohnsitz des Versicherten, so kann der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats mit Wirksamkeit ab dieser Änderung die Umstellung auf einen gleichartigen Tarif, der dem neuen Sozialversicherungsschutz bzw. dem neuen Wohnsitz entspricht, verlangen.

Der Versicherer ist dann verpflichtet, ohne Altersbegrenzung, ohne Wartezeiten für die Mehrleistungen und ungeachtet eines etwa verschlechterten Gesundheitszustandes einen gleichartigen Tarif anzubieten, sofern der Geschäftsplan einen solchen vorsieht.

Macht der Versicherungsnehmer von diesem Recht nicht innerhalb eines Monats Gebrauch, so ist die Tarifumstellung nur zu dem der Mitteilung des Versicherungsnehmers folgenden Monatsersten möglich. Diese Umstellung erfolgt nicht mit den oben genannten Begünstigungen.

Dies gilt sinngemäß, wenn der Sozialversicherungsschutz des Versicherten endet. Bis zur Umstellung auf einen gleichartigen Tarif für Nichtsozialversicherte erfolgt die Kostenübernahme mit einem Selbstbehalt, der sich aus der Stufendifferenz des versicherten Tarifs zu dem entsprechenden Garantietarif für Nichtsozialversicherte ergibt.

§ 3

Direktverrechnung

Sofern eine Vereinbarung mit dem Leistungsträger (Krankenhaus/Arzt) besteht, erfolgt auf Grundlage dieser Vereinbarung die direkte Verrechnung der Kosten und Honorare zwischen dem Versicherer und dem Leistungserbringer.

Weitere Grundlage ist eine vom Versicherten vor Antritt der Heilbehandlung anzufordernde Kostenübernahmeerklärung. Die Art der Erkrankung und die Notwendigkeit der Heilbehandlung sind in dieser Anforderung medizinisch nachzuweisen. Lässt die Dringlichkeit der Heilbehandlung eine vorhergehende Anfrage nicht zu, ist diese spätestens drei Arbeitstage ab Antritt der Heilbehandlung nachzureichen.

§ 4

Tarifliche Leistungen

(1) Stationäre Heilbehandlung in Krankenhäusern

Bei stationärer Heilbehandlung in Krankenhäusern, die im Krankenhausverzeichnis nicht enthalten sind, werden für die Kosten des Aufenthaltes die Leistungen gemäß der für

- Tageskosten,
- Behandlungshonorar,
- Technische Leistungen, und
- Summenleistung

festgesetzten Beträgen erbracht.

(2) Umfang einzelner tariflicher Leistungen

1. Tageskosten

umfassen die zu bezahlenden Kosten für Verpflegs- und Krankenhausgebühren (für die Unterbringung, Pflege und Verpflegung).

2. Behandlungshonorar

umfasst alle ärztlichen Honorare (auch Honorare für Hebammen) ausgenommen die Honorare für technische Untersuchungen wie bildgebende Verfahren, Labor, Nuklearmedizin etc.

3. Technische Leistungen

umfassen die Honorare für technische Untersuchungen wie bildgebende Verfahren, Labor, Nuklearmedizin etc. und sämtlichen Sachaufwand einschließlich der Kosten für Benützung des Operationssaales, der Arzneimittel (Heilmittel) und Heilbehelfe (abweichend von § 5 C) Abs. 12 bis 14 AVBKV 2004).

§ 5

Tagesklinische Behandlung in Krankenhäusern

(1) Tagesklinische Heilbehandlungen sind Heilbehandlungen in einem Krankenhaus, sofern die folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- Die Art der Heilbehandlung erfordert üblicherweise einen Aufenthalt von mindestens 24 Stunden,
- der Versicherte wird noch am Tag der Aufnahme aus dem Krankenhaus entlassen, und
- für die Heilbehandlung wird die Infrastruktur einer Abteilung des Krankenhauses in Anspruch genommen (z.B. Aufnahme in der Bettenstation, Benützung eines Operationssaales).

Heilbehandlungen und Operationen in der Ambulanz eines Krankenhauses stellen jedenfalls keine tagesklinischen Behandlungen dar.

(2) Für tagesklinische Heilbehandlungen in Krankenhäusern, mit denen dafür keine vertraglichen Vereinbarungen über die Kostenübernahme bestehen, werden für die Kosten die folgenden tariflichen Leistungen wie für eine eintägige stationäre Heilbehandlung erbracht:

- Tageskosten,
- Behandlungshonorar,
- Technische Leistungen und
- Summenleistung.

§ 6

Änderung des Versicherungsschutzes und der Prämie

(1) Der Versicherungsschutz ist gemäß § 18 AVBKV 2004 wertgesichert.

(2) In Ergänzung zu § 18 Abs. 1 AVBKV 2004 gilt:

Kann in einem Bundesland über die Höhe der Krankenhauskosten und Honorare kein Einvernehmen hergestellt werden, wird der Anpassung die jeweilige Veränderung des von Statistik Austria verlautbarten Index der Verbraucherpreise zugrundegelegt.

- (3) In Ergänzung zu § 18 Abs. 2 AVBKV 2004 gilt:
Ergibt der Vergleich der genannten Faktoren eine Änderung der zu erwartenden Leistungen um mindestens die in der Grundtarifstufe SD1 festgelegten Leistungen, so erfolgt eine Erhöhung um die entsprechende Anzahl von Grundtarifstufen.
Ergibt dieser Vergleich auch eine Änderung der kalkulierten Prämie und Leistungen der Grundtarifstufe SD1, so werden auch die Prämien und Leistungen der Grundtarifstufe entsprechend angepasst.
- (4) In Ergänzung zu § 18 Abs. 3 AVBKV 2004 gilt:
Ob und in welchem Umfang der Versicherer zur Kostenübernahme (§ 2 Abs. 1 – 3) verpflichtet ist, ergibt sich aus der zuletzt gültigen Police.

§ 7 Gewinnverband

Die Versicherungen nach Tarif SD gehören zum Gewinnverband B. Ist ein Tarif für ambulante Heilbehandlung mitversichert, der dem Gewinnverband A zugeordnet ist, gehören sie zum Gewinnverband A (siehe § 19 AVBKV 2004).

Ergänzende Versicherungsbedingungen für die Versicherung der Kosten stationärer Heilbehandlung mit Selbstbehalt, ambulanter Operation sowie bei Kur oder Rehabilitation – MedCare: Sonderklasse mit Selbstbehalt (Tarife 1S/2S)

§ 1 Versicherbarer Personenkreis

- (1) Die Tarife 1S und 2S können nur für Personen abgeschlossen werden, die gegenüber einer gesetzlichen Krankenkasse anspruchsberechtigt sind.

Eine Anspruchsberechtigung im Sinne dieser Bestimmung ist auch gegeben, wenn die versicherte Person nach den Gemeinschaftsbestimmungen über die Soziale Sicherheit in der Europäischen Union (EU) – Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 und Nr. 988/2009 – im Krankheitsfall in Österreich sachleistungsberechtigt ist (Leistungen analog ASVG).

- (2) Fällt der Sozialversicherungsschutz weg, so ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, dies dem Versicherer unverzüglich bekannt zu geben. Der Versicherer hat daraufhin binnen Monatsfrist einen Tarif für Nichtsozialversicherte anzubieten, sofern der Geschäftsplan einen solchen vorsieht. Eine Fortsetzung des Vertrages mit dem Tarif für Sozialversicherte ist nicht möglich.

Unterlässt der Versicherungsnehmer die Bekanntgabe des Wegfalls des Sozialversicherungsschutzes, so entfällt der Versicherungsschutz für volle Kostenübernahme (§ 4 Abs. 1 - 3); Kosten von Krankenhausaufenthalten werden im Rahmen der tariflichen Höchstbeträge abzüglich des im Leistungstarif vereinbarten Selbstbehaltes ersetzt.

§ 2 Gesundheits-Management

- (1) **Hilfe im Notfall in Österreich**
Ein medizinischer Notfall liegt vor, wenn der Versicherte von einer unmittelbaren Gefahr (z.B. akute Erkrankung, Unfall, drohende Einwirkung schädigender Stoffe) für Leben, körperliche Unversehrtheit oder Gesundheit bedroht ist. In allen medizinischen Notfällen ist der Versicherer rund um die Uhr erreichbar und gewährleistet die Herstellung der Verbindung und Organisation des Transports zu allen Notfalleinrichtungen:
- nächstgelegenes geeignetes Krankenhaus, Nacht- und Wochenenddienste durch Ärzte für Allgemeinmedizin und Zahnärzte bzw. Apotheken;
 - sonstige Notdienste (z.B. Rotes Kreuz, Vergiftungszentrale, psychosoziale Dienste).
- (2) **Informationen über medizinische Einrichtungen und Gesundheitsdienste**
werden bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung wegen Krankheit oder Unfallfolgen zu folgenden Themen erteilt:
- Medizinische Einrichtungen weltweit,
 - Krankenanstalten in Österreich (öffentlich, privat),
 - Transporteinrichtungen in Österreich.

Die medizinische Behandlungsbedürftigkeit ist durch entsprechende medizinische Unterlagen nachzuweisen, aus denen hervorgeht, dass aufgrund der Diagnose und der Befunde eine Heilbehandlung medizinisch notwendig und von einem Arzt bereits geplant ist.

Die Informationen werden einmal pro Versicherungsfall zur Verfügung gestellt.

1. **Informationen über medizinische Einrichtungen weltweit**
werden darüber hinaus nur erteilt, wenn für die spezielle medizinische Fragestellung kein geeigneter Arzt bzw. keine geeignete medizinische Einrichtung in Österreich vorhanden oder ärztliche Hilfe während eines Auslandsaufenthaltes erforderlich ist.

2. **Informationen über Transporteinrichtungen in Österreich**
werden darüber hinaus nur erteilt, wenn aus den medizinischen Unterlagen hervorgeht, dass der Versicherte aufgrund der Art der Erkrankung bzw. durch die Unfallfolgen oder wegen der ärztlich angeordneten Verhaltensmaßregeln außerstande ist, den Arzt oder die medizinische Einrichtung aus eigener Kraft aufzusuchen.
 3. **Herstellung der Verbindung**
erfolgt nur auf Wunsch des Versicherten.
Der Versicherer stellt nur den erstmaligen Kontakt her, in weiterer Folge wendet sich der Versicherte selbst an den Arzt, die medizinische Einrichtung oder den Gesundheitsdienst.
 4. Durch die Informationsleistung bzw. Herstellung der Verbindung gewährleistet der Versicherer nicht die Verfügbarkeit der Leistungen des betreffenden Arztes, der medizinischen Einrichtung oder des Gesundheitsdienstes in einem bestimmten Umfang oder innerhalb eines bestimmten Zeitraumes.
- (3) **Ärztliche Beratung (Zweitmeinung)**
kann in Anspruch genommen werden, wenn die medizinische Behandlungsbedürftigkeit durch entsprechende medizinische Unterlagen nachgewiesen wird, aus denen hervorgeht, dass aufgrund der Diagnose und der Befunde eine Heilbehandlung medizinisch notwendig und von einem Arzt bereits geplant ist.
- Der Versicherer ersetzt nur die Kosten der ersten Ordination. Die Kosten weiterer Konsultationen sind vom Versicherten selbst zu bezahlen.
Der Versicherer ersetzt die Transportkosten, wenn für die spezielle medizinische Fragestellung kein geeigneter Arzt bzw. keine geeignete medizinische Einrichtung in Österreich vorhanden ist. Transportkosten innerhalb Österreichs werden jedenfalls nicht übernommen.
- (4) **Gesundheits-Management durch Begleitung**
wird für einen Zeitraum von bis zu 12 Monaten ab Beginn einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung einer Krankheit oder von Unfallfolgen angeboten.
Diese Leistung wird durch Gesundheits-ManagerInnen eines Vertragspartners des Versicherers zur besseren Bewältigung der durch den Versicherungsfall bedingten Lebenssituation und für Maßnahmen zur Wiederherstellung der Gesundheit sowie Reduktion von Risikofaktoren (wie z.B. Gewichtskontrolle, Ernährungsberatung, Stressmanagement) erbracht.

§ 3 Dauer der Versicherungsleistungen

Alle Leistungen, ausgenommen „Tagegeld bei Kur oder Rehabilitation“, werden ohne zeitliche Begrenzung erbracht.

§ 4 Kostenübernahme in Krankenanstalten

- (1) **Kostenübernahme in den Vertragskrankenhäusern in Österreich laut Krankenhausverzeichnis**
Nimmt der Versicherte ein Zweibettzimmer in der Sonderklasse eines Vertragskrankenhauses in Österreich in Anspruch, so werden die vereinbarten Kosten einschließlich der ärztlichen Honorare anstelle der tariflichen Leistungen in voller Höhe übernommen und mit dem Krankenhaus direkt verrechnet.
- (2) **Kostenübernahme in Europa laut Krankenhausverzeichnis (Europaliste)**
Nimmt der Versicherte ein Mehrbettzimmer in der Sonderklasse eines allgemeinen öffentlichen Krankenhauses im europäischen Ausland (siehe Europaliste) in Anspruch, so werden die Kosten der Pflege und Verpflegung, von Operationen und Behandlungen einschließlich der ärztlichen Honorare anstelle der tariflichen Leistungen in voller Höhe übernommen.
- (3) **Weltweite Kostenübernahme laut Krankenhausverzeichnis**
Nimmt der Versicherte ein Mehrbettzimmer in der Sonderklasse eines allgemeinen öffentlichen Krankenhauses außerhalb Österreichs und Europas (siehe Europaliste) in Anspruch, so werden die Kosten der Pflege und Verpflegung, von Operationen und Behandlung einschließlich der ärztlichen Honorare anstelle der tariflichen Leistungen in voller Höhe übernommen, wenn
 - a) die Behandlung in Österreich gleichwertig nicht durchgeführt werden kann, diese ärztlich empfohlen und vom Versicherer vorher bewilligt wurde oder
 - b) wegen eines Unfalles oder einer akut auftretenden Erkrankung während eines vorübergehenden Aufenthaltes in diesen Ländern eine Heilbehandlung medizinisch notwendig ist und eine Rückkehr nach Österreich aus medizinischen Gründen nicht möglich ist.
 Bei Kostenübernahme gemäß lit. a. wird der für „Kosten des Krankenhaus- und Heimtransportes“ festgesetzte Betrag verzehnfacht.
- (4) **Krankenhausverzeichnis – Europaliste**
Die Vertragskrankenhäuser Österreichs und die Europaliste sind im Krankenhausverzeichnis angeführt. Änderungen in diesem Verzeichnis werden dem Versicherungsnehmer in geschriebener Form bekannt gegeben und treten mit Zugang der Verständigung in Kraft. Der Versicherungsnehmer ist gesondert darauf hinzuweisen, wenn der Versicherer überhaupt kein Vertragskrankenhaus mehr hat, sodass die volle Kostenübernahme gegenstandslos geworden ist.

Diese allgemeine Kostendeckungszusage kann im Sinne des § 178c VersVG vom Versicherer in geschriebener Form widerrufen werden.

Der Widerruf wird nach Ablauf von drei Wochen wirksam.

(5) **Sozialversicherungsschutz**

Abhängig vom Sozialversicherungsschutz des Versicherten erfolgt die Kostenübernahme unter der Voraussetzung der Erbringung der nachstehenden Leistungen durch Sozialversicherungsträger. Ohne Leistung eines Sozialversicherungsträgers werden die Kosten des Krankenhausaufenthalts bis zu den in der Polizza angeführten Höchstbeträgen (Tariflicher Kostenersatz in Krankenanstalten) abzüglich des vereinbarten Selbstbehalts ersetzt:

1. Für Sozialversicherte nach ASVG (Gebietskrankenkassen usw.), BSVG (Bauernkrankenkasse) und GSVG-Sachleistungsgruppe (Selbständige):
Der Sozialversicherungsträger erbringt eine Leistung für die Kosten der allgemeinen Gebührenklasse.
2. Für Sozialversicherte nach B-KUVG (Beamte):
Der Sozialversicherungsträger erbringt eine Leistung für die Kosten der allgemeinen Gebührenklasse und für einen Teil der Pflege- und/oder Sondergebühren einschließlich der Arzthonorare der Sonderklasse.
3. Für Sozialversicherte nach GSVG-Geldleistungsgruppe (Selbständige):
Der Sozialversicherungsträger erbringt eine Leistung für die Kosten der allgemeinen Gebührenklasse und für einen Teil der Pflege- und/oder Sondergebühren einschließlich der Arzthonorare der Sonderklasse.
4. Für Anspruchsberechtigte nach den Gemeinschaftsbestimmungen über die Soziale Sicherheit in der Europäischen Union (EU):
Der Versicherte ist aufgrund der Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 und Nr. 988/2009 im Krankheitsfall in Österreich sachleistungsberechtigt und der Sozialversicherungsträger erbringt für den konkreten Krankenhausaufenthalt eine Leistung für die Kosten der allgemeinen Gebührenklasse.

§ 5 Selbstbehalt

- (1) Die Leistungen aus Kostenübernahme und tariflichem Kostenersatz in Krankenanstalten werden abzüglich der im Leistungstarif vereinbarten Selbstbehalte erbracht.
Diese werden pro Versichertem und Kalenderjahr berechnet.
Dabei werden bereits bezahlte Selbstbehalte desselben Kalenderjahres angerechnet.
- (2) Bei den folgenden Leistungen wird kein Selbstbehalt berechnet:
 - Kostenübernahme/tariflicher Kostenersatz für Heilbehandlung in der laut Polizza vereinbarten Zimmerkategorie nach einem Unfall innerhalb von 2 Jahren ab dem Unfalltag,
 - Kostenübernahme/tariflicher Kostenersatz für ambulante Operationen in der Ordination von Fachärzten,
 - Ersatztagegeld,
 - Aufenthaltskosten der Begleitperson,
 - Kosten des Krankenhaus- und Heimtransportes,
 - Entbindungsgeld,
 - Tagegeld bei Kur oder Rehabilitation.
- (3) Bei tagesklinischen Heilbehandlungen wird der halbe Selbstbehalt für „Sonderklasse Zweibettzimmer in ganz Österreich“ angewendet (die Bestimmungen des Abs. 1 gelten sinngemäß).
Tagesklinische Heilbehandlungen sind Heilbehandlungen in einem Krankenhaus, sofern die folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:
 - Die Art der Heilbehandlung erfordert üblicherweise einen Aufenthalt von mindestens 24 Stunden,
 - der Versicherte wird noch am Tag der Aufnahme aus dem Krankenhaus entlassen, und
 - für die Heilbehandlung wird die Infrastruktur einer Abteilung des Krankenhauses in Anspruch genommen (z.B. Aufnahme in der Bettenstation, Benutzung eines Operationssaales).

§ 6 Direktverrechnung mit Krankenanstalten

Sofern eine Vereinbarung mit dem Leistungsträger (Krankenhaus/Arzt) besteht, erfolgt auf Grundlage dieser Vereinbarung die direkte Verrechnung der Kosten und Honorare zwischen dem Versicherer und dem Leistungserbringer.

Weitere Grundlage ist eine vom Versicherten vor Antritt der Heilbehandlung anzufordernde Kostenübernahmeerklärung. Die Art der Erkrankung und die Notwendigkeit der Heilbehandlung sind in dieser Anforderung medizinisch nachzuweisen. Lässt die Dringlichkeit der Heilbehandlung eine vorhergehende Anfrage nicht zu, ist diese spätestens drei Arbeitstage ab Antritt der Heilbehandlung nachzureichen.

§ 7 Tagegeld bei Kur oder Rehabilitation

- (1) Diese Tarifleistung wird bezahlt, wenn der Sozialversicherungsträger den Versicherten in ein eigenes Kurheim oder Rehabilitationszentrum einweist oder einen Kurkostenzuschuss bewilligt. Als Kurkostenzuschuss des Sozialversicherungsträgers ist ein Zuschuss zu den Kosten einer Kur außerhalb des Wohnortes anzusehen, nicht der Ersatz von Kurmittelkosten allein.
- (2) Diese Tarifleistung wird auch bezahlt, wenn der Aufenthalt vom Versicherer vor Antritt bewilligt wurde.

Voraussetzung für die Bewilligung ist, dass im Rahmen des Krankheitsgeschehens eine für die medizinisch indizierte Behandlung geeignete Einrichtung aufgesucht wird. Für ambulant durchgeführte Kuren erfolgt keine Bewilligung.

- (3) Diese Tarifleistung wird längstens bezahlt
- bei Kuraufenthalt für 28 Tage,
 - bei Rehabilitation für 60 Tage.
- Leistungen gemäß Abs. 1 und 2 werden höchstens für 3 Aufenthalte in 6 Kalenderjahren erbracht.

§ 8

Änderung des Versicherungsschutzes und der Prämie

- (1) Der Versicherungsschutz ist gemäß § 18 AVBKV 2004 wertgesichert.
- (2) In Ergänzung zu § 18 Abs. 1 AVBKV 2004 gilt:
Kann in einem Bundesland über die Höhe der Krankenhauskosten und Honorare kein Einvernehmen hergestellt werden, wird der Anpassung die jeweilige Veränderung des von Statistik Austria verlautbarten Index der Verbraucherpreise zugrundegelegt.
- (3) In Ergänzung zu § 18 Abs. 3 AVBKV 2004 gilt:
Ob und in welchem Umfang der Versicherer zur Kostenübernahme (§ 4 Abs. 1 – 3) verpflichtet ist, ergibt sich aus der zuletzt gültigen Police.

§ 9

Gewinnverband

Die Versicherungen nach Tarif 1S und 2S gehören zum Gewinnverband B. Ist ein Tarif für ambulante Heilbehandlung mitversichert, der dem Gewinnverband A zugeordnet ist, gehören sie zum Gewinnverband A (siehe § 19 AVBKV 2004).

Ergänzende Versicherungsbedingungen für die Versicherung der Kosten für Kur und Rehabilitation – Kur und Rehabilitation (Tarif KD)

§ 1

Gesundheits-Management

- (1) **Informationen über Kur- und Rehabilitationseinrichtungen in Österreich**
werden erteilt, sofern eine Leistungsvoraussetzung gemäß § 2 oder § 3 erfüllt ist.

Informationen über Kur- und Rehabilitationseinrichtungen weltweit

werden erteilt, sofern eine Leistungsvoraussetzung gemäß § 2 oder § 3 erfüllt und für die spezielle medizinische Fragestellung kein geeigneter Arzt bzw. keine geeignete medizinische Einrichtung in Österreich vorhanden ist.

Die Informationen werden einmal pro Versicherungsfall zur Verfügung gestellt.

- (2) **Herstellung der Verbindung**
erfolgt nur auf Wunsch des Versicherten.
Der Versicherer stellt nur den erstmaligen Kontakt her, in weiterer Folge wendet sich der Versicherte selbst an den Arzt bzw. die Kur- oder Rehabilitationseinrichtung.
- (3) Durch die Informationsleistung bzw. Herstellung der Verbindung gewährleistet der Versicherer nicht die Verfügbarkeit der Leistungen des betreffenden Arztes bzw. der Kur- oder Rehabilitationseinrichtung in einem bestimmten Umfang oder innerhalb eines bestimmten Zeitraumes.

§ 2

Kostenersatz für stationäre Kur, Rehabilitation, Anschlussheilverfahren

- (1) Die Kosten der Unterbringung und Verpflegung und der ärztlich verordneten Behandlungen, werden im Wege der „Kostenübernahme“ (Abs. 2) oder bis zum tariflichen Höchstbetrag je Aufenthaltstag ersetzt, wenn keine Leistung durch einen Sozialversicherungsträger erfolgt und der Aufenthalt vor Antritt durch den Versicherer genehmigt wurde. Grundlage für die Genehmigung ist, dass im Rahmen des Krankheitsgeschehens eine für die medizinisch indizierte Behandlung geeignete Einrichtung aufgesucht wird.
Der Antrag auf Erstattung der Kosten ist entsprechend medizinisch zu begründen. Der Versicherer kann vor Erledigung des Antrages auf seine Kosten die Untersuchung des Antragstellers durch einen von ihm bestimmten Arzt verlangen. Er hat binnen 4 Wochen nach Eingang des Antrages oder des Untersuchungsergebnisses Stellung zu nehmen, ansonsten gilt der Antrag als bewilligt.

Anspruch auf Kostenübernahme und tariflichen Kostenersatz besteht während eines Zeitraumes von 6 Kalenderjahren für höchstens 2 Aufenthalte.

Bei Kuraufenthalt wird die Leistung für längstens 28 Tage, bei Rehabilitation bzw. stationärer Nachbehandlung (Anschlussheilverfahren) für längstens 60 Tage erbracht.

(2) **Vertragspartner – Direktverrechnung – volle Kostenübernahme**

1. Nimmt der Versicherte eine Behandlung in einer Vertragseinrichtung des Versicherers in Anspruch, so werden die vereinbarten Kosten der Unterbringung und Verpflegung und der ärztlich verordneten Behandlungen in voller Höhe übernommen und mit der Vertragseinrichtung direkt verrechnet.
2. **Vertragspartnerverzeichnis**
Die für die volle Kostenübernahme geltenden Tarife (Garantietarife) und die Vertragseinrichtungen sind im Vertragspartnerverzeichnis für Tarif KD enthalten.
Diese allgemeine Kostendeckungszusage kann im Sinn des § 178c VersVG vom Versicherer in geschriebener Form widerrufen werden. Der Widerruf wird nach Ablauf von drei Wochen wirksam.
3. **Direktverrechnung**
Sofern eine Vereinbarung mit dem Leistungserbringer (Kur-, Rehabilitationseinrichtung) besteht, erfolgt auf Grundlage dieser Vereinbarung die direkte Verrechnung der Kosten zwischen dem Versicherer und dem Leistungserbringer.
Weitere Grundlage ist eine vom Versicherten vor Antritt des stationären Aufenthalts anzufordernde Kostenübernahmeerklärung gemäß Abs. 1.
4. **Selbstbehalt**
Ist der versicherte Tarif niedriger als der laut Vertragspartnerverzeichnis für Tarif KD gültige Garantietarif, so gilt die Kostenübernahme (Punkt 1) mit einem Selbstbehalt je Aufenthaltstag vereinbart. Die Selbstbehalte sind im Vertragspartnerverzeichnis für Tarif KD angeführt.

§ 3

Tagegeld und Kostenzuschuss für stationäre Kur, Rehabilitation, Anschlussheilverfahren

- (1) **Tagegeld bei Kuraufenthalten oder Rehabilitation**
wird bezahlt, wenn eine Einrichtung des Sozialversicherungsträgers oder eine sonstige Einrichtung auf volle Kosten des Sozialversicherungsträgers in Anspruch genommen wird.
- (2) **Zuschuss zu Kosten eines Kuraufenthaltes**
wird bezahlt, wenn der Sozialversicherungsträger einen Kurkostenzuschuss bezahlt. Das ist ein Zuschuss zu den Kosten eines Kur- oder Erholungsaufenthaltes außerhalb des Wohnortes, nicht aber der Ersatz von Kurmittelkosten alleine.
- (3) **Tagegeld bei stationärer Nachbehandlung**
wird für ein Anschlussheilverfahren bezahlt, das in einem ursächlichen Zusammenhang mit einer vorangehenden Heilbehandlung steht und in einer Krankenanstalt, Sonderheilanstalt/Rehabilitationszentrum oder Langzeitabteilung durchgeführt wird.
- (4) Bei Kuraufenthalt werden das Tagesgeld bzw. der Kostenzuschuss für längstens 28 Tage erbracht.
Bei Rehabilitation bzw. stationärer Nachbehandlung (Anschlussheilverfahren) wird das Tagesgeld für längstens 60 Tage erbracht.
- (5) Für den Versicherten, für den keinerlei Anspruchsberechtigung gegenüber einem Sozialversicherungsträger besteht, gilt die Regelung gemäß § 2 Abs. 1 hinsichtlich der Anspruchsberechtigung für alle Leistungspositionen bei Kuraufenthalt, Rehabilitation und Anschlussheilverfahren. Während eines Zeitraumes von 6 Kalenderjahren besteht Leistungsanspruch für höchstens 2 Aufenthalte.

§ 4

Änderung des Versicherungsschutzes und der Prämie

Der Versicherungsschutz ist gemäß § 18 AVBKV 2004 wertgesichert.

§ 5

Gewinnverband

Die Versicherungen nach Tarif KD gehören zum Gewinnverband B. Ist ein Tarif für ambulante Heilbehandlung mitversichert, der dem Gewinnverband A zugeordnet ist, gehören sie zum Gewinnverband A (siehe § 19 AVBKV 2004).

Ergänzende Versicherungsbedingungen für die Versicherung der Kosten von Zahnbehandlung, Zahnersatz und Vorsorge – MedCare: Zahn (Tarif ZD)

§ 1 Gesundheits-Management

(1) Hilfe im Notfall in Österreich

Ein medizinischer Notfall liegt vor, wenn der Versicherte von einer unmittelbaren Gefahr (z.B. akute Erkrankung, Unfall, drohende Einwirkung schädigender Stoffe) für Leben, körperliche Unversehrtheit oder Gesundheit bedroht ist.

In allen medizinischen Notfällen ist der Versicherer rund um die Uhr erreichbar und gewährleistet die Herstellung der Verbindung und Organisation des Transports zu allen Notfalleinrichtungen:

- Nacht- und Wochenenddienste durch Ärzte für Allgemeinmedizin und Zahnärzte bzw. Apotheken, nächstgelegenes geeignetes Krankenhaus;
- sonstige Notdienste (z.B. Rotes Kreuz, Vergiftungszentrale, psychosoziale Dienste).

(2) Informationen über zahnmedizinische Einrichtungen und Gesundheitsdienste

werden bei einer medizinisch notwendigen Zahnbehandlung zu folgenden Themen erteilt:

- Zahnärzte, Fachärzte für Kieferchirurgie, Dentisten in Österreich,
- Zahnkliniken bzw. Abteilungen für Zahnmedizin und Zahnambulatorien in Österreich.

Die medizinische Behandlungsbedürftigkeit ist durch entsprechende medizinische Unterlagen nachzuweisen, aus denen hervorgeht, dass aufgrund der Diagnose und der Befunde eine Heilbehandlung medizinisch notwendig und von einem Arzt bereits geplant ist.

Die Informationen werden einmal pro Versicherungsfall zur Verfügung gestellt.

1. Der Versicherer stellt auch Informationen über zahnmedizinische Einrichtungen und Gesundheitsdienste außerhalb Österreichs zur Verfügung, wenn für die spezielle zahnmedizinische Behandlung kein geeigneter Behandler bzw. keine geeignete medizinische Einrichtung in Österreich vorhanden ist oder zahnärztliche Hilfe während eines Auslandsaufenthaltes erforderlich ist.
2. **Herstellung der Verbindung**
erfolgt nur auf Wunsch des Versicherten.
Der Versicherer stellt nur die erstmalige Verbindung mit der zahnmedizinischen Einrichtung und dem Gesundheitsdienst her; in weiterer Folge wendet sich der Versicherte selbst an diese.
3. Durch die Informationsleistung oder Herstellung der Verbindung gewährleistet der Versicherer nicht die Verfügbarkeit der Leistungen des betreffenden Behandlers, der zahnmedizinischen Einrichtung oder des Gesundheitsdienstes in einem bestimmten Umfang oder innerhalb eines bestimmten Zeitraumes.

§ 2 Kostensatz

Für die folgenden Leistungen des Tarifs ZD gilt als maßgeblicher Zeitraum ein Kalenderjahr:

- Zahnärztliche Behandlungen,
- Maßnahmen zur Förderung der Zahngesundheit.

Fällt der Versicherungsbeginn für den Tarif ZD nicht mit dem Beginn eines Kalenderjahres zusammen, werden Leistungen für den Zeitraum zwischen Versicherungsbeginn des Tarifes ZD und 31. Dezember des betreffenden Jahres bis zu dem diesem Zeitraum entsprechenden anteiligen Höchstbetrag erbracht (der vor Versicherungsbeginn liegende Teil eines Kalendermonats wird für die Ermittlung des anteiligen Höchstbetrags mit einbezogen).

Dies gilt sinngemäß, wenn der Vertrag während des Kalenderjahres endet.

Der für Leistungen zur Verfügung stehende Höchstbetrag erhöht sich entsprechend der zurückgelegten Vertragslaufzeit im Tarif ZD. Die einzelnen Höchstbeträge für die auf den Einschluss des Tarifes ZD folgenden Kalenderjahre sind in der Polizze angeführt.

§ 3 Wartezeit

In Abänderung des § 4 AVBKV 2004 entfällt die allgemeine Wartezeit von 3 Monaten.

§ 4 Zahnärztliche Behandlungen

Konservierende Zahnbehandlung

umfasst die Herstellung von Zahnfüllungen (inkl. Edelmetall- und Keramikinlays), die Entfernung von Zähnen (Extraktion und operativ), Wurzelbehandlungen und die Behandlung von Zahnfleischerkrankungen (z.B. Parodontose, Parodontitis).

Prothetische Zahnbehandlung

umfasst Leistungen für festsitzenden (Brücken, Implantate) oder abnehmbaren Zahnersatz.

Kieferorthopädische Behandlung

umfasst Leistungen für abnehmbare oder festsitzende Kieferregulierungen zur Beseitigung von Zahn- oder Kieferfehlstellungen.

§ 5

Maßnahmen zur Förderung der Zahngesundheit

Die Kosten für die im Tarif angeführten Maßnahmen werden insoweit erstattet, als sie von Zahnärzten oder Dentisten vorgenommen werden.

Nicht bezahlt werden insbesondere Mittel zur Zahnpflege (Zahnseide, Zahnbürsten, Zahnpasten, Mundwässer), Präparate zur Zahnbleiche, -kosmetik oder -ästhetik sowie zahnverträgliche Nahrungs- und Genussmittel (zuckerfreie Getränke, Bonbons, Kaugummis, etc.).

§ 6

Änderung des Versicherungsschutzes und der Prämie

Der Versicherungsschutz ist gemäß § 18 AVBKV 2004 wertgesichert.

§ 7

Gewinnverband

Sind Versicherungen nach Tarif ZD in Kombination mit einem Tarif für ambulante Heilbehandlung versichert, gehören sie zum Gewinnverband E (Prämienrückvergütung, siehe § 19 AVBKV 2004). Darüberhinaus besteht keine Gewinnberechtigung.

Ergänzende Versicherungsbedingungen für den Versicherungsschutz für ambulante Heilbehandlung, Kur, Rehabilitation und Anschlussheilverfahren sowie Zahnbehandlung – MedCare: Privatarzt und Alternative Vorsorge für Grenzgänger (Tarife 1AV/3AV)

§ 1

Versicherbare Personen

Nach Tarif AV können nur Personen versichert sein, die Grenzgänger sind und in Österreich keiner Sozialversicherung unterliegen. Bei Eintritt in eine österreichische Sozialversicherung (Pflichtversicherung oder freiwillige Versicherung) endet der Versicherungsschutz nach Tarif AV.

In diesem Fall kann der Versicherungsnehmer, innerhalb eines Monats mit Wirksamkeit ab dem Eintritt in eine österreichische Sozialversicherung, die Umstellung auf gleichartige Tarife für sozialversicherte Personen verlangen. Der Versicherer ist dann verpflichtet, ohne Altersbegrenzung, ohne Wartezeiten und ungeachtet eines etwa verschlechterten Gesundheitszustandes, einen gleichartigen Tarif anzubieten, sofern der Geschäftsplan einen solchen vorsieht.

Macht der Versicherungsnehmer von diesem Recht nicht innerhalb eines Monats Gebrauch, so ist die Tarifumstellung nur zu dem der Mitteilung des Versicherungsnehmers folgenden Monatsersten möglich. Diese Umstellung erfolgt nicht mit den oben genannten Begünstigungen.

§ 2

Gesundheits-Management

(1) Hilfe im Notfall in Österreich

Ein medizinischer Notfall liegt vor, wenn der Versicherte von einer unmittelbaren Gefahr (z.B. akute Erkrankung, Unfall, drohende Einwirkung schädigender Stoffe) für Leben, körperliche Unversehrtheit oder Gesundheit bedroht ist.

In allen medizinischen Notfällen ist der Versicherer rund um die Uhr erreichbar und gewährleistet die Herstellung der Verbindung und Organisation des Transports zu allen Notfalleinrichtungen:

- Nacht- und Wochenenddienste durch Ärzte für Allgemeinmedizin und Zahnärzte bzw. Apotheken, nächstgelegenes geeignetes Krankenhaus;
- sonstige Notdienste (z. B. Rotes Kreuz, Vergiftungszentrale, psychosoziale Dienste).

(2) Informationen über medizinische Einrichtungen und Gesundheitsdienste

werden bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung wegen Krankheit oder Unfallfolgen zu folgenden Themen erteilt:

- Behandler in Österreich (zur selbständigen Berufsausübung zugelassene Ärzte, Zahnärzte, Ärzte für Ganzheits- und Alternativmedizin, Psychotherapeuten),
- Medizinische Einrichtungen weltweit,
- Ganzheits- und Alternativmedizin in Österreich,
- Transporteinrichtungen in Österreich.

Die medizinische Behandlungsbedürftigkeit ist durch entsprechende medizinische Unterlagen nachzuweisen, aus denen hervorgeht, dass aufgrund der Diagnose und der Befunde eine Heilbehandlung medizinisch notwendig und von einem Arzt bereits geplant ist.

Die Informationen werden einmal pro Versicherungsfall zur Verfügung gestellt.

1. **Informationen zu medizinischen Einrichtungen weltweit**
werden darüber hinaus nur erteilt, wenn für die spezielle medizinische Fragestellung kein geeigneter Arzt bzw. keine geeignete medizinische Einrichtung in Österreich vorhanden ist oder ärztliche Hilfe während eines Auslandsaufenthaltes erforderlich ist.
2. **Informationen zu Transporteinrichtungen in Österreich**
werden darüber hinaus nur erteilt, wenn aus den medizinischen Unterlagen hervorgeht, dass der Versicherte aufgrund der Art der Erkrankung bzw. durch die Unfallfolgen oder wegen der ärztlich angeordneten Verhaltensmaßregeln außerstande ist, den Arzt oder die medizinische Einrichtung aus eigener Kraft aufzusuchen.
3. **Herstellung der Verbindung**
erfolgt nur auf Wunsch des Versicherten.
Der Versicherer stellt nur den erstmaligen Kontakt her, in weiterer Folge wendet sich der Versicherte selbst an den Arzt, die medizinische Einrichtung oder den Gesundheitsdienst.
4. Durch die Informationsleistung bzw. Herstellung der Verbindung gewährleistet der Versicherer nicht die Verfügbarkeit der Leistungen des betreffenden Arztes, der medizinischen Einrichtung oder des Gesundheitsdienstes in einem bestimmten Umfang oder innerhalb eines bestimmten Zeitraumes.
- (3) **Ärztliche Beratung (Zweitmeinung)**
kann in Anspruch genommen werden, wenn die medizinische Behandlungsbedürftigkeit durch entsprechende medizinische Unterlagen nachgewiesen wird, aus denen hervorgeht, dass aufgrund der Diagnose und der Befunde eine Heilbehandlung medizinisch notwendig und von einem Arzt bereits geplant ist.
Die Beratung wird einmal pro Versicherungsfall zur Verfügung gestellt.
- (4) **Gesundheits-Management durch Begleitung**
wird für einen Zeitraum von bis zu 12 Monaten ab Beginn einer medizinisch notwendigen ambulanten Heilbehandlung einer Krankheit oder von Unfallfolgen angeboten.
Diese Leistung wird durch Gesundheits-ManagerInnen eines Vertragspartners des Versicherers zur besseren Bewältigung der durch den Versicherungsfall bedingten Lebenssituation und für Maßnahmen zur Wiederherstellung der Gesundheit sowie Reduktion von Risikofaktoren (wie z.B. Gewichtskontrolle, Ernährungsberatung, Stressmanagement) erbracht.

§ 3

Kostensersatz

- (1) **Ärztliche Beratung (Zweitmeinung)**
Der Versicherer ersetzt nur die Kosten der ersten Ordination. Die Kosten weiterer Konsultationen sind vom Versicherten selbst zu bezahlen.
Der Versicherer ersetzt die Transportkosten, wenn für die spezielle medizinische Fragestellung kein geeigneter Arzt bzw. keine geeignete medizinische Einrichtung in Österreich vorhanden ist. Transportkosten innerhalb Österreichs werden jedenfalls nicht übernommen.
- (2) **Ambulante Heilbehandlung**
Für die folgenden Leistungen der Tarife 1AV und 3AV gilt als maßgeblicher Zeitraum ein Kalenderjahr:
 - Maßnahmen zur Gesundheitsförderung bei Risikofaktoren,
 - Ärztliche Heilbehandlung,
 - Behandlungen bei Mutterschaft, Leistungen des Mutter-Kind-Passes,
 - Honorar für Behandlung durch Psychologen, Psychotherapeuten,
 - Besondere Heilbehandlungen,
 - Ärztlich verordnete Arzneimittel,
 - Heilbehelfe,
 - Transportkosten,
 - Leistungen für Zahnbehandlung.
Fällt der Versicherungsbeginn für den Tarif 1AV bzw. 3AV nicht mit dem Beginn eines Kalenderjahres zusammen, werden Leistungen für den Zeitraum zwischen Versicherungsbeginn des Tarifes 1AV bzw. 3AV und 31. Dezember des betreffenden Jahres bis zu dem diesem Zeitraum entsprechenden anteiligen Höchstbetrag erbracht (der vor Versicherungsbeginn liegende Teil eines Kalendermonats wird für die Ermittlung des anteiligen Höchstbetrags mit einbezogen).
Dies gilt sinngemäß, wenn der Vertrag während des Kalenderjahres endet.

§ 4

Wartezeit

In Abänderung des § 4 AVBKV 2004 entfällt die allgemeine Wartezeit von 3 Monaten.

Für Leistungen für Zahnbehandlung beträgt die allgemeine Wartezeit, in Abänderung des § 4 AVBKV 2004, 6 Monate.

In Ergänzung zu § 4 Abs. 3 lit. b AVBKV 2004 besteht für Früh- oder Fehlgeburten Versicherungsschutz, wenn der normale Verlauf der Schwangerschaft zu einer Entbindung nach 9 Monaten geführt hätte.

§ 5

Einschränkung des Versicherungsschutzes

Die Einschränkungen des Versicherungsschutzes gemäß § 6, Abs. 4 AVBKV 2004 gelten nicht vereinbart. Dies gilt sinngemäß für Krankenhausbehandlungen in der Allgemeinen Gebührenklasse bei Krankenhauskosten-Versicherungen, die in Kombination mit Tarif 1AV oder 3AV bestehen.

§ 6

Heilbehandlungen im Rahmen der Ganzheits- und Alternativmedizin

Die Kosten für die im Tarif angeführten Heilbehandlungen der Ganzheits- und Alternativmedizin werden insoweit erstattet, als sie von Ärzten vorgenommen werden.

Für im Tarif nicht angeführte Heilbehandlungen der Ganzheits- und Alternativmedizin werden Leistungen nur insoweit erbracht, als sie von einem Arzt durchgeführt werden und die Therapien und Verfahren anerkannterweise geeignet sind, im Rahmen einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung die Gesundheit wieder herzustellen, den Zustand zu bessern oder eine Verschlechterung zu verhindern.

§ 7

Ambulante Operation

Die Kosten von ambulanten Operationen inkl. Kosten der Anästhesie werden gemäß § 5 C) Abs. 12 AVBKV 2004 erstattet, wenn diese Operationen in der Ordination eines Arztes oder in der Ambulanz eines Krankenhauses vorgenommen werden.

§ 8

Medizinische Hauskrankenpflege

Unter medizinischer Hauskrankenpflege sind qualifizierte Pflegeleistungen (Injektionen, Sondenernährung, Wundversorgung usw.) zu verstehen, die auf ärztliche Anordnung von diplomierten KrankenpflegerInnen erbracht werden.

Kein Kostenersatz erfolgt für eine allfällige Grundpflege (z.B. Haut-, Haar- und Zahnpflege) sowie die hauswirtschaftliche Versorgung des Versicherten.

§ 9

Maßnahmen der Gesundheitsförderung

Der tariflich vorgesehene Kostenersatz für eine **Vorsorgeuntersuchung** umfasst die Kosten der Untersuchung durch einen praktischen Arzt oder Facharzt einschließlich der Kosten von Röntgen- und Laboruntersuchungen.

Vorsorgeuntersuchungen sind Untersuchungen zur Früherkennung chronischer Erkrankungen, wie z.B. maligner Prozesse, Erkrankungen des Herzens und des Kreislaufes oder des Stoffwechsels, unter Anwendung von nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft zweckmäßigen und ausreichenden Maßnahmen.

Ebenfalls als Vorsorgeuntersuchung anzusehen ist die einmalige Feststellung der für die erste Hilfe nach akuten Erkrankungen oder Unfällen bzw. zur Schockbekämpfung wesentlichen Daten, wie Blutgruppe, Rhesusfaktor, Allergien usw.

Nicht als Vorsorgeuntersuchung gelten Schwangerschaftstests.

Die Kosten von vorbeugenden **alternativmedizinischen Maßnahmen** werden ersetzt, sofern sie von Ärzten oder in Österreich zugelassenen Behandlern durchgeführt werden.

Nicht bezahlt werden Mittel zur Nahrungsergänzung und zur Stärkung wie z.B. Vitamine und Tonika.

Die Kosten für **Anleitung zu gesundem Lebensstil** werden ersetzt, wenn die Maßnahmen anerkannterweise geeignet sind, zu einer Änderung des Lebensstils beizutragen und von dafür qualifizierten und berechtigten Personen durchgeführt werden.

Nicht bezahlt werden Nahrungsmittel (z.B. Diätahrung oder Nahrungsmittel aus biologischer Landwirtschaft) sowie Geräte zur Förderung der körperlichen Beweglichkeit und Fitness.

§ 10

Psychotherapeutische Behandlungen

Die Leistungen für ärztlich verordnete psychotherapeutische Behandlungen durch in Österreich zugelassene Psychologen und Psychotherapeuten werden für die Dauer von 12 Monaten erbracht. Ist über diesen Zeitraum hinaus eine psychotherapeutische Behandlung medizinisch notwendig, werden Leistungen nur insoweit erbracht, als diese der Versicherer vor Beginn der weiteren Behandlung in geschriebener Form zugesagt hat.

§ 11

Transportkosten

- (1) Abweichend von § 5 A) Abs. 3 AVBKV 2004 werden die Kosten für notwendige Fahrten des Versicherten zu einer ärztlichen Behandlung bis zu dem im Leistungstarif vorgesehenen Höchstbetrag ersetzt. Als notwendige Fahrten gelten die Fahrten mit Krankenwagen, Bahn oder Autotaxi zur Erstversorgung oder im Notfall.
- (2) Leistungen für prothetische Zahnbehandlung werden erbracht für Kronen, Stiftzähne, Brücken, Implantate, Prothesen, Edelmetall- und Keramikinlays sowie Zahn- und Kieferregulierungen.

§ 12

Kuraufenthalt, Rehabilitation, Anschlussheilverfahren

- (1) Die Tarifleistungen „Kostenersatz bei Kuraufenthalt“ und „Kostenersatz Rehabilitation und Anschlussheilverfahren“, das sind die Kosten der Unterbringung und Verpflegung und der ärztlich verordneten Behandlungen, werden erbracht, wenn der Aufenthalt vor Antritt durch den Versicherer genehmigt wurde. Grundlage für die Genehmigung ist, dass im Rahmen des Krankheitsgeschehens eine für die medizinisch indizierte Behandlung geeignete Einrichtung aufgesucht wird. Der Antrag auf Erstattung der Kosten ist entsprechend medizinisch zu begründen. Der Versicherer kann vor Erledigung des Antrages auf seine Kosten die Untersuchung des Antragstellers durch einen von ihm bestimmten Arzt verlangen. Er hat binnen 4 Wochen nach Eingang des Antrages oder des Untersuchungsergebnisses Stellung zu nehmen, ansonsten gilt der Antrag als bewilligt.
- (2) Der „Kostenersatz bei Kuraufenthalt“ wird für längstens 28 Tage und maximal 2 Aufenthalte innerhalb von 6 Kalenderjahren bezahlt.
Der „Kostenersatz Rehabilitation und Anschlussheilverfahren“ wird für längstens 90 Tage bezahlt.

§ 13

Zahnbehandlung, Zahnersatz und Zahnvorsorge

- (1) Leistungen für konservierende Zahnbehandlung werden erbracht für Zahnextraktionen, Herstellung von Plomben (ausgenommen Edelmetall- und Keramikinlays), Wurzelbehandlungen und kieferorthopädische Behandlungen.
- (2) Leistungen für prothetische Zahnbehandlung werden erbracht für Kronen, Stiftzähne, Brücken, Implantate, Prothesen, Edelmetall- und Keramikinlays sowie Zahn- und Kieferregulierungen.
- (3) Vorsorgemaßnahmen zur Zahnerhaltung oder Zahnpflege werden bezahlt für Mundhygiene (Zahntaschenreinigung, Zahnsteinentfernung, Fluoridierung), Fissurenversiegelung und Kontrolluntersuchungen.
- (4) Kostenersatz aus der Tarifleistung „Ärztliche Heilbehandlung“ wird erbracht für
 - in Abs. 1 angeführte Leistungen, sofern eine Fokalinfection als Ursache einer Erkrankung (z.B. Myokarditis, rheumatische Beschwerden) anzusehen ist;
 - die Behandlung von Mund- und Kieferkrankheiten wie Stomatitis, Gingivitis, Kiefereiterungen sowie für die Exstirpation von Zysten, Wurzelspitzenresektionen und Behandlungen von Kieferbrüchen.

§ 14

Anderung des Versicherungsschutzes und der Prämie

Der Versicherungsschutz ist gemäß § 18 AVBKV 2004 wertgesichert.

§ 15

Gewinnverband

Die Versicherungen nach Tarif 3AV gehören zum Gewinnverband A, jene nach Tarif 1AV zum Gewinnverband E (siehe § 19 AVBKV 2004).

Ergänzende Versicherungsbedingungen für die Krankengeldversicherung bei Arbeitsunfähigkeit nach stationärer Heilbehandlung – Krankengeld nach Spitalsaufenthalt (Tarif KS)

§ 1

Krankengeld nach stationärer Heilbehandlung

- (1) Das Krankengeld gemäß Leistungstarif wird bezahlt, wenn der Versicherte unmittelbar nach einer stationären Heilbehandlung wegen
- Krankheit,
 - Schwangerschaft, Entbindung oder Fehlgeburt, oder
 - Unfallfolgen
- völlig (100%) arbeitsunfähig ist.

Soweit nachstehend auf „Arbeitsunfähigkeit“ Bezug genommen wird, ist darunter ausschließlich die völlige (100%)ige Arbeitsunfähigkeit (siehe unten Abs. 2 Z 1) zu verstehen.

Voraussetzung für die Leistung des Krankengeldes gemäß Leistungstarif ist eine stationäre Heilbehandlung im Sinne des § 5 B) AVBKV 2004. Für Arbeitsunfähigkeit infolge tagesklinischer Heilbehandlung und infolge stationärer Heilbehandlung in Anstalten gemäß § 5 B) Abs. 8 AVBKV 2004 erfolgt jedenfalls keine Leistung.

Im Falle einer Entbindung wird bei Vorliegen der nachstehend beschriebenen Anspruchsvoraussetzungen das Krankengeld auch bei Arbeitsunfähigkeit infolge einer Hausgeburt bezahlt.

(2) Vollständige Arbeitsunfähigkeit

1. Der Versicherungsfall beginnt, wenn der Versicherte seine berufliche Tätigkeit (selbständige Erwerbstätigkeit, ständiges Dienst- oder Arbeitsverhältnis gegen Entgelt) nach objektivem ärztlichen Urteil in keiner Weise ausüben kann, sie auch nicht ausübt und keiner anderen Erwerbstätigkeit nachgeht, also weder mitarbeitend noch aufsichtsführend oder leitend in seinem Beruf tätig sein kann.

Der Versicherungsfall endet, wenn der Versicherte nach medizinischem Befund wieder teilweise oder völlig arbeitsfähig wird oder eine berufliche Tätigkeit ausübt.

Übt der Versicherte zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles seine berufliche Tätigkeit vorübergehend nicht aus (z.B. Bezug von Arbeitslosengeld, Bildungskarenz, Bezug von Kinderbetreuungsgeld), wird die Dauer der Arbeitsunfähigkeit nach allgemeiner medizinischer Erfahrung bzw. nach Maßgabe der Beeinträchtigung körperlicher oder geistiger Funktionen ermittelt.

2. Die Arbeitsunfähigkeit muss in einem ursächlichen Zusammenhang mit der Krankheit, Schwangerschaft/Entbindung/Fehlgeburt oder den Unfallfolgen stehen, aufgrund derer die stationäre Heilbehandlung medizinisch erforderlich war. Die Arbeitsunfähigkeit muss darüber hinaus unmittelbar nach Ende des stationären Aufenthalts vorhanden sein. Die Unmittelbarkeit ist gegeben, wenn die Arbeitsunfähigkeit von einem Arzt spätestens am nächsten, auf die Entlassung aus dem Krankenhaus folgenden Werktag bestätigt wird.

§ 2

Art und Umfang des Versicherungsschutzes

- (1) Das Krankengeld gemäß Leistungstarif wird innerhalb der maximalen Leistungszeiträume (Abs. 2) bei Aufenthalt in Österreich unter Einschluss der Sonn- und Feiertage bezahlt. Der Anspruch auf Krankengeld endet mit dem nachgewiesenen letzten Tag der Arbeitsunfähigkeit, jedenfalls jedoch mit Erreichen der maximalen tariflichen Leistungsdauer gemäß Abs. 2.

- (2) Das Krankengeld gemäß Leistungstarif wird für höchstens folgende Zeiträume bezahlt:

Bei Arbeitsunfähigkeit gemäß § 1 infolge

- | | |
|--|---|
| 1. Krankheit oder Unfallfolgen
je Krankenhausaufenthalt | innerhalb und bis zu 28 Tage
ab Entlassung aus stationärer Heilbehandlung,
bis zu 42 Tage im Kalenderjahr |
| bei mehreren Krankenhausaufenthalten | |
| 2. Schwangerschaft, Entbindung oder Fehlgeburt
nach einem oder mehreren Krankenhausaufenthalten | bis zu 14 Tage pro Schwangerschaft |

- (3) Das versicherte Krankengeld darf nicht mehr als das auf den Tag umgerechnete durchschnittliche Nettoeinkommen der letzten 12 Monate vor jeweils eingetretener Arbeitsunfähigkeit betragen. Bei Minderung des monatlichen Nettoeinkommens sind das versicherte Krankengeld und die Prämie entsprechend der Minderung mit Wirkung vom Beginn des zweiten Monats nach Kenntnis herabzusetzen.

- (4) Der Versicherer ist berechtigt, jederzeit vom Versicherungsnehmer den Nachweis zu verlangen, dass das versicherte Krankengeld das auf den Tag umgerechnete Nettoeinkommen des Versicherten in den letzten 12 Monaten vor jeweils eingetretener Arbeitsunfähigkeit nicht übersteigt. Erbringt der Versicherungsnehmer diesen Nachweis nicht innerhalb 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, den Versicherungsnehmer trifft dafür kein Verschulden.

§ 3 Obliegenheiten

In Ergänzung zu § 11 AVBKV 2004 gelten folgende Obliegenheiten als vereinbart:

Anmeldung von Ansprüchen

- (1) Der Versicherungsnehmer und der Versicherte haben die Arbeitsunfähigkeit spätestens innerhalb 1 Woche nach deren Eintritt in geschriebener Form unter Vorlage eines ärztlichen Zeugnisses mit Angabe der Diagnose zu melden. Zeugnisse und Bescheinigungen von Ärzten, die mit dem Versicherten in auf- oder absteigender Linie verwandt oder mit ihm verhehlicht sind, sowie von nicht in Österreich niedergelassenen Ärzten werden nicht anerkannt. Bei Anmeldung eines Leistungsanspruchs aufgrund Arbeitsunfähigkeit infolge einer Entbindung ist die Vorlage der Geburtsurkunde des neugeborenen Kindes ausreichend.
- (2) Der Versicherungsnehmer und der Versicherte haben die Arbeitsunfähigkeit auf Verlangen des Versicherers durch dessen Vertrauensärzte feststellen zu lassen.
- (3) Die Wiedererlangung der teilweisen Arbeitsfähigkeit haben der Versicherungsnehmer und der Versicherte ebenfalls mittels ärztlicher Bestätigung im Sinne von Abs. 1 unverzüglich bekannt zu geben.

Folgen bei Versäumnis der Anmeldung von Ansprüchen

- (4) Erfolgt die in Abs. 1 bezeichnete Meldung nicht innerhalb 1 Woche, so gilt als erster Tag der Arbeitsunfähigkeit der Tag, an dem die Anzeige beim Versicherer eingeht. Ist die rechtzeitige Meldung vorsätzlich oder grob fahrlässig unterblieben, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei. Wird die Meldepflicht 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.

Obliegenheiten des Versicherungsnehmers und des Versicherten während des Bestehens des Versicherungsvertrages

- (5) Der Versicherungsnehmer hat dem Versicherer unverzüglich den Zeitpunkt mitzuteilen, zu welchem die Voraussetzungen zur Aufrechterhaltung des Versicherungsvertrages gemäß § 5 Abs. 1 entfallen oder eine Minderung des monatlichen Nettoeinkommens aus selbständiger oder unselbständiger Tätigkeit (§ 2 Abs. 3) eingetreten ist.
- (6) Der arbeitsunfähige Versicherte hat, den zumutbaren Anforderungen des Arztes Folge zu leisten und alles zu vermeiden, was der Wiederherstellung der Gesundheit hinderlich sein könnte.

Folgen bei Verletzung der Obliegenheiten während des Bestehens des Versicherungsvertrages

- (7) Handelt der Versicherte trotz geschriebener Aufforderung den in Abs. 6 bezeichneten Obliegenheiten zuwider, ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung für die Zeit ab dem dritten dem Tage des Zugangs der Aufforderung folgenden Tage frei.

§ 4 Kündigung durch den Versicherer

In Abweichung von § 14 Abs. 1 AVBKV 2004 hat der Versicherer auch das Recht, das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten zu kündigen.

§ 5 Sonstige Beendigungsgründe

- (1) Der Versicherungsvertrag endet in den folgenden Fällen:
- Bei nicht nur vorübergehendem Fortfall jeglichen Erwerbseinkommens aus selbständiger oder unselbständiger Tätigkeit.
 - Bei Eintritt der dauernden Berufsunfähigkeit des Versicherten. Eine solche liegt vor, wenn der Versicherte im bisher ausgeübten Beruf auf nicht absehbare Zeit mehr als 50% erwerbsunfähig ist.
 - Bei Pensionsantritt des Versicherten.
 - Spätestens jedenfalls bei Vollendung des 65. Lebensjahres.

- (2) In den Fällen des Abs. 1 lit. a. – d. endet der Versicherungsvertrag mit dem auf den jeweiligen Umstand folgenden Monatsersten. Eine Leistung für zum Zeitpunkt des Vertragsendes laufende Versicherungsfälle wird innerhalb der maximalen Leistungszeiträume (§ 2 Abs. 2) bezahlt.

§ 6 Anschlussversicherung

Nach Kündigung (§ 4) oder Erlöschen (§ 5) der Versicherung nach Tarif KS besteht für den Versicherungsnehmer die Möglichkeit der Fortsetzung des Vertrages als Versicherung für Genesungshilfe (Tarif PK) ohne neuerliche Risikoprüfung und ohne Wartezeiten für die neuen Leistungen.

Zu diesem Zweck erstellt der Versicherer eine Neufassung der Polizza mit den geänderten Leistungen und der neuen Prämie für Tarif PK. Der Versicherungsnehmer kann innerhalb eines Monats ab Zugang der Polizza die Anschlussversicherung ablehnen. Die Versicherung nach Tarif KS endet in diesem Fall mit dem Zeitpunkt gemäß § 4 bzw. § 5 Abs. 2.

Wurde der Verkauf des Tarifs PK zum Zeitpunkt des Angebots der Anschlussversicherung eingestellt, so wird an dessen Stelle ein gegebenenfalls im Geschäftsplan des Versicherers vorgesehener Ersatztarif angeboten.

§ 7 Änderungen des Versicherungsschutzes und der Prämie

- (1) Der Versicherungsschutz ist gemäß § 18 AVBKV 2004 wertgesichert.
- (2) **Wertsicherung nach Verbraucherpreisindex**
Als für Änderungen der Prämie oder des Versicherungsschutzes maßgebender Umstand gilt die Indexveränderung vereinbart. Als Index gilt der von Statistik Austria verlaubliche durchschnittliche Index der Verbraucherpreise des letzten abgelaufenen Kalenderjahres.
Der Versicherer vergleicht die Indexveränderungen seit Versicherungsbeginn bzw. dem letzten Änderungszeitpunkt (z.B. Indexanpassung). Ergibt dieser Vergleich eine Erhöhung der Leistungen um mindestens eine Tarifstufe KS 1, so werden die Leistungen und die Prämien dem geänderten Bedarf angepasst.
Wird die Verlautbarung des Index der Verbraucherpreise eingestellt, so tritt an seine Stelle ein entsprechender Ersatzindex.
- (3) In Ergänzung zu § 18 Abs. 2 AVBKV 2004 gilt: Ergibt dieser Vergleich eine Änderung der kalkulierten Prämie und Leistungen der Grundtarifstufe KS 1, so werden die Prämien und Leistungen der Grundtarifstufe entsprechend angepasst.

§ 8 Gewinnverband

Versicherungen nach Tarif KS nehmen an keinem Gewinnverband teil. Die Leistungen haben keinen Einfluss auf eine garantierte Prämienrückvergütung.

Ergänzende Versicherungsbedingungen für die Genesungshilfe (Tarif PK)

§ 1

Genesungsgeld

Das Genesungsgeld wird einmalig nach Vorliegen einer Aufenthaltsbestätigung gemäß § 7 Abs. 1 AVBKV 2004 ausbezahlt, wenn

- eine stationäre Heilbehandlung im Sinne des § 5 AVBKV 2004 in der Dauer von mehr als 3 Tagen erfolgte, oder
- ein operativer Eingriff zumindest der Operationsgruppe 4 nach der jeweils gültigen Fassung des Operationsgruppenschemas des Verbandes der Versicherungsunternehmen Österreichs vorgenommen wurde.

§ 2

Kostenersatz für Pflege und Betreuung – Voraussetzungen

- (1) Diese Tarifleistung wird erbracht, wenn Pflege- bzw. Hilfsbedürftigkeit vorliegt
- nach einer stationären Heilbehandlung im Sinne des § 5 AVBKV 2004 in der Dauer von mehr als 3 Tagen, oder
 - nach einem operativen Eingriff zumindest der Operationsgruppe 4 nach der jeweils gültigen Fassung des Operationsgruppenschemas des Verbandes der Versicherungsunternehmen Österreichs.

Eine Leistung wird nur für Pflege- bzw. Hilfsbedürftigkeit erbracht, die als unmittelbare Folge der stationären Heilbehandlung oder des operativen Eingriffs erstmals eintritt oder erhöht wird und ärztlich bestätigt ist.

- (2) Pflege- bzw. Hilfsbedürftigkeit liegt vor, wenn der Versicherte zumindest für eine der gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Grundverrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens der Hilfe einer anderen Person bedarf.

Zu diesen Grundverrichtungen zählen

- Einnahme von Medikamenten und Wundpflege,
- Körperpflege,
- An- und Auskleiden,
- Aufstehen und Zubettgehen,
- Fortbewegen im eigenen (inneren) Wohnbereich,
- Zubereitung und Aufnahme von Mahlzeiten und Getränken,
- Verrichtung der Notdurft,
- Herbeischaffung von Nahrungsmitteln, Medikamenten und Bedarfsgütern des täglichen Lebens,
- Reinigung der Wohnung und der persönlichen Gebrauchsgegenstände,
- Pflege der Leib- und Bettwäsche,
- Beheizung des Wohnraums einschließlich der Herbeischaffung von Heizmaterial,
- Mobilität im weiteren Sinn,
- Kinderbetreuung.

- (3) **Herbeischaffung von Nahrungsmitteln, Medikamenten und Bedarfsgütern des täglichen Lebens**

Die Lage der Wohnung (Stockwerk) und die Wegstrecke zur nächsten Einkaufsmöglichkeit sind für den Hilfebedarf bei der Herbeischaffung von Nahrungsmitteln, Medikamenten und Bedarfsgütern des täglichen Lebens zu berücksichtigen.

- (4) **Reinigung der Wohnung und der persönlichen Gebrauchsgegenstände**

Unter Wohnungsreinigung ist die laufend notwendige Wohnungsreinigung, allenfalls unter Verwendung zumutbarer technischer Hilfsmittel, das Aufbetten der Schlafstelle und das Staubabwischen zu verstehen.

Ein Hilfsbedarf liegt vor, wenn das für eine Einzelperson übliche Mindestmaß an Wohnraum (Küche, Wohnzimmer, Schlafzimmer, Bad und etwaige dazugehörige Nebenräume) ohne fremde Hilfe nicht mehr gereinigt werden kann.

- (5) **Beheizung des Wohnraums einschließlich Herbeischaffung von Heizmaterial**

Bei der Prüfung, ob der Wohnraum ordnungsgemäß beheizt werden kann, ist generell von der konkreten Heizeinrichtung der Wohnung auszugehen. Es ist nicht nur auf die Bedienung der vorhandenen Heizmöglichkeiten Bedacht zu nehmen, sondern auch auf deren Reinigung. Bei vorhandener Zentralheizung kann kein Hilfsbedarf berücksichtigt werden, wenn die Wartung und Temperatursteuerung nicht von der pflegebedürftigen Person vorgenommen werden muss (z.B. Fernwärme, Gasetagenheizung).

- (6) **Mobilität im weiteren Sinn**

Umfasst sind Abläufe außerhalb des Wohnbereichs, die zur Führung eines menschenwürdigen Lebens erforderlich sind, insbesondere die Begleitung zum Arzt, zur Therapie, zu Behörden oder Banken.

- (7) **Kinderbetreuung**

Hievon umfasst sind ausschließlich die Verköstigung, die Begleitung zu Kinderbetreuungseinrichtungen (Schulen und Kindergärten) und die altersübliche Beaufsichtigung und Betreuung in der Wohnung des Versicherten von im gleichen Haushalt lebenden Kindern bis zum 14. Lebensjahr.

§ 3

Kostenersatz für Pflege und Betreuung – Auszahlung der Leistung

- (1) Es werden nur Kosten von Pflege- und Betreuungsmaßnahmen ersetzt, die von dafür entsprechend ausgebildeten und gesetzlich autorisierten Personen oder von dafür geeigneten und zugelassenen Organisationen im privaten Wohnbereich erbracht werden. Ebenso erfolgt Kostenersatz für Pflege in Einrichtungen, bei denen die Voraussetzungen für eine fachgerechte Pflege sichergestellt sind (Pflegeheime, Pflegestationen von Pensionistenheimen).

Nicht ersetzt werden

- Kosten für medizinische Heilbehandlung inklusive psychologische Betreuung und physikalische Therapie;
- Kosten für die Pflege und Betreuung durch Familienangehörige, Freunde oder Nachbarn;
- Sach- und Transportkosten;
- Kosten aufgrund von Pflege- bzw. Hilfsbedürftigkeit, die bereits vor dem Versicherungsfall (§ 2 Abs. 1) entstanden waren und unabhängig von diesem weiterlaufen (z.B. Fixkosten für Pflege und Betreuung in einem Senioren- oder Pflegeheim);
- Kosten, die im Zusammenhang mit einem Rehabilitationsaufenthalt entstehen.

- (2) **Dauer des Kostenersatzes**

Der Kostenersatz wird für längstens 30 Tage innerhalb eines Kalenderjahres geleistet.

Der Leistungsanspruch beginnt mit dem Tag der Entlassung aus der Krankenanstalt bzw. mit dem Tag der Operation (§ 2 Abs. 1) und endet mit dem Wegfall der Pflege- bzw. Hilfsbedürftigkeit, spätestens jedoch am 29. Tag nach der Entlassung aus der Krankenanstalt bzw. der Operation.

Bei mehreren Versicherungsfällen innerhalb eines Kalenderjahres endet die Leistungspflicht, sobald der Versicherer Kostenersatz für Pflege und Betreuung für eine Gesamtdauer von 30 Tagen geleistet hat.

- (3) **Auszahlung des Kostenersatzes**

Der Kostenersatz wird nach Vorliegen des Entlassungsbriefes und der Originalrechnung über die erbrachten Pflege- und Betreuungsleistungen geleistet. Darüberhinaus kann der Versicherer vor Auszahlung die Vorlage der medizinischen Unterlagen des Krankenhauses oder einer ärztlichen Bestätigung verlangen, aus denen sich die Pflege- bzw. Hilfsbedürftigkeit ergeben.

Die Abrechnung des Leistungserbringers hat folgende Angaben zu enthalten:

- Vor- und Zunahme der pflegebedürftigen Person,
- die tatsächliche Dauer der Pflege bzw. Betreuung (Stunden pro Tag),
- Art und Umfang der verrichteten Tätigkeiten,
- Tag (Datum) der Leistungserbringung,
- Name und Anschrift des Leistungserbringers.

Der Versicherer ist berechtigt, die Vorlage von Unterlagen zu verlangen, aus denen das Vorliegen der Voraussetzungen gemäß Abs. 1 hinsichtlich des Leistungserbringers hervorgeht.

Werden Pflege und Betreuung vom Versicherer organisiert, werden Art und Umfang der Pflege- bzw. Hilfsbedürftigkeit unmittelbar vom Versicherer festgestellt und die erbrachten Tätigkeiten direkt mit dem Leistungserbringer verrechnet.

- (4) **Subsidiarität**

Kostenersatz für Pflege und Betreuung wird nur erbracht, soweit nicht aus anderen Privat- oder Sozialversicherungen, oder sonstigen öffentlichen oder privaten Einrichtungen Kostenersatz erlangt werden kann.

§ 4

Information und Organisation

- (1) Die Organisation notwendiger Pflege- und Betreuungsmaßnahmen erfolgt nach Beauftragung durch den Versicherten.
- (2) Die Organisationsleistung wird einmal pro Versicherungsfall (§ 2 Abs. 1) in Österreich erbracht. Bei einer durch entsprechende medizinische Unterlagen dokumentierten Änderung des Pflegebedarfs, kann neuerlich eine Auskunft oder die Organisation anderer, geeigneter Pflege- und Betreuungsmaßnahmen durch den Versicherer begehrt werden, wenn der Zustand des Versicherten von seiner Verfassung zum Zeitpunkt der ersten Information- bzw. Organisationsleistung erheblich abweicht.

§ 5

Änderung des Versicherungsschutzes und der Prämie

- (1) Der Versicherungsschutz ist gemäß § 18 AVBKV 2004 wertgesichert.
- (2) Gemäß § 18 Abs. 1 lit. a AVBKV 2004 gilt vereinbart:
Die Veränderung des von Statistik Austria verlautbarten durchschnittlichen Index der Verbraucherpreise des letzten abgelaufenen Kalenderjahres um mindestens 10% gegenüber dem Wert zum Zeitpunkt der letzten Tarifikalkulation bzw. Tarifanpassung.

§ 6

Gewinnverband

Versicherungen nach Tarif PK gehören zum Gewinnverband B.

Auszug aus wichtigen gesetzlichen Bestimmungen zu den Rücktrittsrechten gemäß §§ 5b und 5c VersVG

§ 5b VersVG:

- (1) Gibt der Versicherungsnehmer seine Vertragserklärung dem Versicherer oder seinem Beauftragten persönlich ab, so hat dieser ihm unverzüglich eine Kopie dieser Vertragserklärung auszuhändigen.
- (2) Der Versicherungsnehmer kann binnen zweier Wochen vom Vertrag zurücktreten, sofern er
 1. entgegen Abs. 1 keine Kopie seiner Vertragserklärung erhalten hat,
 2. die Versicherungsbedingungen einschließlich der Bestimmungen über die Festsetzung der Prämie, soweit diese nicht im Antrag bestimmt ist, und über vorgesehene Änderungen der Prämie nicht vor Abgabe seiner Vertragserklärung erhalten hat oder
 3. die in den §§ 9a und 18b VAG und, sofern die Vermittlung durch einen Versicherungsvermittler in der Form "Versicherungsagent" erfolgte, die in den §§ 137f Abs. 7 bis 8 und 137g GewO 1994 unter Beachtung des § 137h GewO 1994 vorgesehenen Mitteilungen nicht erhalten hat.
- (3) Dem Versicherer obliegt der Beweis, dass die in Abs. 2 Z 1 und 2 angeführten Urkunden rechtzeitig ausgefolgt und die in Abs. 2 Z 3 angeführten Mitteilungspflichten rechtzeitig erfüllt worden sind.
- (4) Die Frist zum Rücktritt nach Abs. 2 beginnt erst zu laufen, wenn die in Abs. 2 Z 3 angeführten Mitteilungspflichten erfüllt worden sind, dem Versicherungsnehmer der Versicherungsschein und die Versicherungsbedingungen ausgefolgt worden sind und er über sein Rücktrittsrecht belehrt worden ist.
- (5) Der Rücktritt bedarf zu seiner Rechtswirksamkeit der geschriebenen Form; es genügt, wenn die Erklärung innerhalb der Frist abgesendet wird. Das Rücktrittsrecht erlischt spätestens einen Monat nach Zugang des Versicherungsscheins einschließlich einer Belehrung über das Rücktrittsrecht. Hat der Versicherer vorläufige Deckung gewährt, so gebührt ihm hierfür die ihrer Dauer entsprechende Prämie.
- (6) Das Rücktrittsrecht gilt nicht, wenn die Vertragslaufzeit weniger als sechs Monate beträgt.

§ 5c VersVG

- (1) Ist der Versicherungsnehmer Verbraucher (§ 1 Abs. 1 Z 2 KSchG), so kann er vom Versicherungsvertrag oder seiner Vertragserklärung ohne Angabe von Gründen binnen 14 Tagen in geschriebener Form zurücktreten. Hat der Versicherer dem Versicherungsnehmer vorläufige Deckung gewährt, so gebührt ihm dafür die ihrer Dauer entsprechende Prämie.
- (2) Die Frist zur Ausübung des Rücktrittsrechts beginnt mit dem Tag zu laufen, an dem dem Versicherungsnehmer
 1. der Versicherungsschein und die Versicherungsbedingungen einschließlich der Bestimmungen über die Prämienfestsetzung oder -änderung,
 2. die in §§ 9a und 18b VAG sowie in den §§ 137f Abs. 7 und 8 und 137g in Verbindung mit § 137h GewO 1994 vorgesehenen Informationen und
 3. eine Belehrung über das Rücktrittsrecht zugewandt sind.
- (3) Das Rücktrittsrecht nach Abs. 1 steht dem Versicherungsnehmer nicht zu, wenn die Vertragslaufzeit weniger als sechs Monate beträgt. Es erlischt spätestens einen Monat nach dem Zugang des Versicherungsscheins und einer Belehrung über das Rücktrittsrecht.

§ 9a VAG

- (1) Der Versicherungsnehmer ist bei Abschluss eines Direktversicherungsvertrages über ein im Inland belegenes Risiko vor Abgabe seiner Vertragserklärung schriftlich zu informieren über
 1. Name, Anschrift des Sitzes und Rechtsform des Versicherungsunternehmens, gegebenenfalls auch der Zweigniederlassung, über die der Versicherungsvertrag abgeschlossen wird,
 2. das auf den Vertrag anwendbare Recht oder, wenn das anwendbare Recht frei gewählt werden kann, das vom Versicherungsunternehmen vorgeschlagene Recht,
 3. Bezeichnung und Anschrift der für das Unternehmen zuständigen Aufsichtsbehörde oder sonstigen Stelle, an die den Versicherungsvertrag betreffende Beschwerden gerichtet werden können,
 4. die Laufzeit des Versicherungsvertrages,
 5. die Prämienzahlungsweise und die Prämienzahlungsdauer,
 6. die Umstände, unter denen der Versicherungsnehmer den Abschluss des Versicherungsvertrages widerrufen oder von diesem zurücktreten kann.

...

§ 18b VAG

- (1) Der Versicherungsnehmer ist bei Abschluss eines Versicherungsvertrages über ein im Inland belegenes Risiko vor Abgabe seiner Vertragserklärung zusätzlich zu den Informationspflichten gemäß § 9a schriftlich zu informieren über
1. die Leistungen des Versicherers und die dem Versicherungsnehmer hinsichtlich dieser Leistungen zustehenden Wahlmöglichkeiten,
 2. die Voraussetzungen, unter denen der Versicherungsvertrag endet,
 3. die Grundsätze für die Berechnung der Gewinnbeteiligung,
 4. die Rückkaufswerte und die beitragsfreien Versicherungsleistungen,
 5. die Prämienanteile für die Hauptleistung und für Nebenleistungen,
 6. die Kapitalanlagefonds, an denen die Anteilsrechte bestehen, und die Art der darin enthaltenen Vermögenswerte in der fondsgebundenen Lebensversicherung,
 7. die Art der Kapitalanlage, den Bezugswert und die grundlegenden Faktoren, welche zur Berechnung der Versicherungsleistung herangezogen werden, in der indexgebundenen Lebensversicherung,
 8. die Art der Kapitalanlage, die vereinbarte Veranlagungsstrategie sowie die Voraussetzungen einer Änderung der Veranlagungsstrategie in der kapitalanlageorientierten Lebensversicherung,
 9. die für die Versicherung geltenden abgabenrechtlichen Vorschriften, wobei deutlich darauf hinzuweisen ist, dass die jeweilige abgabenrechtliche Behandlung von den persönlichen Verhältnissen des Kunden abhängt und künftigen Änderungen unterworfen sein kann,
 10. bestehende Sicherungssysteme und deren Zugangsmöglichkeiten.

...

§ 137f GewO

....

- (7) Der Versicherungsvermittler ist verpflichtet, dafür zu sorgen, dass dem Versicherungskunden bei Abschluss jedes ersten Versicherungsvertrags und nötigenfalls bei Änderung oder Erneuerung des Vertrags folgende Informationen vor Abgabe der Vertragserklärung des Kunden gegeben werden:
1. seinen Namen und seine Anschrift;
 2. in welches Register er eingetragen wurde und auf welche Weise sich die Eintragung überprüfen lässt;
 3. ob er eine direkte oder indirekte Beteiligung von über 10 vH an den Stimmrechten oder am Kapital eines bestimmten Versicherungsunternehmens hält;
 4. ob ein bestimmtes Versicherungsunternehmen oder dessen Mutterunternehmen an seinem Unternehmen eine direkte oder indirekte Beteiligung von über 10 vH der Stimmrechte oder am Kapital hält;
 5. Angaben über Beschwerdemöglichkeiten betreffend die Versicherungsvermittlung
- (8) Bei einem Beratungsgespräch hat der Versicherungsvermittler entweder in der Form "Versicherungsagent" oder in der Form "Versicherungsmakler und Berater in Versicherungsangelegenheiten" tätig zu werden. Im Hinblick auf jeden einzelnen angebotenen Vertrag hat der Versicherungsvermittler vor Abgabe der Vertragserklärung des Kunden diesem mitzuteilen:
1. ob er seinen Rat gemäß Absatz 9 auf eine ausgewogene Marktuntersuchung stützt, oder
 2. ob er vertraglich gebunden ist und entweder
 - a) verpflichtet ist, Versicherungsvermittlungsgeschäfte bezüglich des vertragsgegenständlichen Versicherungsprodukts ausschließlich mit einem Versicherungsunternehmen zu tätigen.
In diesem Fall teilt er dem Kunden auf Nachfrage auch die Namen allfälliger sonstiger Versicherungsunternehmen mit, an die er vertraglich gebunden ist, wobei der Kunde über dieses Recht zu informieren ist oder
 - b) zwar nicht verpflichtet ist, Versicherungsvermittlungsgeschäfte bezüglich des vertragsgegenständlichen Versicherungsprodukts ausschliesslich mit einem Versicherungsunternehmen zu tätigen, aber seinen Rat wegen seiner vertraglichen Bindungen nicht auf eine ausgewogene Marktuntersuchung (Z 1) stützt.
In diesem Fall teilt er dem Kunden auch die Namen der Versicherungsunternehmen mit, mit denen er Versicherungsgeschäfte tätigen darf und auch tätigt.

....

§ 137g GewO

- (1) Der Versicherungsvermittler hat den Kunden, abgestimmt auf die Komplexität des angebotenen Versicherungsvertrags, entsprechend den Angaben, Wünschen und Bedürfnissen des Kunden zu beraten. Bei Abschluss eines Versicherungsvertrags hat der Versicherungsvermittler vor Abgabe der Vertragserklärung des Kunden, insbesondere anhand der vom Kunden gemachten Angaben, zumindest dessen Wünsche und Bedürfnisse sowie die Gründe für jeden diesem zu einem bestimmten Versicherungsprodukt erteilten Rat genau anzugeben.
- (2) Die Verpflichtungen gemäß Abs. 1 und gemäß § 137f Abs. 7 und 8 bestehen nicht bei der Vermittlung von Versicherungen für Großrisiken im Sinne von Artikel 5 Buchstabe d) der Richtlinie 73/239/EWG zur Koordinierung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften betreffend die Aufnahme und Ausübung der Tätigkeit der Direktversicherung (mit Ausnahme der Lebensversicherung), ABl. Nr. L 228 vom 16. August 1973 S. 3 in der Fassung der Richtlinie 02/87/EG zur Änderung der Richtlinie 73/239/EWG über die Solvabilitätsspanne für Schadenversicherungsunternehmen, ABl. Nr. L 77 vom 20. März 2002 S. 17 und bei der Rückversicherungsvermittlung.

§ 137h GewO

- (1) Die den Kunden nach § 137f Abs. 7 und 8 und § 137g zustehenden Auskünfte und Dokumentationen sind wie folgt zu geben:
 1. auf Papier oder auf einem anderen, dem Kunden zur Verfügung stehenden und zugänglichen dauerhaften Datenträger;
 2. in klarer, genauer und für den Kunden verständlicher Form;
 3. in deutscher oder in jeder anderen von den Parteien vereinbarten Sprache.
- (2) Abweichend von Abs. 1 Z 1 reicht eine mündliche Auskunftserteilung aus, wenn der Kunde dies von sich aus nachweislich wünscht oder wenn eine Sofortdeckung erforderlich ist. In diesen Fällen werden die Auskünfte in der nach Abs. 1 vorgeschriebenen Form unmittelbar nach Abschluss des Versicherungsvertrags erteilt.
- (3) Handelt es sich um einen Telefonverkauf, so haben die vor dem Abschluss dem Kunden erteilten Auskünfte den Gemeinschaftsvorschriften über den Fernabsatz von Finanzdienstleistungen an Verbraucher zu entsprechen. Zusätzlich sind die in Abs. 1 genannten Auskünfte in der dort vorgeschriebenen Form unmittelbar nach Abschluss des Versicherungsvertrags zu erteilen.
- (4) Der Bundesminister für Wirtschaft und Arbeit kann nach Anhörung des für Angelegenheiten des Konsumentenschutzes zuständigen Bundesministers und des Bundesministers für Justiz durch Verordnung einen genauen Wortlaut für die Auskunftserteilung nach § 137f Abs. 7 und 8 und § 137g festlegen und Inhalt und Art und Weise der dem Kunden zu erteilenden Auskünfte regeln.

Information zur Datenanwendung (gem. § 24 Datenschutzgesetz)

Sehr geehrter Kunde,

wir haben Sie als Auftraggeber der Datenanwendung, in der Ihre Daten verwendet werden, gemäß § 24 Datenschutzgesetz 2000 (DSG) über den Zweck, für den Ihre Daten ermittelt und verwendet werden, zu informieren sowie Ihnen weitere Informationen zu geben, soweit dies für die Verarbeitung Ihrer Daten nach Treu und Glauben erforderlich ist.

1. Zweck der Datenanwendung

Ihre Daten werden in unserer Datenanwendung zum Zweck der Antragsbearbeitung, Risikoprüfung, Polizzierung, Vertragsverwaltung, Bearbeitung von Leistungsfällen, der umfassenden Betreuung und Beratung in Versicherungsangelegenheiten (auch in anderen Versicherungszweigen) sowie im Zusammenhang mit sonstigen Finanzdienstleistungen, die von Gesellschaften der Generali-Gruppe angeboten oder für Kooperationspartner vermittelt werden sowie für statistische Auswertungen verwendet. Im Wesentlichen beinhaltet dies:

■ Datenverarbeitung beim Versicherer

a) Im Zuge des Vertragsabschlusses und der Vertragsverwaltung

Wir ermitteln und verwenden Ihre Daten, die für die Erstellung und Bearbeitung Ihres Versicherungsvertrages notwendig sind; das sind vor allem Ihre Angaben im Antrag (Antragsdaten) sowie Auskünfte von Dritten (z.B. Sachverständige, etc.). Zur Verwaltung Ihres Vertrages werden weitere Daten wie etwa Kundennummer (Partnernummer), Versicherungssumme, Versicherungsdauer, Prämie, Bankverbindung, Inkassodaten sowie erforderlichenfalls die Daten eines Dritten, z.B. eines Vermittlers, eines Sachverständigen, geführt (Vertragsdaten).

Sofern personenbezogene Gesundheitsdaten für die Beurteilung, ob und zu welchen Bedingungen Ihr Versicherungsvertrag abgeschlossen werden soll unerlässlich sind, ermitteln wir, Ihre Zustimmung vorausgesetzt, die zur Vertragsbeurteilung erforderlichen Gesundheitsdaten durch Auskünfte und Unterlagen von untersuchenden oder behandelnden Ärzten, Krankenanstalten, sonstigen Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge sowie von Sozialversicherungsträgern. Davon umfasst sind folgende medizinische Unterlagen: Anamnese, Entlassungsberichte, sämtliche diagnostische Befunde, Infusionsblatt, klinische oder ärztliche Aufnahme- und Behandlungsdaten, wobei in Einzelfällen auch mit weniger Unterlagen das Auslangen gefunden werden kann.

b) Im Versicherungsfall

Im Versicherungsfall ermitteln und verarbeiten wir Ihre Angaben zum Schaden- bzw. Leistungsfall und ggf. auch Angaben von Dritten, wie etwa von den mit der Schadens-/Leistungsfeststellung beauftragten Sachverständigen, von den mit der Schadensbehebung und Leistungserbringung betrauten Unternehmen und Einrichtungen (z.B. Reparaturwerkstätte, Handwerker, etc.) und von Auskunftspersonen (z.B. Zeugen, Behörden, etc.) sowie die von uns geleisteten Zahlungen (Leistungsdaten).

Sofern Gesundheitsdaten zur Beurteilung und Erfüllung von Ansprüchen aus einem konkreten Versicherungsfall und zur Überprüfung erbrachter Behandlungsleistungen unerlässlich sind, ermitteln wir, Ihre Zustimmung vorausgesetzt, Gesundheitsdaten durch Auskünfte von untersuchenden oder behandelnden Ärzten, Krankenanstalten oder sonstigen Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge über Diagnose sowie Art und Dauer der Behandlung. Derartige Auskünfte sind die im Einzelfall zur Beurteilung der Leistungspflicht erforderlichen Auskünfte über die mit

dem konkreten Versicherungsfall im Zusammenhang stehenden Krankheiten, Unfallfolgen und Gebrechen. Davon umfasst sind folgende medizinische Unterlagen (Daten zum Grund der stationären Aufnahme oder ambulanten Behandlung, zu allfälligen Unfallgründen, zur erbrachten Behandlungsleistung, über die Aufenthalts- und Behandlungsdauer sowie zur Behandlungsentlassung oder -beendigung; etwa Anamnese der aktuellen Behandlung/-Aufnahme und Statusblatt, Fieberkurve mit Infusionsplan, sämtliche diagnostische Befunde, OP-Bericht, ärztlicher Verlaufsbericht, Anästhesieprotokoll, Verlaufsbericht der pflegerischen Maßnahmen, Entlassungsbericht, gerichtsmedizinische Befunde, Einsatz-, Behördenprotokolle, wobei in Einzelfällen auch mit weniger Unterlagen das Auslangen gefunden werden kann).

Gesundheitsdaten werden grundsätzlich nur für den Versicherungszweig verwendet, für den sie ermittelt werden; Fragebögen zum Gesundheitszustand sind daher für jede beantragte Versicherung neu auszufüllen. Die Verwendung von personenbezogenen Gesundheitsdaten erfolgt ausschließlich im Rahmen der §§ 11a-d Versicherungsvertragsgesetz.

■ Datenermittlung im Rahmen der Direktverrechnung in der Krankheitskostenversicherung

In der Krankheitskostenversicherung können Leistungen zwischen dem Versicherer und dem Gesundheitsdienstleister direkt verrechnet werden. Dies bedarf eines Auftrags des im Leistungsfall betroffenen Versicherungsnehmers oder Versicherten, welchen dieser an den Gesundheitsdienstleister erteilt. Bei Vorliegen dieses Auftrags darf der Versicherer die nachfolgenden Daten beim Gesundheitsdienstleister ohne ausdrückliche Zustimmung des Versicherungsnehmers oder Versicherten ermitteln:

1. Zwecks Einholung der Deckungszusage des Versicherers: Daten über die Identität des Betroffenen, das Versicherungsverhältnis und die Aufnahmediagnose (Daten zum Grund der stationären Aufnahme oder der ambulanten Behandlung sowie zu der Frage, ob der Behandlung ein Unfall zugrunde liegt);
2. Zwecks Abrechnung und Überprüfung der Leistungen:
 - a. Daten über die erbrachten Behandlungsleistungen (Daten zum Grund einer Behandlung und zu deren Ausmaß) einschließlich des Operationsberichts;
 - b. Daten über die Dauer des stationären Aufenthalts oder der Behandlung;
 - c. Daten über die Entlassung oder die Beendigung der Behandlung.

Diese Datenermittlung im Rahmen der Direktverrechnung können der betroffene Versicherungsnehmer oder Versicherte jederzeit untersagen. Eine Untersagung könnte zur Folge haben, dass der Versicherer zumindest vorerst die Deckung verweigert und der Versicherungsnehmer oder Versicherte dadurch für diejenigen Leistungen zahlungspflichtig bleiben, die sonst gedeckt wären.

■ Übermittlung von Gesundheitsdaten

Gesundheitsdaten werden grundsätzlich nur gemäß §§ 11 a-d Versicherungsvertragsgesetz verwendet und ohne Ihre im Einzelfall ausdrücklich erteilte Zustimmung, nur an folgende Empfänger übermittelt: Gesundheitsdienstleister, Sozialversicherungsträger, Rück- oder Mitversicherer, andere Versicherer, die bei der Abwicklung von Ansprüchen aus dem Versicherungsfall mitwirken, vom Versicherer herangezogene Sachverständige gesetzliche oder von Ihnen hiezu bevollmächtigte Vertreter, Gerichte, Staatsanwaltschaften, Verwaltungsbehörden, Schlichtungsstellen oder sonstige Einrichtungen der Streitbeilegung und ihre Organe (z.B. Patientenanwalt) einschließlich der von ihnen bestellten Sachverständigen.

■ Übermittlung von nichtsensiblen Daten

Ihre von uns ermittelten und verarbeiteten Daten werden an die mit der Prüfung Ihres Antrages, der Verwaltung Ihres Vertrages sowie der Schaden-/Leistungsfeststellung und -behebung befassten Empfänger (z.B. Ärzte, Banken, Reparaturwerkstätten, andere Versicherer, Behörden) übermittelt, soweit dies für die ordnungsgemäße Erstellung und Verwaltung Ihres Versicherungsvertrages sowie der Leistungsbearbeitung erforderlich ist.

Weiters benötigen unsere Mit- und Rückversicherer im In- und Ausland die erforderlichen versicherungstechnischen Angaben, wie etwa Polizzenummer, Prämie, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos, sowie im Einzelfall auch Ihre Personalien zur Erstellung und Verwaltung der Mit- und Rückversicherungsverträge; soweit Rückversicherer bei der Risiko- und Schadenbeurteilung mitwirken, werden ihnen auch die dafür erforderlichen Unterlagen und Daten von Ihnen zur Verfügung gestellt. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherer weiterer Rückversicherer, denen sie ebenfalls die entsprechenden Daten übermitteln.

Für die Antragsprüfung und Leistungsbearbeitung kann es ferner erforderlich sein, dass Daten zwischen Versicherern ausgetauscht werden (z.B. Bonus/Maluseinstufung, bestehende Doppelversicherungen, gesetzlicher Forderungsübergang sowie Teilungsabkommen, etc.). Die dabei weitergegebenen Daten betreffen vor allem Name und Anschrift, Angaben zur versicherten Sache/Person, Art des Versicherungsschutzes oder Angaben zum Schaden, wie etwa Schadenhöhe und Schadentag.

■ Verwendung von Daten in der Unternehmensgruppe und bei Kooperationspartnern

Um unseren Kunden umfassende Beratungsleistungen anbieten zu können, arbeiten wir innerhalb unserer Unternehmensgruppe und mit Kooperationspartnern zusammen.

Die wichtigsten Gesellschaften unserer Unternehmensgruppe sind zur Zeit:

Generali Holding Vienna AG, Wien
Generali Versicherung AG, Wien
Generali Bank AG, Wien

Europäische Reiseversicherung AG, Wien
Generali FinanzService GmbH, Wien
Generali Leasing GmbH, Wien

Die aktuelle Liste der Gesellschaften der Unternehmensgruppe der Generali Holding Vienna AG und unserer Kooperationspartner finden Sie im Internet unter <http://www.generali.at/generali-gruppe/unternehmen/konzerngesellschaften.html>

Gesundheitsdaten werden an Gruppenunternehmen jedoch im Sinne des DSGVO 2018 nicht übermittelt.

Weiters arbeiten unsere Gruppenunternehmen und Vermittler zur umfassenden Beratung und Betreuung der Kunden in Finanzdienstleistungen (z.B. Bausparverträge, Investmentfondsvertrieb etc.) auch mit Banken und Finanzdienstleistungsunternehmen außerhalb der Gruppe zusammen.

Die Zusammenarbeit besteht dabei in der gegenseitigen Vermittlung der jeweiligen Produkte und der weiteren Betreuung der so gewonnenen Kunden. So vermitteln z.B. die genannten Kooperationspartner im Rahmen ihrer Kundenberatung/-betreuung unsere Versicherungen als Ergänzung zu den eigenen Finanzdienstleistungsprodukten. Sensible Daten, wie z.B. über Ihren Gesundheitszustand, werden an Kooperationspartner keinesfalls übermittelt.

Eine Weitergabe von Kundendaten ausschließlich zu Werbezwecken erfolgt nur, wenn Sie der Verwendung der Daten zu Werbezwecken zugestimmt haben.

■ Übermittlungen an Vermittler/Berater

In Ihren Versicherungsangelegenheiten sowie im Rahmen des sonstigen Dienstleistungsangebots unserer Unternehmensgruppe bzw. unserer Kooperationspartner werden Sie durch Vermittler betreut, die Sie mit Ihrer Einwilligung auch bei sonstigen Finanzdienstleistungen beraten. Vermittler in diesem Sinne sind neben Einzelpersonen auch Vermittlungsgesellschaften sowie im Rahmen der Zusammenarbeit bei Finanzdienstleistungen auch Banken und Wertpapierdienstleistungsunternehmen.

Zum Zwecke der Betreuung und Beratung erhält der Vermittler die notwendigen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten, z.B. Polizzenummer, Prämien, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos, Zahl der Versicherungsfälle und Höhe von Versicherungsleistungen sowie von unseren Partnerunternehmen Angaben über andere finanzielle Dienstleistungen, z.B. Abschluss und Stand Ihres Bausparvertrages etc. Sensible Daten, wie z.B. über Ihren Gesundheitszustand, werden an den Vermittler jedoch nicht übermittelt.

Die Vermittler ermitteln und verarbeiten selbst Daten im Rahmen der genannten Beratung und Betreuung des Kunden und werden von uns über Änderungen dieser Daten informiert. Jeder Vermittler ist gesetzlich und vertraglich verpflichtet, die Bestimmungen des DSGVO und seine besonderen Verschwiegenheitspflichten (z.B. Berufsgeheimnis und Datengeheimnis) zu beachten.

2. Widerruf der Zustimmungserklärungen und Widerspruch gegen die Datenverarbeitung

In Ihrem Versicherungsantrag sind Zustimmungserklärungen aufgenommen worden, die von Ihnen jederzeit schriftlich widerrufen werden können. Unter den in § 28 DSGVO genannten Voraussetzungen sind Sie darüber hinaus berechtigt, gegen die Verwendung ihrer Daten Widerspruch zu erheben.

Werden die Zustimmungserklärungen bei Antragstellung ganz oder teilweise verweigert oder der Datenverarbeitung widersprochen, erfolgt die weitere Verwendung Ihrer Daten im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen. Wenn dadurch jedoch eine automationsunterstützte Bearbeitung und Verwaltung Ihres Vertrages nicht (mehr) möglich ist, behalten wir uns vor, Ihren Antrag abzulehnen oder den Vertrag aufzulösen.

3. Informationsverbundsystem des Versicherungsverbandes

Das Zentrale Informationssystem (ZIS) des Verbandes der Versicherungsunternehmen Österreichs, 1030 Wien, Schwarzenbergplatz 7 ist eine Einrichtung der Versicherungswirtschaft zur Verhinderung und Bekämpfung von Geldwäsche, Versicherungsmissbrauch und Versicherungsbetrug. Über dieses Informationsverbundsystem werden in der Personenversicherung (Leben, Kranken, Unfall) zum Zwecke der Antragsprüfung Personenidentifikationsdaten (Name, Geburtsdatum) sowie das Meldedatum, die betroffene Versicherungssparte und Daten zum Meldestatus (jedoch keine Gesundheitsdaten) und in den anderen Versicherungszweigen darüber hinaus Daten zum Versicherungsfall auch zum Zwecke der Leistungsbearbeitung an die bzw. von den am ZIS angeschlossenen Versicherer(n) übermittelt. In der Kfz-Haftpflichtversicherung dient diese Datenübermittlung auch der Prämieinstufung im Bonus/ Malussystem.

4. Nichtbeantwortung von Fragen

Der Versicherungsnehmer ist entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen bei Antragstellung und im Versicherungsfall verpflichtet, dem Versicherer alle für die Beurteilung des zu versichernden Risikos sowie zur Schadens-/Leistungsfeststellung erforderlichen Informationen zu geben. Die schuldhafte Nicht-Beantwortung von Fragen kann daher unter den in den gesetzlichen Bestimmungen festgelegten Umständen die Ablehnung des Antrages oder im Versicherungsfall die Nichtzahlung der Versicherungsleistung bewirken.

5. Entbindung von der Verschwiegenheitspflicht

Die Ermittlung von Gesundheitsdaten bedarf nicht nur Ihrer Zustimmung, sondern setzt darüber hinaus eine spezielle Erlaubnis des Betroffenen (Entbindung von der gesetzlichen Verschwiegenheitspflicht) voraus. In der Lebens-, Kranken- und Unfallversicherung (Personenversicherung) ist daher im Antrag auch eine Entbindung von Ärzten, Krankenhäuser und von sonstigen Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge sowie von Sozialversicherungsträgern oder anderen Versicherungsunternehmen und Behörden von ihrer gesetzlichen Verschwiegenheitspflicht enthalten. Sie sind auch diesbezüglich berechtigt Ihre Zustimmungserklärung jederzeit zu widerrufen; in diesem Fall müssen jedoch alle erforderlichen Auskünfte von Ihnen selbst eingeholt werden und eine Direktverrechnung mit Ärzten oder Krankenanstalten ist dann nicht mehr möglich.

6. Weitere Auskünfte und Erläuterungen

Sie haben als Betroffener nach dem Datenschutzgesetz neben dem zuvor erwähnten Widerrufs- und Widerspruchsrecht auch ein Recht auf Auskunft sowie unter bestimmten Voraussetzungen ein Recht auf Richtigstellung oder Löschung Ihrer in einer Datei gespeicherten Daten.

Die jeweils aktuelle Version dieses Informationsblattes finden im Internet unter: <http://www.generali.at/datenschutzhinweise-privacy-statement.html>

Für allfällige Anfragen und Auskünfte zum Thema Datenschutz steht Ihnen unser Datenschutzbeauftragter (Tel.: 01-53401/11399; E-mail: datenschutz@generali.at) zur Verfügung.

SAP 23428 07.12 DVR 0603589