

Vertragsgrundlagen zur Krankenversicherung

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und
Krankenhaustagegeldversicherung (AVBKV)
Ergänzende Versicherungsbedingungen für die Krankenversicherung
Fassung März 2005

Unter den Flügeln des Löwen.





Dafür sein statt dagegen.

CARE heißt: die Wünsche, Ziele und Pläne unserer Kunden in den Mittelpunkt zu stellen.

Begleiten statt bearbeiten.

CARE heißt: ein Leben lang für unsere Kunden da zu sein – mit den richtigen Ideen für jede Lebensphase.

Aktiv handeln statt abwarten.

CARE heißt: die Initiative zu ergreifen und damit Probleme erst gar nicht entstehen zu lassen.

Individuell statt gleich.

CARE heißt: jeden Kunden individuell zu unterstützen – mit einer auf ihn abgestimmten Betreuung und einem ganz besonderen Qualitäts- und Leistungsanspruch.

Lösungen statt Produkte.

CARE heißt: jeden Kunden mit einer persönlichen Gesamtlösung zu überzeugen, die über das reine Produktangebot hinausgeht.

Besser sein statt gut.

CARE heißt: neue Maßstäbe zu setzen – im Service, in der Beratung und im Bestreben, immer einen Schritt voraus zu sein.

Danke. Für Ihr Vertrauen.

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.

Aus dieser Grundüberzeugung heraus haben wir das Generali CAREConcept entwickelt. Es definiert unseren Anspruch, die Wünsche, Ziele und Pläne unserer Kunden zu erfüllen.

Im Sinne unseres CAREConcepts ist es uns ein wichtiges Anliegen, noch mehr Transparenz hinsichtlich der Vertragsgrundlagen für Sie zu erreichen.

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

Mit freundlichen Grüßen

Ihre Generali

Rücktrittsrecht ist das Recht des Versicherungsnehmers, binnen zweier Wochen ab Erhalt dieses Hinweises vom Vertrag zurückzutreten, wenn bei Antragstellung die Versicherungsbedingungen oder eine Antragsdurchschrift nicht übergeben wurden oder die Prämienhöhe nicht bekanntgegeben wurde. Der Rücktritt bedarf der Schriftform. Die Erklärung muss innerhalb der Frist abgesendet werden.

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVBKV)	
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	11
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) Pflichten des Versicherungsnehmers und des Versicherten während des Bestehens des Versicherungsvertrages	13
D) Folgen der Verletzung von Pflichten während des Bestehens des Versicherungsvertrages	13
§ 12 Ansprüche gegen Dritte	13
ENDE DES VERSICHERUNGSVERTRAGES	
§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer	13
§ 14 Kündigung durch den Versicherer	14
§ 15 Sonstige Beendigungsgründe	14
SONSTIGE BESTIMMUNGEN	
§ 16 Form und Empfänger von Willenserklärungen und Anzeigen	14
§ 17 Erfüllungsort, Gerichtsstand	15
§ 18 Änderung des Versicherungsschutzes und der Prämie	15
§ 19 Gewinnbeteiligung/Prämienrückvergütung	15

Ergänzende Versicherungsbedingungen für den Versicherungsschutz für die Kosten ambulanter Heilbehandlung inkl. Ganzheits- und Alternativmedizin – Privatarzt & Alternative Vorsorge (Tarife AD/AN/AS)	16
Ergänzende Versicherungsbedingungen für die Krankenhaustagegeldversicherung – Daily Help: KH-Tagegeld (Tarif TE/TEU)	18
Ergänzende Versicherungsbedingungen für die Krankenhauskostenversicherung nach Unfällen – Sonderklasse nach Unfall (Tarif SKU)	21
Ergänzende Versicherungsbedingungen für die Krankenhauskostenversicherung nach Unfällen, Krankenhaustagegeld bei Krankheit sowie Option auf Krankenhauskostenversicherung bei Krankheit – Sonderklasse nach Unfall mit Option (Tarif SO)	24
Ergänzende Versicherungsbedingungen für den Versicherungsschutz auf Reisen – MedReise (Tarif 2RE)	27
Ergänzende Versicherungsbedingungen für die kurzfristige Krankenversicherung mit einer Laufzeit bis zu 11 Monaten (Tarif RB)	29
Ergänzende Versicherungsbedingungen für die Vorsorgeuntersuchung – Rundum gesund (Tarif 30V)	32
Ergänzende Versicherungsbedingungen für die Hilfestellung zu Fragen bei einer ärztlichen Heilbehandlung und Ganzheitsmedizin – MedCARE: Beste Ärzte (Tarif MC)	34
Ergänzende Versicherungsbedingungen für die Versicherung der Kosten stationärer und tagesklinischer Heilbehandlung – Sonderklasse (Tarif SD)	36
Ergänzende Versicherungsbedingungen für die Versicherung der Kosten stationärer Heilbehandlung mit Selbstbehalt, ambulanter Operation sowie bei Kur oder Rehabilitation – Sonderklasse mit Selbstbehalt (Tarife 1S/2S)	39
Ergänzende Versicherungsbedingungen für die Versicherung der Kosten für Kur und Rehabilitation (Tarif KD)	41
Ergänzende Versicherungsbedingungen für die Versicherung der Kosten von Zahnbehandlung und Zahnersatz – Zahnbehandlung (Tarif ZC)	43
Ergänzende Versicherungsbedingungen für den Versicherungsschutz für ambulante Heilbehandlung, Kur, Rehabilitation und Anschlussheilverfahren sowie Zahnbehandlung – Privatarzt & Alternative Vorsorge für Grenzgänger (Tarif AV)	44
Information zur Datenanwendung (gemäß § 24 DSGVO)	47

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVBKV)

§ 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 Polizze 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 die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren 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 im Tarif 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 schriftlich mitzuteilen. Mit der Zustellung (Aushändigung) der Polizze oder einer schriftlichen 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 1. des Geburtsmonats 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 1. des Geburtsmonats 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 Police bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn). Wird die Police nach diesem Zeitpunkt ausgehändigt, die Prämie sodann aber innerhalb von 14 Tagen bezahlt, so beginnt der Versicherungsschutz, abgesehen von den Bestimmungen über die Wartezeiten, mit dem in der Police bezeichneten Zeitpunkt. Nach diesem Zeitpunkt (ursprünglicher Versicherungsbeginn) wird in der Folge auch das Versicherungsjahr gerechnet.

§ 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 1. des Geburtsmonats beantragt wird.
 - d) bei Mitversicherung von Ehegatten 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 mit Wirkung vom 1. des Monats der Eheschließung beantragt wird.
- (3) Besondere Wartezeiten
- a) Die Bestimmungen über die allgemeine Wartezeit gelten, sofern in den Tarifen oder in der Police 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) 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 Tarif, den ergänzenden Versicherungsbedingungen und der Polizza. 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 schriftlich 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 Geisteskranke 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 Inquisitenspitälern (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 Absatz (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 schriftlichen Zusage 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 ausdrückliche schriftliche Erklärung des Versicherers ausgeschlossen werden.
- (7) Geht die Heilbehandlung über das notwendige Maß hinaus, so ist der Versicherer berechtigt, die Erstattung auf das angemessene Ausmaß herabzusetzen.
- (8) Der Versicherer kann in begründeten Fällen Behandlungen durch bestimmte Ärzte, 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 Zustellung 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 des 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 schriftlich 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 schriftlichen Entscheidung des Versicherers 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 die Fortsetzung der Heilbehandlung von während des Ruhens eingetretenen Versicherungsfällen nach Wiederinkraftsetzung der Versicherung kein Versicherungsschutz.
Ein Einschluss 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 Aushändigung bzw. Angebot der Polize 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) Allfällige Abgaben (Steuern) aus dem Versicherungsvertrag trägt der Versicherungsnehmer. Ansonsten können dem Versicherungsnehmer nur Gebühren angelastet werden, die der Abgeltung von Mehraufwendungen dienen, die durch das Verhalten des Versicherungsnehmers oder des Versicherten veranlasst worden sind.

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 schriftlich auffordern, die Schuld innerhalb einer Zahlungsfrist von 14 Tagen, vom Empfang der Aufforderung anzurechnen, 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 Zustellung (Aushändigung) der Polizze alle erheblichen Gefahrenumstände anzuzeigen. Jeder Gefahrenumstand, nach dem der Versicherer in schriftlicher 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 Personen zu, so kann er auf diese beschränkt werden. Der Versicherungsnehmer hat in diesem Fall das Recht, innerhalb eines Monats nach Erhalt der Rücktrittserklärung den Versicherungsvertrag mit sofortiger Wirkung zur Gänze zu kündigen.
- (6) Wegen einer Verletzung der dem Versicherungsnehmer beim Abschluss des Vertrags obliegenden 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 Anzeigepflicht 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) Pflichten 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 Verpflichtung 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 vom Versicherer gegebenen zumutbaren Verhaltensregeln Folge zu leisten.
- (10) Wird für eine versicherte Person bei einem anderen Versicherer ein Krankenversicherungsvertrag abgeschlossen, so ist der Versicherer vom weiteren Versicherungsvertrag unverzüglich zu unterrichten.

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

- (11) Verletzt der Versicherungsnehmer oder der Versicherte die Auskunftspflicht des Abs. (8), so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, sofern die Verletzung vorsätzlich oder grob fahrlässig erfolgt ist. Wird die Auskunftspflicht 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 Verhaltenspflicht 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 Informationspflicht 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 der betreffenden versicherten Person innerhalb eines Monats, nachdem er von der Obliegenheitsverletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen. Kündigt der Versicherer innerhalb eines Monats nicht, so kann er sich auf die Leistungsfreiheit nicht berufen.

§ 12

Ansprüche gegen Dritte

- (1) Bestehen für einen Versicherungsfall neben dem Anspruch gegen den Versicherer gleichartige Ansprüche gegenüber dritten Personen oder öffentlich-rechtlichen oder privaten Versicherungsträgern, so gehen diese Ansprüche insoweit auf den Versicherer über, als dieser die Kosten ersetzt. Der Anspruchsberechtigte ist verpflichtet, diese Abtretung auf Verlangen dem Versicherer schriftlich zu bestätigen.
- (2) Soweit der Anspruchsberechtigte von 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 öffentlich-rechtlichen Versicherungsträger fordern kann, tritt erst ein, wenn letzterer die ihm obliegenden Leistungen gewährt hat.
- (5) Gibt der Anspruchsberechtigte seinen Anspruch gegen Dritte oder ein zur Sicherung des Anspruches dienendes Recht ohne Zustimmung des Versicherers auf, so wird der Versicherer insoweit von der Ersatzpflicht frei, als er aus dem Anspruch oder dem Recht hätte Ersatz erlangen können.

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.

- (3) Die Kündigung muss schriftlich 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)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 und Empfänger von Willenserklärungen und Anzeigen

- (1) Alle für den Versicherer bestimmten Anzeigen und Erklärungen sind schriftlich abzufassen und an die Geschäftsleitung des Versicherers zu richten.
- (2) Hat der Versicherungsnehmer seine Wohnung gewechselt, dies aber nicht dem Versicherer mitgeteilt, so genügt zur Rechtswirksamkeit von Willenserklärungen des Versicherers dem Versicherungsnehmer gegenüber die Absendung des Briefes an die letzte dem Versicherer bekanntgegebene Anschrift.

§ 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 einseitig zu erhöhen beziehungsweise 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) Erhöht der Versicherer die Prämie gemäß Abs. (1), so hat er dem Versicherungsnehmer auf dessen Verlangen die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses mit höchstens gleichbleibender Prämie und angemessen geänderten Leistungen anzubieten.
- (3) Die Erklärung einer rückwirkenden Änderung der Prämie oder des Versicherungsschutzes ist unwirksam; die Erklärung wirkt erst ab dem der Absendung folgenden Monatsersten.
- (4) 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 den versicherten Tarifen. Die Zuordnung ist in den Ergänzenden Versicherungsbedingungen des jeweiligen Tarifes beschrieben.

A. Gewinnverband A

Die Heilkostenversicherungen, das sind Versicherungen nach einem Tarif für ambulante Heilbehandlung in Kombination mit einem Tarif für stationäre Heilbehandlung und/oder Krankenhaustagegeld, bilden den Gewinnverband A.

B. Gewinnverband B

Zu Gewinnverband B zählen Krankenhauskostenversicherungen, Krankenhaustagegeldversicherungen, Krankengeldversicherungen, Pflegegeldversicherungen, Versicherungen für Kur und Rehabilitation und Vorsorgeversicherungen.

C. Gewinnermittlung

Der Gewinnrückstellung des Gewinnverbandes A und des Gewinnverbandes B werden 85% des nach Maßgabe des Geschäftsplanes ermittelten Gewinnes zugewiesen. Aus der Gewinnrückstellung sind die auf einzelne Versicherungsnehmer entfallenden Gewinnanteile nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen auszuschütten:

- (1) 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 nach der niedrigsten Monatsprämie.

Weiters ist Voraussetzung, dass für die ganze Dauer des letzten Kalenderjahres keine Leistungen vom Versicherer bezogen worden sind.

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)).

- (2) **Auszahlung von Versicherungsleistungen:**
Bei Feststellung der Teilnahmeberechtigung an der Gewinnbeteiligung 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. Leistungen aus Vorsorgeversicherungen bleiben dabei unberücksichtigt.
- (3) Kinderprämien sowie Prämien zu Vorsorgeversicherungen sind nicht gewinnberechtigt.
- (4) 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.
- (5) Bei Gewinnverband A wird die Gewinnbeteiligung in der Höhe von drei Monatsprämien garantiert (Prämienrückvergütung).
- (6) Die Verrechnung der Gewinnbeteiligung erfolgt nach Veröffentlichung der Bilanz, frühestens jedoch zum 1.7. des dem abgelaufenen Geschäftsjahr folgenden Kalenderjahr. Für zum Zeitpunkt der Verrechnung ausgeschiedene Versicherungsverträge erfolgt keine Verrechnung.
Die Gewinnbeteiligung wird vom Versicherer auf die Prämien der Monate, die der Verrechnung folgen, in Anrechnung gebracht.
- (7) Bei Ansprüchen auf Versicherungsleistung für das abgelaufene Geschäftsjahr nach Empfang der Gewinnbeteiligung, 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 – Privatarzt & Alternative Vorsorge (Tarife AD/AN/AS)

§ 1

Tarifkombination, Sozialversicherungsschutz

Die Tarife AD und AN können nur in Verbindung mit einer auf dieselbe Person abgeschlossenen Krankenhauskosten- oder Krankenhaustagegeld-Versicherung versichert werden.

Die Tarife AD und AS können nur für Personen abgeschlossen werden, die im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind.

§ 2

Ausmaß der Versicherungsleistungen

Für alle Leistungen laut Leistungstarif der Tarifgruppen AD, AN und AS gilt als maßgeblicher Zeitraum ein Kalenderjahr.

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.

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) 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) 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 erstattet, wenn diese Operationen in der Ordination eines Arztes oder in der Ambulanz eines Krankenhauses vorgenommen werden.

§ 6 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 Maßnahmen der Ganzheits- und Alternativmedizin werden übernommen, 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.

Der tariflich vorgesehene Kostenersatz für Anleitung zu gesundem Lebensstil wird geleistet, 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 schriftlich zugesagt hat.

§ 8 Transportkosten

Abweichend von § 5 A Abs. (3) AVBKV 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.

§ 9 Änderung des Versicherungsschutzes und der Prämie

- (1) Die Versicherungsleistungen sind wertgesichert. Der Versicherer verpflichtet sich, auf Grundlage der in Abs. (2) genannten Faktoren, die Prämien und Leistungen ohne Altersbegrenzung, ohne Wartezeiten für die Mehrleistungen und unge-

achtet eines etwa verschlechterten Gesundheitszustandes, entsprechend anzupassen. Dabei ist der Versicherer bei Vorliegen der vereinbarten Voraussetzungen für eine Prämienänderung auch zu einer Herabsetzung der Prämien verpflichtet.

- (2) Als für Änderungen der Prämie oder des Versicherungsschutzes maßgebende Umstände gelten die Veränderungen mindestens eines der folgenden Faktoren vereinbart:
 - der durchschnittlichen Lebenserwartung,
 - der Häufigkeit der Inanspruchnahme von Leistungen nach Art der vertraglich vorgesehenen und deren Aufwändigkeit, bezogen auf die zu diesem Tarif Versicherten,
 - des Verhältnisses zwischen den vertraglich vereinbarten Leistungen und den entsprechenden Kostenersätzen der gesetzlichen Sozialversicherungen,
 - des Gesundheitswesens oder der dafür geltenden gesetzlichen Bestimmungen,
 - der durch Gesetz, Verordnung, sonstigen behördlichen Akt oder durch Vertrag zwischen dem Versicherer und im Versicherungsvertrag bezeichneten Einrichtungen des Gesundheitswesens festgesetzten Entgelte für die Inanspruchnahme dieser Einrichtungen.
- (3) 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, so werden die Leistungen und Prämien entsprechend angepasst. Für die Bemessung der Teilprämie für die Anpassung ist das Alter im Zeitpunkt der Anpassung maßgebend.
- (4) Die neuen Leistungen und Prämien werden zum Ersten des Monats wirksam, der der schriftlichen Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.
- (5) Die Anpassung ist nicht durchzuführen, wenn ihr der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach Empfang der Mitteilung des Versicherers schriftlich widerspricht. Diese Mitteilung hat einen Hinweis auf die Möglichkeit der Ablehnung der Anpassung zu enthalten. Im Falle eines Widerspruches wird die Versicherung mit einem entsprechenden Ersatztarif fortgeführt und der Versicherer ist späterhin nicht mehr verpflichtet, eine Anpassung der Versicherungsleistungen durchzuführen.
- (6) Der Widerspruch kann jedoch vom Versicherungsnehmer innerhalb von 3 Monaten ab dem Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Anpassung zurückgezogen werden. In diesem Falle tritt die Anpassung in ursprünglicher Form zum ursprünglichen Zeitpunkt in Kraft.

§ 10 Gewinnverband

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

Ergänzende Versicherungsbedingungen für die Krankenhaustagegeldversicherung – Daily Help: KH-Tagegeld (Tarif TE/TEU)

§ 1 Krankenhaustagegeld bei stationärer Heilbehandlung

Voraussetzung für die Leistung des Krankenhaustagegeldes gemäß Punkt 1. des Leistungstarifes ist eine stationäre Heilbehandlung im Sinne des § 5 AVBKV.

§ 2 Leistung bei tagesklinischer Behandlung

Voraussetzung für die Leistung des Krankenhaustagegeldes gemäß Punkt 2. des Leistungstarifes ist ein operativer Eingriff, der in einer Krankenanstalt tagesklinisch durchgeführt wird. Tagesklinische Operationen sind jene operativen Eingriffe, die im tagesklinischen Leistungskatalog (jeweils gültige Fassung) der österreichischen privaten Krankenversicherung enthalten sind. Die Aufenthalte dauern üblicherweise keine 24 Stunden, erfordern aber die Benützung eines Krankenhausbettes (auch in der Aufwachstation).

§ 3 Einschränkung des Versicherungsschutzes

Der Pauschalbetrag bei einem stationären Aufenthalt vom 1.- 4. Tag (Punkt 1. des Leistungstarifes) sowie die Leistung bei operativen Eingriffen, die in einer Krankenanstalt tagesklinisch durchgeführt werden (Punkt 2. des Leistungstarifes) werden nur ein-

mal 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.

§ 4 Entbindungsgeld

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

§ 5 Kosten des Transportes

Die nachgewiesenen Kosten des Transportes in das Krankenhaus und die nachgewiesenen Kosten des Heimtransportes per Krankenwagen, Bahn oder Autotaxi (§ 5 AVBKV) werden bei einem Aufenthalt in einem Krankenhaus gemäß Punkt 1. - 3. des Leistungstarifes und wenn eine Notfallversorgung nach einem Unfall in einem Krankenhaus erforderlich ist, erbracht.

§ 6 Aufenthaltskosten der Begleitperson

Die nachgewiesenen Aufenthaltskosten der Begleitperson werden bei stationär notwendiger Heilbehandlung eines versicherten Kindes bis zum vollendeten 12. Lebensjahr ersetzt, wenn das Kind und ein Elternteil beim Versicherer krankenversichert sind. Die Leistung wird zusätzlich zum Krankenhaustagegeld gemäß Punkt 1. und 2. des Leistungstarifes erbracht.

§ 7 Tagegeld für Kuraufenthalte, Rehabilitation

- (1) Tagegeld gemäß Punkt 6. des Leistungstarifes wird bei Kuraufenthalten oder Rehabilitation 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) Tagegeld für Kuraufenthalte und Rehabilitation gemäß Punkt 6. des Leistungstarifes wird bezahlt, wenn sie 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 erfolgt keine Bewilligung.
- (3) Das Tagegeld für Kuraufenthalte bei Krankheit wird längstens für 28 Tage, das Tagegeld für Rehabilitation nach Krankheit bzw. Unfall wird längstens für 60 Tage geleistet. Leistungen gemäß Abs. (1) bis (2) werden höchstens für 3 Aufenthalte in 6 Kalenderjahren erbracht.

§ 8 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).

§ 9 Änderung des Versicherungsschutzes und der Prämie

- (1) Die Versicherungsleistungen sind wertgesichert. Der Versicherer verpflichtet sich, auf Grundlage der in Abs. (2) und (3) genannten Faktoren, die Prämien und Leistungen ohne Altersbegrenzung, ohne Wartezeiten für die Mehrleistungen und ungeachtet eines etwa verschlechterten Gesundheitszustandes, entsprechend anzupassen. Dabei ist der Versicherer bei Vorliegen der vereinbarten Voraussetzungen für eine Prämienänderung auch zu einer Herabsetzung der Prämien verpflichtet.
- (2) **Wertsicherung**
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 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) **Anpassung**

Als für Änderungen der Prämie oder des Versicherungsschutzes maßgebende Umstände gelten die Veränderungen zumindest eines der folgenden Faktoren vereinbart:

- der durchschnittlichen Lebenserwartung,
- der Häufigkeit der Inanspruchnahme von Leistungen nach Art der vertraglich vorgesehenen und deren Aufwändigkeit, bezogen auf die zu diesem Tarif Versicherten,
- des Verhältnisses zwischen den vertraglich vereinbarten Leistungen und den entsprechenden Kostenersätzen der gesetzlichen Sozialversicherungen,
- des Gesundheitswesens oder der dafür geltenden gesetzlichen Bestimmungen,
- der durch Gesetz, Verordnung, sonstigen behördlichen Akt oder durch Vertrag zwischen dem Versicherer und im Versicherungsvertrag bezeichneten Einrichtungen des Gesundheitswesens festgesetzten Entgelte für die Inanspruchnahme dieser Einrichtungen.

Zur Festsetzung der erforderlichen Anpassung vergleicht der Versicherer laufend die der letzten Tariffkalkulation zugrundeliegenden Faktoren mit den zu erwartenden Faktoren.

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.

- (4) Für die Bemessung der Teilprämie für die Wertsicherung/Anpassung ist das Alter im Zeitpunkt der Anpassung maßgebend.
- (5) Die Wertsicherung/Anpassung ist nicht durchzuführen, wenn ihr der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach Empfang der Mitteilung des Versicherers schriftlich widerspricht. Diese Mitteilung hat einen Hinweis auf die Möglichkeit der Ablehnung der Wertsicherung/Anpassung zu enthalten. Im Falle eines Widerspruches wird die Versicherung mit einem entsprechenden Ersatztarif fortgeführt und der Versicherer ist späterhin nicht mehr verpflichtet, eine Wertsicherung/Anpassung der Versicherungsleistungen durchzuführen.
- (6) Der Widerspruch kann jedoch vom Versicherungsnehmer innerhalb von 3 Monaten ab dem Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Wertsicherung/Anpassung zurückgezogen werden. In diesem Falle tritt die Wertsicherung/Anpassung in ursprünglicher Form zum ursprünglichen Zeitpunkt in Kraft.

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

§ 10

Versicherbarer Personenkreis

Nach Tarif TEU können Personen bis zur Vollendung des 40. Lebensjahres versichert werden.

§ 11

Begriff des Unfalles

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren 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 § 9) 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 – Sonderklasse nach Unfall (Tarif SKU)

§ 1

Dauer der Versicherungsleistungen

Alle Leistungen (ausgenommen Tagegeld bei Rehabilitation oder Anschlussheilverfahren gemäß Punkt 7. des Leistungstarifes) werden innerhalb von zwei Jahren ab dem Unfalltag im Versicherungszeitraum ohne weitere zeitliche Begrenzung und ohne Jahreshöchstgrenze bezahlt.

Das Tagegeld bei Rehabilitation oder Anschlussheilverfahren (Punkt 7. des Leistungstarifes) 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)

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren 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

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 unter der Voraussetzung in voller Höhe übernommen und mit dem Krankenhaus direkt verrechnet, dass ein Sozialversicherungsträger eine Leistung für die Kosten der allgemeinen Gebührenklasse erbringt.

(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.
- In diesen Fällen wird der gemäß Punkt 4. des Leistungstarifes für Transportkosten festgesetzte Betrag verzehnfacht.

(4) **Krankenhausverzeichnis – Europaliste**

Die Vertragskrankenhäuser und die Europaliste sind im Krankenhausverzeichnis enthalten. Änderungen in diesem Verzeichnis werden dem Versicherungsnehmer schriftlich bekanntgegeben. Sie treten mit der schriftlichen 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 zum 1. eines jeden Kalendermonats vom Versicherer schriftlich 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 folgenden Leistungen durch Sozialversicherungsträger:

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.

(6) **Änderung des Sozialversicherungsschutzes, 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.

§ 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 Erkrankung 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

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 (Operationskosten) sind keine Tageskosten.

§ 6

Aufenthaltskosten der Begleitperson

Die nachgewiesenen Aufenthaltskosten der Begleitperson werden bei stationär notwendiger Heilbehandlung eines versicherten Kindes bis zum vollendeten 12. Lebensjahr ersetzt, wenn das Kind und ein Elternteil beim Versicherer krankenversichert sind. Die Leistung wird zusätzlich zum Kostenersatz gemäß Punkt 1. und 2. des Leistungstarifes erbracht.

§ 7

Rehabilitation und Anschlussheilverfahren nach Unfällen

Das Tagegeld bei Rehabilitation wird bei Aufhalten in Rehabilitationszentren erbracht. Das Tagegeld bei Anschlussheilverfahren wird bei Nachbehandlungen (unmittelbar nach einer Primärbehandlung in einer Krankenanstalt) in Sonderheilanstalten vergütet.

§ 8

Änderung des Versicherungsschutzes und der Prämie

- (1) Die Versicherungsleistungen sind wertgesichert. Der Versicherer verpflichtet sich, auf Grundlage der in Abs. (2) genannten Faktoren, die Prämien und Leistungen ohne Altersbegrenzung, ohne Wartezeiten für die Mehrleistungen und ungeachtet eines etwa verschlechterten Gesundheitszustandes, entsprechend anzupassen. Dabei ist der Versicherer bei Vorliegen der vereinbarten Voraussetzungen für eine Prämienänderung auch zu einer Herabsetzung der Prämien verpflichtet.
- (2) Als für Änderungen der Prämie oder des Versicherungsschutzes maßgebende Umstände gelten die Veränderungen mindestens eines der folgenden Faktoren vereinbart:
 - der durchschnittlichen Lebenserwartung,
 - der Häufigkeit der Inanspruchnahme von Leistungen nach Art der vertraglich vorgesehenen und deren Aufwändigkeit, bezogen auf die zu diesem Tarif Versicherten,
 - des Verhältnisses zwischen den vertraglich vereinbarten Leistungen und den entsprechenden Kostenersätzen der gesetzlichen Sozialversicherungen,
 - des Gesundheitswesens oder der dafür geltenden gesetzlichen Bestimmungen,
 - der durch Gesetz, Verordnung, sonstigen behördlichen Akt oder durch Vertrag zwischen dem Versicherer und im Versicherungsvertrag bezeichneten Einrichtungen des Gesundheitswesens festgesetzten Entgelte für die Inanspruchnahme dieser Einrichtungen.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) 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.

- (4) Die neuen Leistungen und Prämien werden zum Ersten des Monats wirksam, der der schriftlichen Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt. Ob und in welchem Umfang der Versicherer zur Kostenübernahme verpflichtet ist, ergibt sich aus dem zuletzt gültigen Krankenhausverzeichnis.
- (5) Die Anpassung ist nicht durchzuführen, wenn ihr der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach Empfang der Mitteilung des Versicherers schriftlich widerspricht. Diese Mitteilung hat einen Hinweis auf die Möglichkeit der Ablehnung der Anpassung zu enthalten.

Im Falle eines Widerspruches wird die Versicherung mit einem entsprechenden Ersatztarif und angemessen reduzierten Leistungen fortgeführt und der Versicherer ist späterhin nicht mehr verpflichtet, eine Anpassung der Versicherungsleistungen durchzuführen.

- (6) Der Widerspruch kann jedoch vom Versicherungsnehmer innerhalb von 3 Monaten ab dem Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Anpassung zurückgezogen werden. In diesem Falle tritt die Anpassung in ursprünglicher Form zum ursprünglichen Zeitpunkt in Kraft.

§ 9

Gewinnverband

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

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

§ 1

Versicherbarer Personenkreis

Nach Tarif SO können sozialversicherte Personen bis zur Vollendung des 40. Lebensjahres versichert werden.

§ 2

Dauer der Versicherungsleistungen

Alle Leistungen nach Unfällen (ausgenommen Tagegeld bei Rehabilitation oder Anschlussheilverfahren gemäß Punkt 2.5. des Leistungstarifes) werden innerhalb von zwei Jahren ab dem Unfalltag im Versicherungszeitraum bezahlt.

Das Tagegeld bei Rehabilitation oder Anschlussheilverfahren (Punkt 2.5. des Leistungstarifes) ist mit 60 Tagen je Versicherungsfall begrenzt.

§ 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 unter der Voraussetzung in voller Höhe übernommen und mit dem Krankenhaus direkt verrechnet, dass ein Sozialversicherungsträger eine Leistung für die Kosten der allgemeinen Gebührenklasse erbringt.

(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.
- In diesen Fällen wird der gemäß Punkt 2.3. des Leistungstarifes für Transportkosten festgesetzte Betrag verzehnfacht.

(4) Krankenhausverzeichnis – Europaliste

Die Vertragskrankenhäuser und die Europaliste sind im Krankenhausverzeichnis enthalten. Änderungen in diesem Verzeichnis werden dem Versicherungsnehmer schriftlich bekannt gegeben. Sie treten mit der schriftlichen 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 zum 1. eines jeden Kalendermonats vom Versicherer schriftlich 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 folgenden Leistungen durch Sozialversicherungsträger:

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.

(6) **Änderung des Sozialversicherungsschutzes, 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.

§ 4

Umfang der Versicherungsleistungen

(1) **Leistung nach Unfall**

1. Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren 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. Die Leistung von Tageskosten umfasst die zu bezahlenden Kosten für Verpflegs- und Krankenhausgebühren (für die Unterbringung, Pflege und Verpflegung).
3. Das Behandlungshonorar umfasst alle ärztlichen Honorare ausgenommen die Honorare für technische Untersuchungen wie bildgebende Verfahren, Labor, Nuklearmedizin etc.
4. 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).
5. Für tagesklinische Heilbehandlungen in Krankenanstalten, für die keine vertraglichen Vereinbarungen über die Kostenübernahme bestehen, werden für die Kosten des Aufenthaltes die Leistungen gemäß Punkt 2.1.1. - 2.1.4. des Leistungstarifes (Leistung für Tageskosten, Behandlungshonorar, technische Leistungen, Summenleistung) wie für eine eintägige stationäre Heilbehandlung erbracht.

Tagesklinische Heilbehandlungen sind jene Behandlungen, die im tagesklinischen Leistungskatalog (jeweils gültige Fassung) der österreichischen privaten Krankenversicherung enthalten sind. Die Aufenthalte dauern üblicherweise keine 24 Stunden, erfordern aber die Benützung eines Krankenhausbettes (auch in der Aufwachstation).

6. Die nachgewiesenen Kosten des Transportes in das Krankenhaus und die nachgewiesenen Kosten des Heimtransportes per Krankenwagen, Bahn oder Autotaxi (§ 5 AVBKV) werden bei einem Krankenhausaufenthalt gemäß Punkt 1. oder Punkt 2. des Leistungstarifes bzw. die Leistung von Ersatztagegeld gemäß Punkt 2.2. des Leistungstarifes erbracht.
7. Das Tagegeld bei Rehabilitation wird bei Aufenthalten in Rehabilitationszentren erbracht. Das Tagegeld bei Anschlussheilverfahren wird bei Nachbehandlungen (unmittelbar nach einer Primärbehandlung in einer Krankenanstalt) in Sonderheilanstalten vergütet.
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)**

Bei stationärer Heilbehandlung wegen Krankheit wird das Krankenhaustagegeld (Punkt 3.1. des Leistungstarifes) bezahlt. Bei stationärer Heilbehandlung wegen Unfallfolgen werden entweder die Kosten des Aufenthaltes (Punkt 1. oder Punkt 2.1.1. - 2.1.4. des Leistungstarifes) oder das Ersatztagegeld (Punkt 2.2. des Leistungstarifes) 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 (Punkt 3.2. des Leistungstarifes) an Stelle aller anderen Leistungen bezahlt.

(4) **Aufenthaltskosten der Begleitperson**

Die nachgewiesenen Aufenthaltskosten der Begleitperson werden bei stationär notwendiger Heilbehandlung wegen Krankheit oder Unfall eines versicherten Kindes bis zum vollendeten 12. Lebensjahr ersetzt, wenn das Kind und ein Elternteil beim Versicherer krankenversichert sind.

Die Leistung wird zusätzlich zu den Kosten des Aufenthaltes (Punkt 1. oder Punkt 2.1.1. – 2.1.4. des Leistungstarifes) oder zusätzlich zum Krankenhaustagegeld (Punkt 2.2. oder Punkt 3.1. des Leistungstarifes) erbracht.

§ 5

Tarifumstellung

- (1) Der Versicherungsnehmer hat bis zur Vollendung des 45. Lebensjahres des Versicherten das Recht, jährlich zum Beginn des Versicherungsjahres die Umstellung auf den Tarif SD (Krankenhauskostenversicherung nach Krankheit und Unfall) zu beantragen. Der Umstieg muss vor dem Umstellungszeitpunkt bekannt gegeben werden.
- (2) Erfolgt der Antrag auf Umstellung innerhalb von 5 Jahren ab Vertragsabschluss (Versicherungsbeginn SO), so erfolgt die Umstellung ohne neuerliche Risikoprüfung zum ursprünglichen Eintrittsalter. Für den neuen Tarif gelten die Wartezeiten gemäß § 4 AVBKV.
- (3) Macht der Versicherungsnehmer von seinem Recht auf Umstellung erst nach Ablauf von 5 Jahren ab Versicherungsbeginn des Tarifes SO Gebrauch, so wird für die Prämienbemessung die bisherige Versicherungsdauer anteilig angerechnet. Die Tarifumstellung erfolgt ohne neuerliche Risikoprüfung. Für den neuen Tarif gelten die Wartezeiten gemäß § 4 AVBKV.
- (4) Hat der Versicherte das 45. Lebensjahr vollendet, ohne dass eine Umstellung gemäß Abs. (2) oder (3) beantragt wurde, so wird der Vertrag ab dem nächsten Stichtag (Abs.1) auf den Tarif SD (Krankenhauskostenversicherung nach Krankheit und Unfall) ohne neuerliche Risikoprüfung umgestellt. Bei der Prämienbemessung wird die bisherige Versicherungsdauer anteilig angerechnet. Für den neuen Tarif gelten die Wartezeiten gemäß § 4 AVBKV.
Bei Ablehnung dieser Tarifumstellung wird die Versicherung mit einem Krankenhauskostentarif nach Unfall und mit einem Krankenhaustagegeldtarif im zum Zeitpunkt der Umstellung bestehenden Umfang fortgeführt.

§ 6

Änderung des Versicherungsschutzes und der Prämie

- (1) Die Versicherungsleistungen sind wertgesichert. Der Versicherer verpflichtet sich, auf Grundlage der in Abs. (2) genannten Faktoren, die Prämien und Leistungen ohne Altersbegrenzung, ohne Wartezeiten für die Mehrleistungen und ungeachtet eines etwa verschlechterten Gesundheitszustandes, entsprechend anzupassen. Dabei ist der Versicherer bei Vorliegen der vereinbarten Voraussetzungen für eine Prämienänderung auch zu einer Herabsetzung der Prämien verpflichtet.
- (2) Als für Änderungen der Prämie oder des Versicherungsschutzes maßgebende Umstände gelten die Veränderungen mindestens eines der folgenden Faktoren vereinbart:
 - der durchschnittlichen Lebenserwartung,
 - der Häufigkeit der Inanspruchnahme von Leistungen nach Art der vertraglich vorgesehenen und deren Aufwändigkeit, bezogen auf die zu diesem Tarif Versicherten,
 - des Verhältnisses zwischen den vertraglich vereinbarten Leistungen und den entsprechenden Kostenersätzen der gesetzlichen Sozialversicherungen,
 - des Gesundheitswesens oder der dafür geltenden gesetzlichen Bestimmungen,
 - der durch Gesetz, Verordnung, sonstigen behördlichen Akt oder durch Vertrag zwischen dem Versicherer und im Versicherungsvertrag bezeichneten Einrichtungen des Gesundheitswesens festgesetzten Entgelte für die Inanspruchnahme dieser Einrichtungen.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) Zur Festsetzung der erforderlichen Anpassung vergleicht der Versicherer laufend die der letzten Tariffkalkulation 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.

- (4) Die neuen Leistungen und Prämien werden zum Ersten des Monats wirksam, der der schriftlichen Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt. Ob und in welchem Umfang der Versicherer zur Kostenübernahme verpflichtet ist, ergibt sich aus dem zuletzt gültigen Krankenhausverzeichnis.
- (5) Die Anpassung ist nicht durchzuführen, wenn ihr der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach Empfang der Mitteilung des Versicherers schriftlich widerspricht.
Diese Mitteilung hat einen Hinweis auf die Möglichkeit der Ablehnung der Anpassung zu enthalten.

Im Falle eines Widerspruches wird die Versicherung mit einem entsprechenden Ersatztarif und angemessen reduzierten Leistungen fortgeführt und der Versicherer ist späterhin nicht mehr verpflichtet, eine Anpassung der Versicherungsleistungen durchzuführen.

- (6) Der Widerspruch kann jedoch vom Versicherungsnehmer innerhalb von 3 Monaten ab dem Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Anpassung zurückgezogen werden. In diesem Falle tritt die Anpassung in ursprünglicher Form zum ursprünglichen Zeitpunkt in Kraft.

§ 7

Gewinnverband

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

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

§ 1

Tarifkombination

Der Tarif 2RE kann nur in Verbindung mit einer auf dieselbe Person abgeschlossenen Krankenhauskosten-, Krankenhaustagegeldversicherung oder Versicherung für die Kosten ambulanter Heilbehandlung versichert werden.

§ 2

Versicherungsschutz bei Reisen

(1) Geltungsbereich des Versicherungsschutzes bei Reisen

1. Versicherungsschutz gemäß Punkt 1. bis 4. des Leistungstarifes besteht für Personen, die ihren Hauptwohnsitz in Österreich haben, während einer Reise mit einer Dauer von bis zu 6 Wochen.
Kein Versicherungsschutz besteht in dem Ort bzw. in der Stadt, in der die versicherte Person ihren Hauptwohnsitz oder weiteren Wohnsitz (Zweitwohnsitz) oder den Arbeitsplatz hat, sowie auf den Fahrten zwischen diesen Orten.
Voraussetzung für den Versicherungsschutz innerhalb Österreichs ist eine Reise mit mindestens einer Übernachtung.
2. Soweit im Leistungstarif auf Angehörige Bezug genommen wird, sind darunter der Ehepartner oder Lebensgefährte, die Kinder und die Eltern des Versicherten zu verstehen.

(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 der versicherten Person die planmäßige Beendigung ihrer 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 der versicherten Person 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 Punkt 3.4., 3.5. oder 3.6. des Leistungstarifes 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 des Versicherers 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) **Reiseinformationen**

Die Auskunft gemäß Punkt 4. des Leistungstarifes wird 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.

§ 3

Subsidiarität

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

§ 4

Änderung des Versicherungsschutzes und der Prämie

- (1) Die Versicherungsleistungen sind wertgesichert. Der Versicherer verpflichtet sich auf Grundlage der in Abs. (2) genannten Faktoren, die Prämien und Leistungen ohne Altersbegrenzung, ohne Wartezeiten für die Mehrleistungen und ungeachtet eines etwa verschlechterten Gesundheitszustandes, entsprechend anzupassen. Dabei ist der Versicherer bei Vorliegen der vereinbarten Voraussetzungen für eine Prämienänderung auch zu einer Herabsetzung der Prämien verpflichtet.
- (2) Als für Änderungen der Prämie oder des Versicherungsschutzes maßgebende Umstände gelten die Veränderungen mindestens eines der folgenden Faktoren vereinbart:
 - eines vereinbarten Index,
 - der durchschnittlichen Lebenserwartung,
 - der Häufigkeit der Inanspruchnahme von Leistungen nach Art der vertraglich vorgesehenen und deren Aufwändigkeit, bezogen auf die zu diesem Tarif Versicherten,
 - des Verhältnisses zwischen den vertraglich vereinbarten Leistungen und den entsprechenden Kostenersätzen der gesetzlichen Sozialversicherungen,
 - des Gesundheitswesens oder der dafür geltenden gesetzlichen Bestimmungen,
 - der durch Gesetz, Verordnung, sonstigen behördlichen Akt oder durch Vertrag zwischen dem Versicherer und im Versicherungsvertrag bezeichneten Einrichtungen des Gesundheitswesens festgesetzten Entgelte für die Inanspruchnahme dieser Einrichtungen.
- (3) Zur Festsetzung der erforderlichen Anpassung vergleicht der Versicherer laufend die der letzten Tariffkalkulation zugrundeliegenden Faktoren mit den zu erwartenden Faktoren.
Ergibt dieser Vergleich eine Änderung der zu erwartenden Leistungen, so werden die Leistungen und Prämien entsprechend angepasst.
Für die Bemessung der Teilprämie für die Anpassung ist das Alter im Zeitpunkt der Anpassung maßgebend.
- (4) Die neuen Leistungen und Prämien werden zum Ersten des Monats wirksam, der der schriftlichen Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.
- (5) Die Anpassung ist nicht durchzuführen, wenn ihr der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach Empfang der Mitteilung des Versicherers schriftlich widerspricht. Diese Mitteilung hat einen Hinweis auf die Möglichkeit der Ablehnung der Anpassung zu enthalten.
Im Falle eines Widerspruches wird die Versicherung mit einem entsprechenden Ersatztarif fortgeführt, und der Versicherer ist späterhin nicht mehr verpflichtet, eine Anpassung der Versicherungsleistungen durchzuführen.
- (6) 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.

§ 5

Gewinnverband

Versicherungen nach dem Tarif 2RE nehmen an keinem Gewinnverband teil. Die Leistungen haben keinen Einfluss auf eine garantierte Prämienrückvergütung.

Ergänzende Versicherungsbedingungen für die kurzfristige Krankenversicherung mit einer Laufzeit bis zu 11 Monaten (Tarif RB)

§ 1

Dauer des Versicherungsvertrages

Die Dauer des Versicherungsvertrages wird bei Vertragsabschluss festgesetzt, wobei als Höchstdauer ein Zeitraum von 11 Monaten bestimmt werden kann.

§ 2

Gegenstand und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherer erstattet im Rahmen des gewählten Tarifes die nachgewiesenen Kosten der medizinisch notwendigen Heilbehandlung, die dem Versicherten im Zusammenhang mit einer akuten Krankheit oder einem Unfall während der vereinbarten Vertragsdauer entstehen.

Nicht als Versicherungsfall gelten die Entbindung einschließlich der wegen Schwangerschaft erforderlichen Untersuchungen, die Fehlgeburt und die Schwangerschaftsunterbrechung; für die mit einer Schwangerschaft in

Verbindung stehenden medizinisch notwendigen Heilbehandlungen wird jedoch eine Leistung erbracht, wenn die Schwangerschaft nachweislich nach Versicherungsbeginn eingetreten ist. Es gilt als Nachweis, wenn der ärztlich errechnete Geburtstermin neun Monate nach Versicherungsbeginn liegt.

- (2) Die im Leistungstarif festgelegten Versicherungssummen stehen pro versicherter Person für die vereinbarte Vertragsdauer am versicherten Wohnort zur Verfügung.
- (3) Soweit in diesen ergänzenden Versicherungsbedingungen und im Leistungstarif auf Angehörige Bezug genommen wird, sind darunter der Ehepartner oder Lebensgefährte, die Kinder und die Eltern des Versicherten zu verstehen.

§ 3

Wartezeit

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

§ 4

Art und Umfang der Versicherungsleistungen

(1) **Ersatz von Kosten der stationären Heilbehandlung**

Der Versicherer erstattet die nachgewiesenen Kosten der medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung auf der allgemeinen Gebührenklasse in öffentlichen Krankenanstalten.

(2) **Ersatz von Kosten der ambulanten Heilbehandlung**

Der Versicherer erstattet die nachgewiesenen Kosten für ambulante Heilbehandlung. Als Kosten für ambulante Heilbehandlung gelten die Kosten der Behandlung durch niedergelassene, zur selbständigen Ausübung des ärztlichen Berufes zugelassene Ärzte, Zahnärzte und Dentisten und die Kosten für ärztlich verordnete Heilmittel (Medikamente).

Im Rahmen der Versicherungssumme für zahnärztliche Leistungen werden die Kosten für konservierende Zahnbehandlung - ausgenommen Goldfüllungen - ersetzt.

Für prothetische Zahnbehandlung (Kronen, Zahnersatz) wird keine Leistung erbracht.

(3) **Arzneimittelversand**

Ist der Versicherte 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) **Kosten eines Nottransportes bei einem Aufenthalt außerhalb von Österreich**

Bei einem vorübergehenden Aufenthalt außerhalb Österreichs werden die Kosten eines medizinisch begründeten und ärztlich angeordneten Nottransportes nach Österreich durch eine hierfür eingerichtete Organisation in voller Höhe ersetzt.

Medizinisch begründet ist ein Nottransport, wenn eine lebensbedrohende Erkrankung oder Unfallverletzung vorliegt, die ärztliche Versorgung außerhalb Österreichs unzureichend ist oder die voraussichtliche Dauer der Krankenhausbehandlung vier Wochen übersteigt.

(5) **Ersatz der Mehrkosten der Rückreise im Anschluss an einen stationären Krankenhausaufenthalt**

Musste der Versicherte in einem Krankenhaus stationär behandelt werden und ist dadurch die planmäßige Rückreise nicht möglich, werden die dadurch entstandenen Mehrkosten der Rückreise in das Heimatland des Versicherten ersetzt (z.B. Verfall einer Fahrkarte, notwendige Benützung der Eisenbahn, eines Flugzeuges oder eines Rettungsautos).

(6) **Ersatz von Mehrkosten für die Rückreise bei Tod oder schwerer Erkrankung einer mitreisenden Person**

Ist dem Versicherten die planmäßige Beendigung seines vorübergehenden Aufenthaltes infolge Todes oder schwerer Erkrankung einer mitreisenden Person nicht zuzumuten, werden die im Verhältnis zur ursprünglichen Rückreise entstehenden höheren Fahrt- und Nächtigungskosten übernommen.

(7) **Rückholung von mitreisenden Kindern**

Können mitreisende Kinder unter 15 Jahren während eines vorübergehenden Aufenthaltes infolge Todes oder akuter Erkrankung des Versicherten weder von diesem noch von einer anderen mitreisenden Person betreut werden, sorgt der

Versicherer für deren Abholung und Rücktransport mit einer Begleitperson zu deren ständigen Wohnort im Heimatland des Versicherten und trägt die hierdurch entstehenden Kosten.

(8) Besuch durch einen Angehörigen

Muss der Versicherte während eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes länger als 14 Tage in einem Krankenhaus stationär behandelt werden, organisiert der Versicherer den Besuch eines Angehörigen und ersetzt die damit verbundenen Kosten.

(9) Vergütung der Mehrkosten der Rückreise

Erfolgt die Rückreise gemäß Abs. (5) – (7) bzw. der Besuch gemäß Abs. (8) mit einem Privat-PKW, werden die Kosten einer Bahnkarte 2. Klasse vergütet.

(10) Organisation von Reisezahlungsmitteln

Kommen dem Versicherten seine Reisezahlungsmittel während eines vorübergehenden Aufenthaltes außerhalb Österreichs ohne seinen Willen abhanden und gerät er hierdurch in eine Notlage - sei es, dass er seinen Aufenthalt 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 des Versicherers binnen zwei Wochen nach seiner Rückkehr nach Österreich, spätestens jedoch binnen eines Monats nach Zahlungserhalt zurückzuzahlen.

(11) Organisation der Leistungen

Die Zusage der Organisation der Leistungen erfolgt solange eine Vereinbarung mit einem Leistungserbringer für die Organisation besteht. Der Ersatz der Kosten wird unabhängig davon weiterhin gewährleistet.

(12) Subsidiarität

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

§ 5

Einschränkung des Versicherungsschutzes

In Ergänzung zu § 6 AVBKV besteht kein Versicherungsschutz

- wenn die Behandlung ausschließlicher oder teilweiser Grund für den Antritt der Reise war;
- bei Behandlung von chronischen Erkrankungen und deren Folgen, wenn der Versicherte vor Antritt der Reise erkennen hätte müssen, dass eine Behandlung erforderlich sein wird;
- für die Inanspruchnahme ortsgebundener Heilverfahren (Kuren);
- für Impfungen, ärztliche Gutachten und Atteste;
- für Heilbehelfe (z.B. Brillen, Mieder, Prothesen).

§ 6

Prämie

Die Prämie ist eine einmalige Prämie und in Abänderung des § 10 Abs. (1) AVBKV im voraus fällig.

§ 7

Änderung des Versicherungsschutzes und der Prämie

Für die Änderung des Versicherungsschutzes und der Prämie gelten die Bestimmungen des § 18 AVBKV vereinbart.

§ 8

Gewinnverband

Versicherungen nach den Tarifen RB nehmen an keinem Gewinnverband teil. Die Leistungen haben keinen Einfluss auf eine garantierte Prämienrückvergütung.

Ergänzende Versicherungsbedingungen für die Vorsorgeuntersuchung - Rundum gesund (Tarif 30V)

§ 1

Tarifkombination

Der Tarif 30V kann nur in Verbindung mit einer auf dieselbe versicherte Person abgeschlossene Krankenhauskosten- oder Krankenhaustagegeldversicherung versichert werden.

§ 2

Vorsorgeuntersuchung, Vorsorgepaket

- (1) Die tariflichen Leistungen können jeweils einmal in zwei Kalenderjahren in Anspruch genommen werden. Dieser Zeitraum wird nach dem Beginn jenes Kalenderjahres ermittelt, in das der ursprüngliche Versicherungsbeginn (§ 3 AVBKV) fällt. Eine Leistung, die nicht innerhalb von zwei Kalenderjahren in Anspruch genommen wurde, kann in der nächsten Periode nicht mehr konsumiert werden.
- (2) 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.
- (3) Die Zusage für die Inanspruchnahme eines tariflich vorgesehenen Vorsorgepakets gilt, solange eine Vereinbarung mit den jeweiligen Vertragseinrichtungen besteht.

§ 3

Wartezeit

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

§ 4

Änderung des Versicherungsschutzes und der Prämie

- (1) Der Versicherungsschutz ist wertgesichert. Der Versicherer verpflichtet sich, auf Grundlage der in Abs. (2) und (3) genannten Faktoren, die Prämien und Leistungen ohne Altersbegrenzung, ohne Wartezeiten für die Mehrleistungen und ungeachtet eines etwa verschlechterten Gesundheitszustandes entsprechend anzupassen. Dabei ist der Versicherer bei Vorliegen der vereinbarten Voraussetzungen für eine Prämienänderung auch zu einer Herabsetzung der Prämien verpflichtet.
- (2) Als für Änderungen der Prämie oder des Versicherungsschutzes maßgebender Umstand gilt eine Indexveränderung vereinbart. Als Index gilt der von Statistik Austria monatlich verlautbarte 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.

- (3) Als für Änderungen der Prämie oder des Versicherungsschutzes maßgebende Umstände gelten außerdem die Veränderungen zumindest eines der folgenden Faktoren vereinbart:
 - der durchschnittlichen Lebenserwartung,
 - der Häufigkeit der Inanspruchnahme von Leistungen nach Art der vertraglich vorgesehenen und deren Aufwändigkeit, bezogen auf die zu diesem Tarif Versicherten,
 - des Verhältnisses zwischen den vertraglich vereinbarten Leistungen und den entsprechenden Kostenersätzen der gesetzlichen Sozialversicherungen,

- des Gesundheitswesens oder der dafür geltenden gesetzlichen Bestimmungen,
- der durch Gesetz, Verordnung, sonstigen behördlichen Akt oder durch Vertrag zwischen dem Versicherer und im Versicherungsvertrag bezeichneten Einrichtungen des Gesundheitswesens festgesetzten Entgelte für die Inanspruchnahme dieser Einrichtungen.

Zur Festsetzung der erforderlichen Anpassung vergleicht der Versicherer laufend die der letzten Tariffkalkulation 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.

- (4) Die neuen Prämien und Leistungen werden zum Ersten des Monats wirksam, der der schriftlichen Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.
- (5) Die Anpassung ist nicht durchzuführen, wenn ihr der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach Empfang der Mitteilung des Versicherers schriftlich widerspricht. Diese Mitteilung hat einen Hinweis auf die Möglichkeit der Ablehnung der Anpassung zu enthalten.

Im Falle eines Widerspruches wird die Versicherung mit einem entsprechenden Ersatztarif fortgeführt, und der Versicherer ist späterhin nicht mehr verpflichtet, eine Anpassung der Versicherungsleistungen durchzuführen.

- (6) 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.

§ 5

Gewinnverband

Die Versicherungen nach Tarif 30V 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 Hilfestellung zu Fragen bei einer ärztlichen Heilbehandlung und Ganzheitsmedizin – MedCARE: Beste Ärzte (Tarif MC)

§ 1

Tarifkombination

Der Tarif MC kann nur in Verbindung mit einer auf dieselbe Person abgeschlossenen Krankenhauskosten-, Krankenhaustag-geldversicherung oder einer Versicherung für die Kosten ambulanter Heilbehandlung versichert werden.

§ 2

Hilfe im Notfall

Die Informationen sowie Herstellung der Verbindung gemäß Punkt 1.1. und 1.2. des Leistungstarifes werden bei medizinischen Notfällen in Österreich zur Verfügung gestellt.

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

§ 3

Informationen über medizinische Einrichtungen und Gesundheitsdienste

- (1) Die Auskunft gemäß Punkt 2.1. bis 2.4. des Leistungstarifes wird bei medizinischer Behandlungsbedürftigkeit bei Krankheit oder aufgrund eines Unfalles erteilt.
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 Auskunft gemäß Punkt 2.2. wird darüber hinaus nur erteilt, wenn für die spezielle medizinische Fragestellung kein geeigneter Arzt bzw. keine geeignete medizinische Einrichtung vorhanden ist.
Die Information wird einmal pro Versicherungsfall zur Verfügung gestellt.
- (2) Die Auskunft gemäß Punkt 2.5. des Leistungstarifes wird bei medizinischer Behandlungsbedürftigkeit bei Krankheit oder aufgrund eines Unfalles sowie dadurch verursachte Gehunfähigkeit erteilt.
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. Aus den medizinischen Unterlagen muss auch hervorgehen, dass die versicherte Person 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.
Die Information wird einmal pro Versicherungsfall zur Verfügung gestellt.
- (3) Die Auskunft gemäß Punkt 2.6. des Leistungstarifes wird bei Pflegebedarf durch Krankheit oder Unfall erteilt.
Der Pflegebedarf ist durch entsprechende medizinische Unterlagen nachzuweisen, aus denen hervorgeht, dass aufgrund der Diagnose und der Befunde die versicherte Person zumindest für drei der gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Grundverrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens in erheblichem Umfang täglich der Hilfe einer anderen Person bedarf. Zu diesen Grundverrichtungen zählen Aufstehen und Zubettgehen, An- und Auskleiden, Körperpflege, Zubereitung und Aufnahme von Nahrung, Aufsuchen der Toilette, Einnahme von Medikamenten und Wundpflege. Eine versicherte Person gilt jedenfalls als pflegebedürftig, wenn sie dauernd bettlägerig ist und nicht ohne fremde Hilfe aufstehen kann.
Die Information wird einmal pro Versicherungsfall zur Verfügung gestellt. Bei einer durch entsprechende medizinische Unterlagen dokumentierte Änderung des Pflegebedarfes, kann neuerlich eine Auskunft des Versicherers begehrt werden, wenn der Zustand der versicherten Person von ihrer Verfassung zum Zeitpunkt der ersten Information erheblich abweicht.
- (4) Die Herstellung der Verbindung gemäß Punkt 2.7. des Leistungstarifes erfolgt nur auf Wunsch der versicherten Person. Der Versicherer stellt nur den erstmaligen Kontakt her, in weiterer Folge wendet sich die versicherte Person 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.

§ 4

Ärztliche Beratung

Die ärztliche Beratung gemäß Punkt 3.1. des Leistungstarifes wird erbracht, wenn die medizinische Behandlungsbedürftigkeit durch entsprechende medizinische Unterlagen nachgewiesen wird, aus denen hervorgeht, dass aufgrund der Diagnose und der Befunde eine Behandlung medizinisch notwendig ist und von einem Arzt bereits geplant ist.

Die Beratung erfolgt einmal pro Versicherungsfall.

Der Kostenersatz gemäß Punkt 3.2. des Leistungstarifes wird für die erste Ordination des beratenden Arztes geleistet. Die Kosten weiterer Konsultationen sind von der versicherten Person selbst zu tragen.

Die Transportkosten gemäß Punkt 3.3. des Leistungstarifes werden ersetzt, wenn aufgrund der spezifischen medizinischen Fragestellung in Zusammenhang mit der geplanten Behandlung eine kompetente ärztliche Beratung nur im Ausland erfolgen kann.

Transportkosten innerhalb Österreichs werden jedenfalls nicht übernommen.

§ 5

Änderung des Versicherungsschutzes und der Prämie

(1) Die Versicherungsleistungen sind wertgesichert. Der Versicherer verpflichtet sich auf Grundlage der in Abs. (2) genannten Faktoren, die Prämien und Leistungen ohne Altersbegrenzung, ohne Wartezeiten für die Mehrleistungen und ungeachtet eines etwa verschlechterten Gesundheitszustandes, entsprechend anzupassen. Dabei ist der Versicherer bei Vorliegen der vereinbarten Voraussetzungen für eine Prämienänderung auch zu einer Herabsetzung der Prämien verpflichtet.

(2) Als für Änderungen der Prämie oder des Versicherungsschutzes maßgebende Umstände gelten die Veränderungen mindestens eines der folgenden Faktoren vereinbart:

- eines vereinbarten Index,
- der durchschnittlichen Lebenserwartung,
- der Häufigkeit der Inanspruchnahme von Leistungen nach Art der vertraglich vorgesehenen und deren Aufwändigkeit, bezogen auf die zu diesem Tarif Versicherten,
- des Verhältnisses zwischen den vertraglich vereinbarten Leistungen und den entsprechenden Kostenersätzen der gesetzlichen Sozialversicherungen,
- des Gesundheitswesens oder der dafür geltenden gesetzlichen Bestimmungen,
- der durch Gesetz, Verordnung, sonstigen behördlichen Akt oder durch Vertrag zwischen dem Versicherer und im Versicherungsvertrag bezeichneten Einrichtungen des Gesundheitswesens festgesetzten Entgelte für die Inanspruchnahme dieser Einrichtungen.

(3) 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, so werden die Leistungen und Prämien entsprechend angepasst.

Für die Bemessung der Teilprämie für die Anpassung ist das Alter im Zeitpunkt der Anpassung maßgebend.

(4) Die neuen Leistungen und Prämien werden zum Ersten des Monats wirksam, der der schriftlichen Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

(5) Die Anpassung ist nicht durchzuführen, wenn ihr der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach Empfang der Mitteilung des Versicherers schriftlich widerspricht. Diese Mitteilung hat einen Hinweis auf die Möglichkeit der Ablehnung der Anpassung zu enthalten.

Im Falle eines Widerspruches wird die Versicherung mit einem entsprechenden Ersatztarif fortgeführt, und der Versicherer ist späterhin nicht mehr verpflichtet, eine Anpassung der Versicherungsleistungen durchzuführen.

(6) 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

Gewinnverband

Versicherungen nach den Tarifen MC nehmen an keinem Gewinnverband teil. Die Leistungen haben keinen Einfluss auf eine garantierte Prämienrückvergütung.

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

§ 1

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.

In diesen Fällen wird der gemäß Punkt B., 1.6. des Leistungstarifes für Transportkosten festgesetzte Betrag verzehnfacht.

(4) Krankenhausverzeichnis - Garantietarife - Europaliste

Die für die volle Kostenübernahme geltenden Tarife (Garantietarife), die Vertragskrankenhäuser und die Europaliste sind im Krankenhausverzeichnis enthalten. Die volle Kostenübernahme gilt in den angeführten Krankenhäusern sowie in jenen Krankenhäusern, in denen ein niedrigerer Garantietarif vorgesehen ist.

Diese allgemeine Kostendeckungszusage kann im Sinn des § 178 c VersVG zum 1. eines jeden Kalendermonats vom Versicherer schriftlich widerrufen werden. Der Widerruf wird nach Ablauf von drei Wochen wirksam.

(5) Selbstbehalt

1. Selbstbehalt bei Krankheit

Ist der versicherte Tarif niedriger als der laut Krankenhausverzeichnis gültige Garantietarif, so gilt die Kostenübernahme (Abs. 1 bis 3) mit einem Selbstbehalt von EUR 20,-- pro Grundtarifstufe SD1 vereinbart. Dieser Selbstbehalt wird pro versicherter Person und Kalenderjahr berechnet.

2. Selbstbehalt bei Unfall

Nach einem Unfall gilt die Kostenübernahme (Abs. 1 bis 3) 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 Tarifes, multipliziert mit dem für die Grundtarifstufe SD1 vorgesehenen Betrag von EUR 0,50.

(7) Sozialversicherungsschutz

Abhängig vom Sozialversicherungsschutz des Versicherten erfolgt die Kostenübernahme unter der Voraussetzung der Erbringung der folgenden Leistungen durch Sozialversicherungsträger:

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 Nichtsozialversicherte:
Es erfolgt keine Leistung durch einen Sozialversicherungsträger.

(8) **Änderung des Sozialversicherungsschutzes, 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.

§ 2

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.

§ 3

Tarifliche Leistungen

(1) **Stationäre und tagesklinische Heilbehandlung in Krankenhäusern**

Bei stationärer oder tagesklinischer Heilbehandlung in Krankenhäusern, die im Krankenhausverzeichnis nicht enthalten sind, werden für die Kosten des Aufenthaltes die Leistungen gemäß Abschnitt B Punkt 1.1. - 1.4. des Leistungstarifes (Leistung für Tageskosten, Behandlungshonorar, technische Leistungen, Summenleistung) erbracht.

(2) **Umfang einzelner tariflicher Leistungen**

1. Die Leistung von Tageskosten umfasst die zu bezahlenden Kosten für Verpflegs- und Krankenhausgebühren (für die Unterbringung, Pflege und Verpflegung).
2. Das 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).
4. Die Kosten der Begleitperson werden bei einer stationär notwendigen Heilbehandlung eines versicherten Kindes bis zum vollendeten 12. Lebensjahr ersetzt, wenn das Kind und ein Elternteil beim Versicherer krankenversichert sind.

§ 4

Tagesklinische Behandlung in Krankenhäusern

Tagesklinische Heilbehandlungen sind jene Behandlungen, die im tagesklinischen Leistungskatalog (jeweils gültige Fassung) der österreichischen privaten Krankenversicherung enthalten sind. Die Aufenthalte dauern üblicherweise keine 24 Stunden, erfordern aber die Benützung eines Krankenhausbettes (auch in der Aufwachstation).

§ 5

Änderung des Versicherungsschutzes und der Prämie

- (1) Der Versicherungsschutz ist wertgesichert. Der Versicherer verpflichtet sich, auf Grundlage der in Abs. (2) genannten Faktoren, die Prämien und Leistungen ohne Altersbegrenzung, ohne Wartezeiten für die Mehrleistungen und ungeachtet eines etwa verschlechterten Gesundheitszustandes, entsprechend anzupassen. Dabei ist der Versicherer bei Vorliegen der vereinbarten Voraussetzungen für eine Prämienänderung auch zu einer Herabsetzung der Prämien verpflichtet.
- (2) Als für Änderungen der Prämie oder des Versicherungsschutzes maßgebende Umstände gelten die Veränderungen zumindest eines der folgenden Faktoren vereinbart:
 - der durchschnittlichen Lebenserwartung,
 - der Häufigkeit der Inanspruchnahme von Leistungen nach Art der vertraglich vorgesehenen und deren Aufwändigkeit, bezogen auf die zu diesem Tarif Versicherten,
 - des Verhältnisses zwischen den vertraglich vereinbarten Leistungen und den entsprechenden Kostenersätzen der gesetzlichen Sozialversicherungen,
 - des Gesundheitswesens oder der dafür geltenden gesetzlichen Bestimmungen,
 - der durch Gesetz, Verordnung, sonstigen behördlichen Akt oder durch Vertrag zwischen dem Versicherer und im Versicherungsvertrag bezeichneten Einrichtungen des Gesundheitswesens festgesetzten Entgelte für die Inanspruchnahme dieser Einrichtungen.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) Zur Festsetzung der erforderlichen Anpassung vergleicht der Versicherer laufend die der letzten Tariffkalkulation zugrundeliegenden Faktoren mit den zu erwartenden Faktoren.
Ergibt dieser Vergleich 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.
Für die Bemessung der Teilprämie für die Anpassung ist das Alter im Zeitpunkt der Anpassung maßgebend.
- (4) Die neuen Leistungen und Prämien werden zum Ersten des Monats wirksam, der der schriftlichen Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt. Ob und in welchem Umfang der Versicherer zur Kostenübernahme (§ 1) verpflichtet ist, ergibt sich aus dem zuletzt gültigen Krankenhausverzeichnis.
- (5) Die Anpassung ist nicht durchzuführen, wenn ihr der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach Empfang der Mitteilung des Versicherers schriftlich widerspricht. Diese Mitteilung hat einen Hinweis auf die Möglichkeit der Ablehnung der Anpassung zu enthalten.
Im Falle eines Widerspruches wird die Versicherung mit einem entsprechenden Ersatztarif fortgeführt, und der Versicherer ist späterhin nicht mehr verpflichtet, eine Anpassung der Versicherungsleistungen durchzuführen.
- (6) Der Widerspruch kann jedoch vom Versicherungsnehmer innerhalb von 3 Monaten ab dem Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Anpassung zurückgezogen werden. In diesem Falle tritt die Anpassung in ursprünglicher Form zum ursprünglichen Zeitpunkt in Kraft.

§ 6

Gewinnverband

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

Ergänzende Versicherungsbedingungen für die Versicherung der Kosten stationärer Heilbehandlung mit Selbstbehalt, ambulanter Operation sowie bei Kur oder Rehabilitation – 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.
- (2) Fällt der Sozialversicherungsschutz weg, so ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, dies dem Versicherer unverzüglich bekanntzugeben. 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 die Leistung gemäß Punkt 1. des Leistungstarifes (volle Kostenübernahme); Kosten von Krankenhausaufhalten werden gemäß Punkt 2. des Leistungstarifes abzüglich des im Leistungstarif vereinbarten Selbstbehaltes ersetzt.

§ 2

Dauer der Versicherungsleistungen

Alle Leistungen, ausgenommen Punkt 8. des Leistungstarifes (Leistung für Kuraufenthalte und Rehabilitation), werden ohne zeitliche Begrenzung erbracht.

§ 3

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 unter der Voraussetzung in voller Höhe übernommen und mit dem Krankenhaus direkt verrechnet, dass ein Sozialversicherungsträger eine Leistung für die Kosten der allgemeinen Gebührenklasse erbringt.

Für Sozialversicherte nach B-KUVG ist darüber hinaus erforderlich, dass der Sozialversicherungsträger eine Leistung für einen Teil der Pflege- und/oder Sondergebühren einschließlich der Arzthonorare der Sonderklasse erbringt.

(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.

In diesen Fällen wird der gemäß Punkt 5. des Leistungstarifes für Transportkosten festgesetzte Betrag verzehnfacht.

(4) Krankenhausverzeichnis – Europaliste

Die Vertragskrankenhäuser Österreichs und die Europaliste sind im Krankenhausverzeichnis angeführt. Änderungen in diesem Verzeichnis werden dem Versicherungsnehmer schriftlich bekannt gegeben. Sie treten mit der schriftlichen 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 Sinne des § 178 c VersVG zum 1. eines jeden Kalendermonats vom Versicherer schriftlich widerrufen werden. Der Widerruf wird nach Ablauf von drei Wochen wirksam.

§ 4 Selbstbehalt

- (1) Die Leistungen gemäß Punkt 1. und 2. des Leistungstarifes (stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten) werden abzüglich des im Leistungstarif vereinbarten Selbstbehaltes erbracht. Der Selbstbehalt wird pro versicherter Person und Kalenderjahr berechnet. Dieser Selbstbehalt entfällt für die Heilbehandlung nach einem Unfall.
- (2) Bei den Leistungen gemäß Punkt 3. - 8. des Leistungstarifes (Krankenhaustagegeld, Ersatz der Aufenthaltskosten der Begleitperson, Ersatz der Kosten des Transportes ins Krankenhaus, Leistung für ambulante Operation, Entbindungsgeld und Tagegeld bei Kuraufenthalten und Rehabilitation) wird kein Selbstbehalt berechnet.

§ 5 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.

§ 6 Kuraufenthalt, Rehabilitation

- (1) Das Tagegeld gemäß Punkt 8. des Leistungstarifes wird bei Kuraufenthalten oder Rehabilitation 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) Das Tagegeld für Kuraufenthalte und Rehabilitation gemäß Punkt 8. des Leistungstarifes wird bezahlt, wenn sie vom Versicherer vor Antritt 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 erfolgt keine Bewilligung.
- (3) Das Tagegeld für Kuraufenthalte bzw. der Zuschuss zu Kosten von Kuraufenthalten wird längstens 28 Tage, das Tagegeld bei Rehabilitation wird längstens für 60 Tage geleistet.
Leistungen gemäß Abs. (1) bis (2) werden höchstens für 3 Aufenthalte in 6 Kalenderjahren erbracht.

§ 7 Änderung des Versicherungsschutzes und der Prämie

- (1) Der Versicherungsschutz ist wertgesichert. Der Versicherer verpflichtet sich, auf Grundlage der in Abs. (2) genannten Faktoren, die Prämien und Leistungen bzw. den Selbstbehalt ohne Altersbegrenzung, ohne Wartezeiten für die Mehrleistungen und ungeachtet eines etwa verschlechterten Gesundheitszustandes entsprechend anzupassen. Dabei ist der Versicherer bei Vorliegen der vereinbarten Voraussetzungen für eine Prämienänderung auch zu einer Herabsetzung der Prämien verpflichtet.
- (2) Als für Änderungen der Prämie oder des Versicherungsschutzes maßgebende Umstände gelten die Veränderungen mindestens eines der folgenden Faktoren vereinbart:
 - der durchschnittlichen Lebenserwartung,
 - der Häufigkeit der Inanspruchnahme von Leistungen nach Art der vertraglich vorgesehenen und deren Aufwändigkeit, bezogen auf die zu diesem Tarif Versicherten,
 - des Verhältnisses zwischen den vertraglich vereinbarten Leistungen und den entsprechenden Kostenersätzen der gesetzlichen Sozialversicherungen,
 - des Gesundheitswesens oder der dafür geltenden gesetzlichen Bestimmungen,
 - der durch Gesetz, Verordnung, sonstigen behördlichen Akt oder durch Vertrag zwischen dem Versicherer und im Versicherungsvertrag bezeichneten Einrichtungen des Gesundheitswesens festgesetzten Entgelte für die Inanspruchnahme dieser Einrichtungen.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) 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, so werden die Leistungen, Prämien bzw. der Selbstbehalt entsprechend angepasst.
Für die Bemessung der Teilprämie bzw. des neuen Selbstbehaltes für die Anpassung ist das Alter im Zeitpunkt der Anpassung maßgebend.
- (4) Die neuen Leistungen und Prämien bzw. der neue Selbstbehalt werden zum Ersten des Monats wirksam, der der schriftlichen Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.
- (5) Die Anpassung ist nicht durchzuführen, wenn ihr der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach Empfang der Mitteilung des Versicherers schriftlich widerspricht. Diese Mitteilung hat einen Hinweis auf die Möglichkeit der Ablehnung der Anpassung zu enthalten.
Im Falle eines Widerspruches wird die Versicherung mit einem entsprechenden Ersatztarif fortgeführt, und der Versicherer ist späterhin nicht mehr verpflichtet, eine Anpassung der Versicherungsleistungen durchzuführen.
- (6) Der Widerspruch kann jedoch vom Versicherungsnehmer innerhalb von 3 Monaten ab dem Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Anpassung zurückgezogen werden. In diesem Falle tritt die Anpassung in ursprünglicher Form zum ursprünglichen Zeitpunkt in Kraft.

§ 8

Gewinnverband

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

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

§ 1

Tarifkombination

Dieser Tarif kann nur in Verbindung mit einer auf dieselbe versicherte Person abgeschlossenen Krankenhauskostenversicherung versichert werden.

§ 2

Kuraufenthalt, Rehabilitation, Anschlussheilverfahren

- (1) Ein Tagegeld bei Kuraufenthalt, Rehabilitation (Punkt 1. des Leistungstarifes) wird bezahlt, wenn eine Einrichtung des Sozialversicherungsträgers oder eine sonstige Einrichtung auf volle Kosten des Sozialversicherungsträgers in Anspruch genommen wird.
- (2) Ein Zuschuss zu Kosten von Kuraufenthalten (Punkt 2. des Leistungstarifes) 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) Das Tagegeld bei stationären Nachbehandlungen (Punkt 3. des Leistungstarifes) wird für ein Anschlussheilverfahren unmittelbar nach einer Primärbehandlung in einer Krankenanstalt, in Sonderheilanstalten und Rehabilitationszentren sowie in Langzeitabteilungen bezahlt.
- (4) Die Kosten bei Kuraufenthalt, Rehabilitation und Anschlussheilverfahren (Punkt 4. des Leistungstarifes), das sind die Kosten der Unterbringung und Verpflegung und der ärztlich verordneten Behandlungen, werden ersetzt, 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. Während eines Zeitraumes von 6 Kalenderjahren besteht Leistungsanspruch für höchstens 2 Aufenthalte.

- (5) Das Tagegeld für Kuraufenthalte bzw. der Zuschuss zu Kosten von Kuraufenthalten bzw. der Kostenersatz bei Kuraufenthalten wird längstens 28 Tage, das Tagegeld bei Rehabilitation bzw. stationärer Nachbehandlung (Anschlussheilverfahren) bzw. Kostenersatz bei Rehabilitationsbehandlungen und Anschlussheilverfahren wird durch längstens 60 Tage bezahlt.
- (6) Für den Versicherten, für den keinerlei Anspruchsberechtigung gegenüber einem Sozialversicherungsträger besteht, gilt die Regelung gemäß Abs. (4) hinsichtlich der Anspruchsberechtigung für alle Leistungspositionen bei Kuraufenthalten, Rehabilitation und Anschlussheilverfahren. Während eines Zeitraumes von 6 Kalenderjahren besteht Leistungsanspruch für höchstens 2 Aufenthalte.

§ 3

Änderung des Versicherungsschutzes und der Prämie

- (1) Die Versicherungsleistungen sind wertgesichert. Der Versicherer verpflichtet sich, auf Grundlage der in Abs. (2) genannten Faktoren, die Prämien und Leistungen ohne Altersbegrenzung, ohne Wartezeiten für die Mehrleistungen und ungeachtet eines etwa verschlechterten Gesundheitszustandes, entsprechend anzupassen. Dabei ist der Versicherer bei Vorliegen der vereinbarten Voraussetzungen für eine Prämienänderung auch zu einer Herabsetzung der Prämien verpflichtet.
- (2) Als für Änderungen der Prämie oder des Versicherungsschutzes maßgebende Umstände gelten die Veränderungen zumindest eines der folgenden Faktoren vereinbart:
 - der durchschnittlichen Lebenserwartung,
 - der Häufigkeit der Inanspruchnahme von Leistungen nach Art der vertraglich vorgesehenen und deren Aufwändigkeit, bezogen auf die zu diesem Tarif Versicherten,
 - des Verhältnisses zwischen den vertraglich vereinbarten Leistungen und den entsprechenden Kostenersätzen der gesetzlichen Sozialversicherungen,
 - des Gesundheitswesens oder der dafür geltenden gesetzlichen Bestimmungen,
 - der durch Gesetz, Verordnung, sonstigen behördlichen Akt oder durch Vertrag zwischen dem Versicherer und im Versicherungsvertrag bezeichneten Einrichtungen des Gesundheitswesens festgesetzten Entgelte für die Inanspruchnahme dieser Einrichtungen.
- (3) 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, so werden die Leistungen und Prämien entsprechend angepasst. Für die Bemessung der Teilprämie für die Anpassung ist das Alter im Zeitpunkt der Anpassung maßgebend.
- (4) Die neuen Leistungen und Prämien werden zum Ersten des Monats wirksam, der der schriftlichen Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.
- (5) Die Anpassung ist nicht durchzuführen, wenn ihr der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach Empfang der Mitteilung des Versicherers schriftlich widerspricht. Diese Mitteilung hat einen Hinweis auf die Möglichkeit der Ablehnung der Anpassung zu enthalten.
Im Falle eines Widerspruches wird die Versicherung mit einem entsprechenden Ersatztarif fortgeführt, und der Versicherer ist späterhin nicht mehr verpflichtet, eine Anpassung der Versicherungsleistungen durchzuführen.
- (6) Der Widerspruch kann jedoch vom Versicherungsnehmer innerhalb von 3 Monaten ab dem Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Anpassung zurückgezogen werden. In diesem Falle tritt die Anpassung in ursprünglicher Form zum ursprünglichen Zeitpunkt in Kraft.

§ 4

Gewinnverband

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

Ergänzende Versicherungsbedingungen für die Versicherung der Kosten von Zahnbehandlung und Zahnersatz – Zahnbehandlung (Tarif ZC)

§ 1

Ausmaß der Versicherungsleistungen

Für Leistungen gemäß Punkt 1. des Leistungstarifes gilt als maßgeblicher Zeitraum ein Kalenderjahr. Fällt der Versicherungsbeginn für den Tarif ZC nicht mit dem Beginn eines Kalenderjahres zusammen, werden Leistungen für den Zeitraum zwischen Versicherungsbeginn des Tarifes ZC und 31. Dezember des betreffenden Jahres bis zu dem diesem Zeitraum entsprechenden Höchstbetrag erbracht.

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

§ 2

Wartezeit

Die allgemeine Wartezeit beträgt, in Abänderung des § 4 AVBKV, 6 Monate.

§ 3

Änderung des Versicherungsschutzes und der Prämie

- (1) Die Versicherungsleistungen sind wertgesichert. Der Versicherer verpflichtet sich, auf Grundlage der in Abs. (2) genannten Faktoren, die Leistungen ohne Altersbegrenzung, ohne Wartezeiten für die Mehrleistungen und ungeachtet eines etwa verschlechterten Gesundheitszustandes, entsprechend anzupassen. Dabei ist der Versicherer bei Vorliegen der vereinbarten Voraussetzungen für eine Prämienänderung auch zu einer Herabsetzung der Prämien verpflichtet.
- (2) Als für Änderungen der Prämie oder des Versicherungsschutzes maßgebende Umstände gelten die Veränderungen mindestens eines der folgenden Faktoren vereinbart:
 - der durchschnittlichen Lebenserwartung,
 - der Häufigkeit der Inanspruchnahme von Leistungen nach Art der vertraglich vorgesehenen und deren Aufwändigkeit, bezogen auf die zu diesem Tarif Versicherten,
 - des Verhältnisses zwischen den vertraglich vereinbarten Leistungen und den entsprechenden Kostenersätzen der gesetzlichen Sozialversicherungen,
 - des Gesundheitswesens oder der dafür geltenden gesetzlichen Bestimmungen,
 - der durch Gesetz, Verordnung, sonstigen behördlichen Akt oder durch Vertrag zwischen dem Versicherer und im Versicherungsvertrag bezeichneten Einrichtungen des Gesundheitswesens festgesetzten Entgelte für die Inanspruchnahme dieser Einrichtungen
- (3) 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, so werden die Leistungen und Prämien entsprechend angepasst. Für die Bemessung der Teilprämie für die Anpassung ist das Alter im Zeitpunkt der Anpassung maßgebend.
- (4) Die neuen Leistungen und Prämien werden zum Ersten des Monats wirksam, der der schriftlichen Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.
- (5) Die Anpassung ist nicht durchzuführen, wenn ihr der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach Empfang der Mitteilung des Versicherers schriftlich widerspricht. Diese Mitteilung hat einen Hinweis auf die Möglichkeit der Ablehnung der Anpassung zu enthalten. Im Falle eines Widerspruches wird die Versicherung mit einem entsprechenden Ersatztarif fortgeführt, und der Versicherer ist späterhin nicht mehr verpflichtet, eine Anpassung der Versicherungsleistungen durchzuführen.
- (6) 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.

§ 4

Gewinnverband

Die Versicherungen nach Tarifgruppe ZC gehören zum Gewinnverband B. Ist ein Tarif für ambulante Heilbehandlung mitversichert, gehören sie zum Gewinnverband A (siehe § 19 AVBKV).

Ergänzende Versicherungsbedingungen für den Versicherungsschutz für ambulante Heilbehandlung, Kur, Rehabilitation und Anschlussheilverfahren sowie Zahnbehandlung – Privatarzt & Alternative Vorsorge für Grenzgänger (Tarif AV)

§ 1

Tarifkombination

Der Tarif AV kann nur in Verbindung mit einer auf dieselbe Person abgeschlossenen Krankenhauskosten- oder Krankenhaustagegeldversicherung versichert werden.

§ 2

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.

§ 3

Ausmaß der Versicherungsleistungen

Für Leistungen gemäß Punkt A. und C des Leistungstarifes gilt als maßgeblicher Zeitraum ein Kalenderjahr.

Fällt der Versicherungsbeginn für den Tarif AV nicht mit dem Beginn eines Kalenderjahres zusammen, werden Leistungen für den Zeitraum zwischen Versicherungsbeginn des Tarifes AV und 31. Dezember des betreffenden Jahres bis zu dem diesem Zeitraum entsprechenden anteiligen Höchstbetrag erbracht.

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

§ 4

Wartezeit

Für Leistungen gemäß Punkt C. des Leistungstarifes beträgt die allgemeine Wartezeit, in Abänderung des § 4 AVBKV, 6 Monate.

§ 5

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.

§ 6

Ambulante Operation

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

§ 7

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 Maßnahmen der Ganzheits- und Alternativmedizin werden übernommen, 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.

Der tariflich vorgesehene Kostenersatz für Anleitung zu gesundem Lebensstil wird geleistet, 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.

§ 8

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 schriftlich zugesagt hat.

§ 9

Transportkosten

Abweichend von § 5 A Abs. (3) AVBKV 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.

§ 10

Kuraufenthalt, Rehabilitation, Anschlussheilverfahren

(1) Die Kosten bei Kuraufenthalt (Punkt B. 1. des Leistungstarifes), Rehabilitation und Anschlussheilverfahren (Punkt B. 2. des Leistungstarifes), das sind die Kosten der Unterbringung und Verpflegung und der ärztlich verordneten Behandlungen, werden ersetzt, 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 Kuraufenthalten wird für längstens 28 Tage und maximal 2 Aufenthalte innerhalb von 6 Kalenderjahren bezahlt.

Der Kostenersatz bei Rehabilitationsbehandlungen und Anschlussheilverfahren wird für längstens 90 Tage bezahlt.

§ 11

Änderung des Versicherungsschutzes und der Prämie

(1) Die Versicherungsleistungen sind wertgesichert. Der Versicherer verpflichtet sich, auf Grundlage der in Abs.(2) genannten, Faktoren die Prämien und Leistungen ohne Altersbegrenzung, ohne Wartezeiten für die Mehrleistungen und ungeachtet eines etwa verschlechterten Gesundheitszustandes, entsprechend anzupassen. Dabei ist der Versicherer bei Vorliegen der vereinbarten Voraussetzungen für eine Prämienänderung auch zu einer Herabsetzung der Prämien verpflichtet.

(2) Als für Änderungen der Prämie oder des Versicherungsschutzes maßgebende Umstände gelten die Veränderungen mindestens eines der folgenden Faktoren vereinbart:

- der durchschnittlichen Lebenserwartung,
- der Häufigkeit der Inanspruchnahme von Leistungen nach Art der vertraglich vorgesehenen und deren Aufwändigkeit, bezogen auf die zu diesem Tarif Versicherten,
- des Verhältnisses zwischen den vertraglich vereinbarten Leistungen und den entsprechenden Kostenersatzes der

gesetzlichen Sozialversicherungen,
– des Gesundheitswesens oder der dafür geltenden gesetzlichen Bestimmungen,
– der durch Gesetz, Verordnung, sonstigen behördlichen Akt oder durch Vertrag zwischen dem Versicherer und im Versicherungsvertrag bezeichneten Einrichtungen des Gesundheitswesens festgesetzten Entgelte für die Inanspruchnahme dieser Einrichtungen.

- (3) 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, so werden die Leistungen und Prämien entsprechend angepasst.

Für die Bemessung der Teilprämie für die Anpassung ist das Alter im Zeitpunkt der Anpassung maßgebend.

- (4) Die neuen Leistungen und Prämien werden zum Ersten des Monats wirksam, der der schriftlichen Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.
- (5) Die Anpassung ist nicht durchzuführen, wenn ihr der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach Empfang der Mitteilung des Versicherers schriftlich widerspricht. Diese Mitteilung hat einen Hinweis auf die Möglichkeit der Ablehnung der Anpassung zu enthalten.

Im Falle eines Widerspruches wird die Versicherung mit einem entsprechenden Ersatztarif fortgeführt, und der Versicherer ist späterhin nicht mehr verpflichtet, eine Anpassung der Versicherungsleistungen durchzuführen.

- (6) Der Widerspruch kann jedoch vom Versicherungsnehmer innerhalb von 3 Monaten ab dem Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Anpassung zurückgezogen werden. In diesem Falle tritt die Anpassung in ursprünglicher Form zum ursprünglichen Zeitpunkt in Kraft.

§ 12 Gewinnverband

Die Versicherungen nach Tarif AV gehören zum Gewinnverband A (siehe § 19 AVBKV).

Informationsblatt zur Datenanwendung (gem. § 24 DSGVO)

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

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, Ärzte 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 oder eines Arztes geführt (Vertragsdaten).

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, Ärzte, Krankenhäuser etc.) und von Auskunftspersonen (z.B. Zeugen, Behörden, etc.) sowie die von uns geleisteten Zahlungen (Leistungsdaten).

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

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.

Übermittlung von Gesundheitsdaten

Gesundheitsdaten werden grundsätzlich nur gemäß § 11 a Versicherungsvertragsgesetz verwendet und ohne Ihre im Einzelfall ausdrücklich erteilte Zustimmung, nur an folgende Empfänger übermittelt:

untersuchende oder behandelnde Ärzte und Krankenanstalten oder sonstige Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge, Sozialversicherungsträger, Rück- oder Mitversicherer, andere Versicherer, die bei der Abwicklung von Ansprüchen aus dem Versicherungsfall mitwirken, gesetzliche oder von Ihnen hiezu bevollmächtigte Vertreter, Gerichte,

Verwaltungsbehörden, Schlichtungsstellen oder sonstige Einrichtungen der Streitbeilegung und ihre Organe (z.B. Patienten-anwalt) einschließlich der von ihnen bestellten Sachverständigen.

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
Generali Capital Management GmbH, Wien
Generali VIS Informatik GmbH, Wien,
Generali IT-Solutions GmbH, Wien
Europäische Reiseversicherung Aktiengesellschaft, Wien
Allgemeine Immobilien-Verwaltungs-Gesellschaft m.b.H., Wien
Care Consult Versicherungsmakler GmbH
Europ Assistance Gesellschaft m.b.H.,Wien
Generali Leasing GmbH, Wien
Generali Immobilien AG
Generali Pensionskassa AG

Gesundheitsdaten werden an Gruppenunternehmen jedoch im Sinne des DSG 2000 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. Zur Zeit kooperieren wir mit:

3 Banken-Generali Investment-Gesellschaft mbH,
3 Banken Gruppe (Oberbank, BTV, BKS)
ABV Allgemeine Bausparkasse reg. GenmbH
Autobank AG
AVS Privatkunden Versicherungsservice GmbH
BONUS Mitarbeitervorsorgekassen AG
Bonus Pensionskasse AG
GE-Capital Bank GmbH
Kreditbank GmbH
LeasFinanz AG
Österreichische Hagelversicherung V.a.G.
ÖAMTC Österreichischer Automobil-, Motorrad- und Touring Club
PSK LHS Leasing und Fuhrparkmanagement GmbH
s-Bausparkasse Bausparkasse der österr. Sparkassen AG
Volkswagen Versicherungsdienst GmbH
Wüstenrot Bausparkassen AG

Die jeweils aktuelle Liste der Gesellschaften der Unternehmensgruppe der Generali Holding Vienna AG und unserer Kooperationspartner finden Sie im Internet unter <http://datenschutz.generali.at>

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. An Kooperationspartner werden nur jene Kundendaten weitergeleitet, die sie für die Bearbeitung eines beantragten oder bereits bestehenden Vertrages unbedingt benötigen; eine Weitergabe von Kundendaten ausschließlich zu Werbezwecken erfolgt jedoch nicht. Sensible Daten, wie z.B. über Ihren Gesundheitszustand, werden an Kooperationspartner keinesfalls übermittelt.

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. Polizzennummer, Prämien, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos, Zahl der Versicherungsfälle und Höhe von Versiche-

rungsleistungen 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 Zustimmungserklärung und Widerspruch gegen die Datenverarbeitung

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

Wird die Zustimmungserklärung bei Antragstellung ganz oder teilweise gestrichen bzw. verweigert oder der Datenverarbeitung widersprochen, erfolgt die weitere Verwendung Ihrer Daten im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen. Wir behalten uns in einem solchen Fall jedoch vor, Ihren Antrag abzulehnen oder den Vertrag aufzulösen, wenn eine automationsunterstützte Bearbeitung und Verwaltung Ihres Vertrages nicht (mehr) möglich ist.

3. Informationsverbundsystem des Versicherungsverbandes

Beim Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs, 1030 Wien, Schwarzenbergplatz 7, ist ein Informationsverbundsystem unter der Bezeichnung "ZIS" eingerichtet. Über dieses Informationsverbundsystem werden in der Personenversicherung (Leben, Kranken, Unfall) zum Zwecke der Antragsprüfung Personenidentifikationsdaten und in den anderen Versicherungszweigen darüber hinaus Daten zum Versicherungsfall auch zum Zwecke der Leistungsbearbeitung an die am ZIS angeschlossenen Versicherer übermittelt. In der Kfz-Haftpflichtversicherung dient diese Datenübermittlung auch der Prämien-einstufung 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 Nicht-Beantwortung von Fragen kann daher die Ablehnung des Antrages oder im Versicherungsfall die Nichtzahlung der Versicherungsleistung bewirken.

5. Entbindung von der Verschwiegenheitspflicht

Die Ermittlung von Gesundheitsdaten bedarf nicht nur der Zustimmung gemäß DSGVO, 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://datenschutz.generali.at>

Für allfällige Anfragen und Auskünfte steht Ihnen unser Datenschutzbeauftragter (Tel.: 0800/22 01 03; e-mail: daten-schutz@generali.at) zur Verfügung.



19745

SAP 19745 03.05 DVR 0603589