

ALLGEMEINE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN FÜR DEN OPTIONSTARIF MIT VERSICHERUNGSSCHUTZ FÜR UNMITTELBARE UNFALLFOLGEN UND SCHWERE ERKRANKUNGEN TARIF OD, OX

Personenbezogene Bezeichnungen in diesem Dokument beziehen sich auf alle Geschlechter in gleicher Weise.

Versicherungsnehmer ist die Person, die mit der DONAU Versicherung AG Vienna Insurance Group den Versicherungsvertrag abschließt.

Versicherte Personen sind jene Personen, auf die sich der Versicherungsschutz bezieht.

Versicherer ist die DONAU Versicherung AG Vienna Insurance Group.

ALLGEMEINER TEIL

§ 1 HÖCHSTABSCHLUSSALTER

Es können nur Personen versichert werden, die das 35. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

§ 2 GEGENSTAND DES VERSICHERUNGSSCHUTZES

- 1) Während aufrechter Optionsversicherung werden die im besonderen Teil (§§ 19 ff) definierten Leistungen für Heilbehandlungen von Unfallfolgen und schweren Erkrankungen erbracht. Außerdem erwirbt der Versicherungsnehmer das Recht auf einen begünstigten Umstieg in einen Krankenhauskostentarif, der auch Versicherungsschutz für Krankheiten über § 24 hinaus bietet, ohne Wartezeiten (ausgenommen solche für Untersuchungen und Heilbehandlungen in Zusammenhang mit Entbindung bzw. Schwangerschaft) und ohne neuerliche Beurteilung des Gesundheitszustandes. Diese Option kann bis zum 40. Geburtstag der versicherten Person, jährlich zu dem auf ihren Geburtstag folgenden Monatsersten unter Einhaltung einer Frist von einem Monat, durch einseitige Erklärung in geschriebener Form ausgeübt werden.
- 2) Die Umstellung kann nur auf einen Tarif erfolgen, der zum Umstellungszeitpunkt vom Versicherer auch für Neuabschlüsse angeboten wird. Das bedeutet, dass die Umstellung auf einen Tarif, der sich zum Umstellungszeitpunkt nicht mehr in der dann aktuellen Produktpalette des Versicherers befindet, nicht möglich ist. Ab dem Zeitpunkt der Umstellung gelten die für den dann aktuellen Tarif gültigen Versicherungsbedingungen entsprechend.
- 3) Der Optionstarif und der Tarif nach der Umstellung gelten für Personen, die der gesetzlichen Sozialversicherungspflicht unterliegen oder im Sinne der einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen als mitversicherte Personen gelten. Erlischt während der Vertragsdauer das Versicherungsverhältnis mit der gesetzlichen Krankenversicherung, besteht daher aus diesen Tarifen kein Versicherungsschutz für den Krankenhauskostenanteil der allgemeinen Gebührenklasse.
- 4) Ab dem Zeitpunkt der Umstellung gilt eine Mindestvertragsdauer von drei Jahren.
- 5) Für einen nach der Umstellung versicherten Krankenhausaufenthalt, der vor der Umstellung begonnen hat, besteht ab dem Zeitpunkt der Umstellung Anspruch auf Ersatztaggeld im Ausmaß des nach der Umstellung aktuellen Tarifs.
- 6) Es besteht – unbeschadet der übrigen Vertragsbestimmungen – Versicherungsschutz nur, soweit und solange dem keine auf die Vertragsparteien direkt anwendbaren Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Europäischen Union oder der Republik Österreich entgegenstehen. Dies gilt auch für Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos, die durch die Vereinigten Staaten von Amerika oder andere Länder erlassen werden, soweit dem nicht europäische oder österreichische Rechtsvorschriften entgegenstehen.

§ 3 TARIFUMSTELLUNG IM ALTER VON 40 JAHREN

- 1) Wird keine Erklärung gemäß § 2 abgegeben, erfolgt zu dem auf den 40. Geburtstag folgenden Monatsersten automatisch eine Umstellung auf eine Krankenhaus-Kostenversicherung für ASVG-Versicherte mit Selbstbehalt und Österreichdeckung. § 2 Abs. 2–5 gelten entsprechend. Sollten zum Umstellungszeitpunkt mehrere entsprechende Selbstbehaltstarife angeboten werden, erfolgt die Umstellung auf den Tarif mit dem niedrigsten Selbstbehalt.
- 2) Der Versicherungsnehmer hat im Falle des Absatz 1 die Möglichkeit, in geschriebener Form binnen drei Monaten nach Umstellung die Reduktion auf eine Krankenhaus-Kostenversicherung mit Regionaldeckung sowie die Änderung auf eine Österreichdeckung ohne Selbstbehalt oder auf einen seiner Sozialversicherung entsprechenden Tarif rückwirkend mit dem Umstellungszeitpunkt zu verlangen. § 2 Abs. 2–5 gelten entsprechend. Allfällige zwischenzeitig vom Versicherer dadurch zu viel ausbezahlte Leistungen sind in diesem Fall vom Versicherungsnehmer zurückzubezahlen.

§ 4 ABSCHLUSS DES VERSICHERUNGSVERTRAGES

- 1) Der Versicherungsnehmer stellt einen Antrag auf Abschluss der Versicherung in geschriebener Form. An diesen Antrag ist er sechs Wochen lang gebunden.
- 2) Vertragsgrundlagen sind der Versicherungsantrag, der Versicherungsschein, die Leistungsübersichten und die Versicherungsbedingungen. Soweit nichts Abweichendes vereinbart ist, gilt österreichisches Recht, insbesondere das Versicherungsvertragsgesetz.
- 3) Versicherungsnehmer oder versicherte Person kann nur eine Person sein, die in Österreich ihren ordentlichen Wohnsitz hat, sofern nicht eine andere Vereinbarung getroffen wird.

§ 5 BEGINN DES VERSICHERUNGSSCHUTZES

Der Versicherungsschutz beginnt mit Abschluss des Versicherungsvertrages, jedoch nicht vor Bezahlung der ersten Prämie und nicht vor dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn). Wird der Versicherungsschein nach diesem Zeitpunkt ausgehändigt, die Prämie sodann aber innerhalb von 14 Tagen bezahlt, so beginnt der Versicherungsschutz mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt.

§ 6 AUSZAHLUNG DER VERSICHERUNGSLEISTUNGEN

- 1) Die Versicherungsleistung wird mit Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung des Versicherers nötigen Erhebungen erbracht.
- 2) Die Versicherungsleistung ist mit Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung nötigen Erhebungen fällig. Die Fälligkeit tritt jedoch unabhängig davon ein, wenn der Versicherungsnehmer nach Ablauf von zwei Monaten seit Anmeldung des Versicherungsfalles eine Erklärung verlangt, aus welchen Gründen die Erhebungen noch nicht beendet werden konnten, und der Versicherer diesem Verlangen nicht binnen eines Monats entspricht.
- 3) Der Versicherer darf den jeweiligen Überbringer von Belegen als zum Empfang der darauf entfallenden Versicherungsleistungen berechtigt ansehen.
- 4) Die Ansprüche auf Versicherungsleistungen können ohne Zustimmung des Versicherers weder verpfändet noch abgetreten werden. Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, wenn seine Gegenforderungen gerichtlich festgestellt oder vom Versicherer anerkannt worden sind.
- 5) Die Ansprüche auf die Versicherungsleistungen verjähren in drei Jahren. Ist ein Anspruch beim Versicherer angemeldet worden, so ist die Verjährung bis zum Einlangen einer Entscheidung des Versicherers in geschriebener Form gehemmt, die zumindest mit der Anführung einer der Ablehnung zugrunde gelegten Tatsache und gesetzlichen oder vertraglichen Bestimmung begründet ist. Nach zehn Jahren tritt die Verjährung jedenfalls ein.

§ 7 ENDE DES VERSICHERUNGSSCHUTZES

Der Versicherungsschutz endet mit der Beendigung des Versicherungsvertrages. Dies gilt auch für bereits vorher eingetretene Versicherungsfälle.

§ 8 PRÄMIEN, GEBÜHREN UND ABGABEN

- 1) Die Prämie ist eine Monatsprämie und am 1. eines jeden Monats fällig. Die erste Prämie ist spätestens bei Aushändigung des Versicherungsscheines fällig.
- 2) Die Prämien sind für den Versicherer kostenfrei zu entrichten.
- 3) Für allfällige durch den Versicherungsnehmer veranlasste Mehraufwendungen können Gebühren verrechnet werden.

§ 9 ZAHLUNGSVERZUG UND DESSEN FOLGEN

- 1) Wird die erste Prämie nicht innerhalb von 14 Tagen nach der Zustellung des Versicherungsscheines und nach der Aufforderung zur Prämienzahlung bezahlt, ist der Versicherer leistungsfrei, es sei denn, dass der Versicherungsnehmer an der rechtzeitigen Zahlung ohne sein Verschulden verhindert war. Der Versicherer kann außerdem vom Versicherungsvertrag zurücktreten.
- 2) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig bezahlt, so erhält der Versicherungsnehmer eine schriftliche Mahnung. Wird der Rückstand nicht innerhalb der in der Mahnung gesetzten Frist von zwei Wochen bezahlt, kann der Versicherer den Versicherungsvertrag zum Ablauf der Frist kündigen. Außerdem entfällt der Versicherungsschutz, es sei denn, dass der Versicherungsnehmer an der rechtzeitigen Zahlung ohne sein Verschulden verhindert war.
- 3) Eingehende Prämienzahlungen werden auf die älteste Prämienschuld angerechnet.

§ 10 ANZEIGEPFLICHT UND FOLGEN DER VERLETZUNG DER ANZEIGEPFLICHT VOR ABSCHLUSS DES VERSICHERUNGSVERTRAGES

- 1) Der Versicherer übernimmt den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, dass der Versicherungsnehmer alle mit dem Antrag verbundenen Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet bzw. dass Auskünfte des Versicherungsnehmers richtig sind.
- 2) Wenn eine andere Person versichert oder mitversichert werden soll, ist auch diese für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung und für die Richtigkeit dieser Auskünfte verantwortlich.
- 3) Der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen haben bei der Antragstellung und zwischen Antragstellung und Zustellung (Aushändigung) des Versicherungsscheines alle erheblichen Gefahrumstände anzuzeigen. Jeder Gefahrumstand, nach dem der Versicherer ausdrücklich und in geschriebener Form gefragt hat, gilt im Zweifel als erheblich.
- 4) Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person die Anzeigepflicht über erhebliche Gefahrumstände verletzt, so kann der Versicherer vom Versicherungsvertrag zurücktreten. Das gleiche gilt, wenn die Anzeige eines erheblichen Gefahrumstands deshalb unterblieben ist, weil sich der Versicherungsnehmer / die versicherte Person der Kenntnis des Umstands arglistig entzogen hat. Die Anzeigepflicht ist auch dann verletzt, wenn Fragen um Gefahrumstände unvollständig oder unrichtig beantwortet werden.

- 5) 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. Der Rücktritt ist ausgeschlossen, wenn der Versicherer den nicht (vollständig) oder unrichtig angezeigten Umstand kannte. Er ist auch ausgeschlossen, wenn die Verletzung der Anzeigepflicht ohne Verschulden des Versicherungsnehmers / der versicherten Person unterblieben ist; hat jedoch der Versicherungsnehmer / die versicherte Person einen Umstand nicht angezeigt, nach dem der Versicherer nicht ausdrücklich und genau umschrieben gefragt hat, so kann dieser vom Versicherungsvertrag nur dann zurücktreten, wenn die Anzeige vorsätzlich oder grob fahrlässig unterblieben ist. Hatte der Versicherungsnehmer / die versicherte Person die Gefahrumstände anhand von vom Versicherer in geschriebener Form gestellter Fragen anzuzeigen, so kann der Versicherer wegen unterbliebener Anzeige eines Umstands, nach dem nicht ausdrücklich und genau umschrieben gefragt worden ist, nur im Falle arglistiger Verschweigung zurücktreten. Wird der Versicherungsvertrag von einem Bevollmächtigten oder von einem Vertreter ohne Vertretungsmacht abgeschlossen, so kommt für das Rücktrittsrecht des Versicherers nicht nur die Kenntnis und die Arglist des Vertreters, sondern auch die Kenntnis und die Arglist des Versicherungsnehmers / der versicherten Person in Betracht. Der Versicherungsnehmer / die versicherte Person kann sich darauf, dass die Anzeige eines erheblichen Umstands ohne Verschulden unterblieben oder unrichtig gemacht ist, nur berufen, wenn weder dem Vertreter noch ihm selbst ein Verschulden zur Last fällt.
- 6) Wenn der Versicherer vom Versicherungsvertrag zurücktritt, bleibt er für einen bereits eingetretenen Versicherungsfall leistungspflichtig, soweit der Umstand, in Ansehung dessen die Anzeigepflicht verletzt wurde, keinen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalles oder auf den Umfang der Leistung gehabt hat. Der Versicherungsschutz erstreckt sich jedoch keinesfalls über den Zeitpunkt des Rücktritts. Der Versicherer kann die Rückzahlung der Leistungen verlangen, die sich auf Tatsachen beziehen, die zum Rücktritt geführt haben.
- 7) 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.
- 8) Bei schuldloser Verletzung der Anzeigepflicht kann der Versicherer, wenn der Geschäftsplan bei Vorliegen der ihm unbekannt gebliebenen Gefahrumstände eine höhere Prämie vorsieht, von Beginn des laufenden Versicherungsjahres an die entsprechend höhere Prämie verlangen. Ist der unbekannt gebliebene Gefahrumstand nach dem Geschäftsplan auch gegen eine höhere Prämie nicht versicherbar, kann der Versicherer den Versicherungsvertrag kündigen. Das gleiche gilt, wenn beim Abschluss des Versicherungsvertrages ein für die Übernahme der Gefahr erheblicher Umstand dem Versicherer nicht angezeigt worden ist, weil er dem anderen Teil nicht bekannt war. 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. Der Anspruch auf die höhere Prämie erlischt, wenn er nicht innerhalb eines Monats von dem Zeitpunkt an geltend gemacht wird, in welchem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht oder von dem nicht angezeigten Umstand Kenntnis erlangt. Das gleiche gilt für das Kündigungsrecht, wenn es nicht innerhalb des bezeichneten Zeitraums ausgeübt wird.
- 9) Der Versicherer kann aus der fahrlässigen Verletzung einer vereinbarten Obliegenheit Rechte nur ableiten, wenn dem Versicherungsnehmer vorher die Versicherungsbedingungen oder eine andere Urkunde zugegangen sind, in der die Obliegenheit mitgeteilt wird.

§ 11 PFLICHTEN DES VERSICHERUNGSNEHMERS UND DER VERSICHERTEN PERSON WÄHREND DES BESTEHENS DES VERSICHERUNGS-VERTRAGES

- 1) Der Versicherungsnehmer und die versicherte Person haben dem Versicherer auf Verlangen jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder des Umfangs der Versicherungsleistung erforderlich ist.
Dies umfasst auch die Verpflichtung
 - sich auf Verlangen durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen, und
 - vom Versicherer geforderte Unterlagen zur Verfügung zu stellen, sowie falls dies nicht bereits im Antrag erfolgt ist
 - Dritte (z. B. Ärzte, Versicherungseinrichtungen, Behörden) von ihrer ärztlichen oder sonstigen Schweigepflicht zu entbinden.
- 2) Wird für eine versicherte Person bei einem anderen Versicherer ein Krankenversicherungsvertrag abgeschlossen, so ist der Versicherer vom weiteren Versicherungsvertrag unverzüglich zu unterrichten.
- 3) Wird die Auskunfts- bzw. Informationspflicht gemäß Abs. 1 und Abs. 2 verletzt, kann dies nach den Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes in bestimmten Fällen dazu führen, dass der Versicherer keine Versicherungsleistung erbringen muss und den Versicherungsvertrag kündigen kann.
- 4) Verletzt der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person die Auskunftspflicht des § 11 Abs. 1, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei. Dies gilt jedoch nicht, wenn die Verletzung weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruht. Wird die Obliegenheit nicht mit dem Vorsatz verletzt, die Leistungspflicht des Versicherers zu beeinflussen oder die Feststellung solcher Umstände zu beeinträchtigen, die erkennbar für die Leistungspflicht des Versicherers bedeutsam sind, so bleibt der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung weder auf die Feststellung des Versicherungsfalles noch auf die Feststellung oder den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung Einfluss gehabt hat. § 10 Abs. 9 gilt sinngemäß.
- 5) Wird die in § 11 Abs. 2 genannte Informationspflicht 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 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. Leistungsfreiheit und Kündigungsrecht bestehen nicht, wenn die Verletzung als eine unverschuldete anzusehen ist. § 10 Abs. 9 gilt sinngemäß.

§ 12 ANSPRÜCHE GEGEN DRITTE

- 1) Bestehen für einen Versicherungsfall neben dem Anspruch gegen den Versicherer gleichartige Ansprüche gegenüber dritten Personen oder öffentlich-rechtlichen oder privaten Versicherungsträgern, so gehen diese Ansprüche insoweit auf den Versicherer über, als dieser die Kosten ersetzt. Der Anspruchsberechtigte ist verpflichtet, diese Abtretung auf Verlangen dem Versicherer schriftlich zu bestätigen.
- 2) Soweit der Anspruchsberechtigte von schadensersatzpflichtigen dritten Personen oder auf Grund anderer Versicherungsverträge schon Ersatz der ihm entstandenen Kosten erhalten hat, ist der Versicherer berechtigt, den Ersatz auf seine Leistungen anzurechnen.
- 3) Die 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 erbracht hat.
- 4) Gibt der Anspruchsberechtigte seinen Anspruch gegen Dritte oder ein zur Sicherung des Anspruchs dienendes Recht ohne Zustimmung des Versicherers auf, so wird der Versicherer insoweit von der Ersatzpflicht frei, als er aus dem Anspruch oder dem Recht hätte Ersatz erlangen können.

§ 13 KÜNDIGUNG DURCH DEN VERSICHERUNGSNEHMER

- 1) Der Versicherungsvertrag wird auf unbestimmte Zeit abgeschlossen. Der Versicherungsnehmer hat das Recht, den Versicherungsvertrag zum Ende eines jeden 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.
- 4) Wenn der Versicherungsnehmer den Versicherungsvertrag hinsichtlich einzelner Personen kündigt, hat der Versicherer das Recht, innerhalb einer Frist von einem Monat den Versicherungsvertrag hinsichtlich der übrigen Personen zum gleichen Termin zu kündigen.

§ 14 EINSEITIGE VERTAGSBEENDIGUNG DURCH DEN VERSICHERER

- 1) Der Versicherer hat nur in folgenden Fällen das Recht, den Versicherungsvertrag einseitig zu beenden:
 - Prämienzahlungsverzug gemäß § 9 Abs. 1 und 2
 - Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht gemäß § 10
 - Verletzung von Obliegenheiten gemäß § 11
 - in Folge der Kündigung durch den Versicherungsnehmer gemäß § 13 Abs. 4
 - schuldhaftes Verhalten des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person gemäß dem nachfolgenden Abs. 2.
- 2) Wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person während der Dauer des Versicherungsverhältnisses durch wissentlich falsche Angaben, insbesondere durch Vortäuschung einer Krankheit, Versicherungsleistungen erschleicht oder zu erschleichen versucht oder bei einer solchen Handlung mitwirkt, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei und hat das Recht, das Versicherungsverhältnis innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist zu kündigen. Das gleiche gilt, wenn sich die versicherte Person im Krankheitsfall den vom Arzt oder vom Versicherer gegebenen zumutbaren Verhaltensmaßregeln vorsätzlich oder grob fahrlässig nicht Folge leistet. Der Versicherer kann sich im Fall der Verletzung zumutbarer Verhaltensmaßregeln auf die Leistungsfreiheit bzw. das Kündigungsrecht nicht berufen, soweit die Verletzung keinen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalles gehabt hat. § 10 Abs. 9 gilt sinngemäß.
- 3) Kündigt der Versicherer den Versicherungsvertrag hinsichtlich einzelner Personen, hat der Versicherungsnehmer das Recht, den Versicherungsvertrag hinsichtlich der übrigen Personen innerhalb einer Frist von einem Monat zum gleichen Termin zu kündigen.

§ 15 SONSTIGE BEENDIGUNGSGRÜNDE

- 1) Der Versicherungsvertrag endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, den Versicherungsvertrag unter Benennung eines künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tod des Versicherungsnehmers abzugeben.
- 2) Mit dem Tod einer versicherten Person endet der Versicherungsvertrag hinsichtlich dieser Person.
- 3) Der Versicherungsvertrag endet ferner durch Verlegung des Wohnsitzes des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person ins Ausland, es sei denn, dass eine andere Vereinbarung getroffen wird. Als Wohnsitz des Versicherungsnehmers ist jener Ort zu verstehen, an dem sich dieser niedergelassen hat, in der nachgewiesenen oder aus den Umständen hervorgehenden Absicht, dort seinen bleibenden Aufenthalt zu nehmen. Die Bestimmungen des Abs. 1 gelten sinngemäß.
- 4) Mit einer Umstellung gemäß §§ 2 und 3 endet der Versicherungsschutz nach Tarif OD, OX automatisch.

§ 16 FORM UND EMPFÄNGER VON WILLENSERKLÄRUNGEN UND ANZEIGEN

- 1) Für sämtliche Anzeigen und Erklärungen des Versicherungsnehmers an den Versicherer ist die geschriebene Form erforderlich, sofern nicht die Schriftform ausdrücklich und mit gesonderter Erklärung vereinbart wurde. Der geschriebenen Form wird durch Zugang eines Texts in Schriftzeichen entsprochen, aus dem die Person des Erklärenden hervorgeht (z. B. Telefax oder E-Mail). Schriftform bedeutet, dass dem Erklärungsempfänger das Original der Erklärung mit eigenhändiger Unterschrift des Erklärenden zugehen muss. Die qualifizierte elektronische Signatur gemäß § 4 Signaturgesetz ist der eigenhändigen Unterschrift nicht gleichgestellt.

- 2) Hat der Versicherungsnehmer seine Anschrift geändert, dies aber dem Versicherer nicht mitgeteilt, so genügt zur Rechtswirksamkeit von Erklärungen gegenüber dem Versicherungsnehmer die Absendung eines Briefs an die Anschrift, die der Versicherungsnehmer dem Versicherer zuletzt bekanntgegeben hat. Die Erklärung wird in dem Zeitpunkt wirksam, in welchem sie ohne die Änderung der Anschrift bei regelmäßiger Beförderung dem Versicherungsnehmer zugegangen wäre. Bei vereinbarter elektronischer Kommunikation gilt dies nur, wenn der Versicherer den Versicherungsnehmer rechtzeitig elektronisch von der Zusendung eines Briefs und von den genannten Folgen einer unterbleibenden Mitteilung der Anschriftenänderung verständigt hat (sofern die elektronische Verständigung möglich war). Dies gilt sinngemäß für Erklärungen gegenüber einer versicherten Person.

§ 17 ENTFÄLLT

§ 18 ÄNDERUNG DER VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN UND DER PRÄMIE (ANPASSUNG)

- 1) Als für Änderungen der Prämie oder des Versicherungsschutzes maßgebende Umstände im Sinne des § 178 f Versicherungsvertragsgesetz gelten die Veränderungen folgender Faktoren:
- 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
 - 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;
 - des Gesundheitswesens oder der dafür geltenden gesetzlichen Bestimmungen.
- 2) Die Erklärung einer rückwirkenden Änderung der Prämie oder des Versicherungsschutzes ist unwirksam; die Erklärung wirkt erst ab dem der Absendung folgenden Monatsersten.
- 3) Mit dem Zeitpunkt der Anpassung ändern sich die Prämien, Leistungen und die Höhe allfälliger Selbstbehalte entsprechend der neuen Leistungs- und Prämienübersicht. Für die Bemessung der Teilprämie für die geänderten Leistungen ist das Alter im Zeitpunkt der Anpassung maßgebend.
- 4) Im Falle einer Anpassung ist § 23 Abs. 1 AVB nicht anzuwenden.
- 5) Erhöht der Versicherer die Prämie, so hat er dem Versicherungsnehmer auf dessen Verlangen die Fortsetzung des Vertrags mit höchstens gleichbleibender Prämie und angemessen geänderten Leistungen anzubieten. Auf dieses Recht wird der Versicherer den Versicherungsnehmer in seiner Benachrichtigung über die Prämienerrhöhung ausdrücklich nochmals hinweisen.

BESONDERER TEIL

§ 19 VERSICHERUNGSSCHUTZ FÜR UNMITTELBARE UNFALLFOLGEN

- 1) Versichert sind stationäre Aufenthalte und auch ambulante Operationen zum Zweck der medizinisch notwendigen Heilbehandlung der versicherten Person wegen unmittelbarer Unfallfolgen. Als unmittelbare Unfallfolgen gelten solche Unfallfolgen, die direkt mit dem Unfall im Zusammenhang stehen und vom Arzt innerhalb von zwei Jahren nach dem Unfall behandelt werden. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung, er endet, wenn nach medizinischem Befund die Notwendigkeit der Heilbehandlung nicht mehr besteht. 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.
- 2) Unfall ist ein vom Willen der versicherten Person unabhängiges Ereignis, das plötzlich von außen mechanisch oder chemisch auf den Körper einwirkt und eine körperliche Schädigung nach sich zieht. Als Unfall gelten auch folgende vom Willen der versicherten Person unabhängige Ereignisse:
- Ertrinken, Verbrennungen, Verbrühungen, Einwirkungen von Blitzschlag oder elektrischem Strom;
 - Einatmen von Gasen oder Dämpfen, Einnehmen von giftigen oder ätzenden Stoffen, es sei denn, dass diese Einwirkungen allmählich erfolgen.
 - Plötzlich eintretende Meniskusverletzungen, sofern keine Vorschädigung bestanden hat.
 - Plötzlich auftretende Verrenkungen von Gliedern sowie Zerrungen und Zerreißen von Gliedmaßen und an der Wirbelsäule befindlichen Muskeln, Sehnen, Bändern und Kapseln, sofern keine Vorschädigung bestanden hat.
- 3) Krankheiten gelten nicht als Unfälle, übertragbare Krankheiten auch nicht als Unfallfolgen. Haben Krankheiten oder Gebrechen, die schon vor dem Unfall bestanden haben, die Unfallfolgen beeinflusst, ist die Leistung entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens zu kürzen, sofern dieser Anteil mindestens 25 % beträgt.
- 4) Unfälle als Folge eines Herzinfarkts oder Schlaganfalls sind mitversichert. Ein Herzinfarkt oder Schlaganfall gelten jedoch in keinem Fall als Unfallfolge.
- 5) Für Bandscheibenhernien wird eine Leistung nur erbracht, wenn sie durch direkte mechanische Einwirkung auf die Wirbelsäule entstanden sind und es sich nicht um eine Verschlimmerung von vor dem Unfall bestandenen Krankheitserscheinungen handelt.
- 6) Für Bauch- und Unterleibsbrüche jeder Art wird eine Leistung nur erbracht, wenn sie durch eine von außen kommende mechanische Einwirkung direkt herbeigeführt wurden und nicht anlagebedingt waren.

- 7) Versichert sind auch:
- Kosmetische Behandlungen und Operationen, soweit diese Maßnahmen stationär vorgenommen werden müssen und der Beseitigung von unmittelbaren Unfallfolgen dienen.
 - Zahnimplantationen sowie die damit in ursächlichem Zusammenhang stehenden Maßnahmen und Folgen, wenn sie der Beseitigung von unmittelbaren Unfallfolgen dienen.

§ 20 LEISTUNGEN DES VERSICHERERS

- 1) Es besteht Anspruch auf den vollen Ersatz der Aufzahlungskosten für die Sonderklasse-Zweibettzimmer einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung sowie für ambulante Operationen der versicherten Person wegen unmittelbarer Unfallfolgen gemäß § 19 bis zu den in der Leistungsübersicht zum Versicherungsschein angeführten Beträgen. Für die Einstufung von Operationen ist das jeweilige mit der Ärztekammer Wien zuletzt vereinbarte Operationsgruppenverzeichnis maßgebend. Dieses wird dem Versicherungsnehmer auf Verlangen ausgehändigt. Bei Mehrfachoperationen wird die höchste Operationsgruppe abgegolten. Dies gilt auch für ambulante Operationen. Als Operationskosten gelten das Honorar des Operateurs, des Anästhesisten, der bei der Operation assistierenden Ärzte und die Kosten des Pflegepersonals für die Operation einschließlich Vor- und Nachbehandlung. Damit verbundene Sachkosten, wie zum Beispiel Kosten von Körperersatzstücken, Implantaten und sonstigen therapeutischen Behelfen wie insbesondere Apparaturen, die Organe ersetzen oder in ihrer Funktion unterstützen, werden nicht gesondert ersetzt. Bei gleichzeitiger Ausführung mehrerer Operationen erfolgt die Vergütung nach den in den BVB bzw. der Leistungsübersicht enthaltenen Bestimmungen.
- 2) 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.
- 3) Leistungen für von einem Sozialversicherungsträger bewilligte Aufenthalte in Sonderkrankenanstalten zwecks Rehabilitation nach Unfällen ergeben sich aus der dem Versicherungsschein beiliegenden Leistungsübersicht. Der Unterbringung durch die Sozialversicherung gleichzustellen, ist die Gewährung eines täglichen Zuschusses für einen Aufenthalt in einer derartigen Sonderkrankenanstalt. Hauspflege sowie Maßnahmen der Geriatrie, der Logopädie und der Heilgymnastik sind nicht versichert.
- 4) Bei einem aufgrund der Art der Unfallfolgen oder der versicherten Erkrankung medizinisch notwendigen Transport in ein und aus einem Krankenhaus zu einer versicherten stationären Heilbehandlung werden Kosten für einen Transport mit einem Krankenwagen bis zu dem in der Leistungsübersicht angeführten Betrag pro Krankenhausaufenthalt ersetzt.
- 5) Bei Behandlung durch Ehegatten, Lebensgefährten, Partner eingetragener Partnerschaften, Eltern oder Kinder, Stiefeltern oder Stiefkinder sowie Schwiegereltern oder Schwiegerkinder des Versicherten werden nur die nachgewiesenen Sachkosten erstattet.

§ 21 ÖRTLICHER GELTUNGSBEREICH

Die in der Leistungsübersicht zum Versicherungsschein angeführten Beträge stehen für Versicherungsfälle auf der ganzen Welt zur Verfügung.

§ 22 LEISTUNGEN FÜR STATIONÄRE HEILBEHANDLUNG

- 1) Stationäre Heilbehandlung im Sinne dieser Versicherungsbedingungen ist eine Heilbehandlung im Rahmen eines medizinisch notwendigen stationären Aufenthalts in sanitätsbehördlich genehmigten Krankenanstalten oder Abteilungen von Krankenanstalten, sofern diese ständige ärztliche Anwesenheit vorsehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen, 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. Als medizinisch notwendig gilt ein stationärer Aufenthalt insbesondere nicht, wenn er lediglich im Mangel an häuslicher Pflege oder sonstigen persönlichen Verhältnissen der versicherten Person begründet ist oder die Behandlung ambulant erfolgen kann.
- 2) In den nachstehend angeführten Krankenanstalten bzw. den entsprechenden Organisationseinheiten und Betriebsformen von Krankenanstalten aller Art werden Leistungen nur insoweit erbracht, als ein operativer Eingriff vorgenommen wird:
- 3) die nicht nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft arbeiten;
- 4) in denen neben stationärer Heilbehandlung auch Rehabilitationsmaßnahmen oder Kurbehandlungen durchgeführt werden;
- 5) in denen Langzeitbehandlungen (durchschnittliche Behandlungsdauer von mehr als 28 Tagen) durchgeführt werden;
- 6) In den nachstehend angeführten Krankenanstalten bzw. den entsprechenden Organisationseinheiten und Betriebsformen von Krankenanstalten aller Art besteht kein Versicherungsschutz:
 - für psychische Erkrankungen bzw. für psychosomatische Behandlungen oder in Zentren für seelische Gesundheit;
 - Geriatrie;
 - Hospizeinrichtungen;
 - in denen vornehmlich Maßnahmen der Palliativmedizin durchgeführt werden
 - für Alkohol- und Drogenabhängige;
 - für geistig abnorme Rechtsbrecher;

- zur Pflege wegen Alters oder mangels häuslicher Pflege;
- Sanitätseinrichtungen des Bundesheers;
- Krankenabteilungen in Justizanstalten (Inquisiten Spitälern)
- selbständigen Ambulatorien (auch wenn die durchzuführende Untersuchung oder Behandlung eine kurzfristige Unterbringung erforderlich macht);
- Tag- und Nachtkliniken.

§ 23 EINSCHRÄNKUNGEN DES VERSICHERUNGSSCHUTZES

- 1) Für Heilbehandlungen, die vor Versicherungsbeginn entstanden sind, bzw. für Folgen von Unfällen vor Versicherungsbeginn besteht kein Versicherungsschutz.
- 2) Kein Versicherungsschutz besteht für die Heilbehandlung
 - von Folgen von Unfällen, die als Folge eines missbräuchlichen Genusses von Alkohol oder Suchtgiften eintreten;
 - bei Unterbringung wegen Selbst- oder Fremdgefährdung;
 - von Unfällen 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;
 - von Folgen von Selbstmordversuchen;
 - von auf Vorsatz der versicherten Person beruhende Unfälle, einschließlich deren Folgen;
 - von Unfällen sowie deren Folgen, die durch Kriegsereignisse jeder Art, einschließlich Neutralitätsverletzungen, entstehen;
 - von Unfällen, die sich bei der Benützung von Paragleitern, Hängegleitern und ähnlichen Luftfahrtgeräten sowie bei Fallschirmabsprüngen ereignen;
 - von Unfällen, die sich bei Beteiligung an motorsportlichen Wettbewerben (auch Wertungsfahrten und Rallyes) und den dazugehörigen Trainingsfahrten ereignen;
 - von Folgen von Unfällen, die sich bei der Teilnahme an Bundes- oder internationalen sportlichen Wettbewerben sowie am offiziellen Training für diese Veranstaltungen ereignen;
 - von Unfällen, die mittelbar oder unmittelbar durch den Einfluss ionisierender Strahlen im Sinne des Strahlenschutzgesetzes (BGBl. Nr. 227/1969) in der jeweils geltenden Fassung oder durch Kernenergie verursacht werden.

§ 24 VERSICHERUNGSSCHUTZ FÜR SCHWERE ERKRANKUNGEN

- 1) Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlungen der versicherten Person zur Behandlung der Erkrankungen gemäß lit. a oder in Fällen gemäß lit. b werden – unter Maßgabe der Absätze 2–4 – die in § 20 Abs. 1–5 definierten Leistungen erbracht; §§ 21–23 gelten entsprechend.
 - a) -) Verbrennungen dritten Grades
-) erworbenes Immundefektsyndrom
-) Taucherkrankheit
 - b) -) Organtransplantationen
-) operative (offene oder endoskopische) Behandlung oder Entfernung von bösartigen Tumoren und Metastasen sowie Leukämie ab Vorliegen einer gesicherten Diagnose über die Bösartigkeit (z. B. histologischer Befund) – siehe aber auch Abs. 3
-) Operationen an Aorta, Halsschlagader oder Herzklappen
-) Herzkatheter, Stent und Bypass im Zusammenhang mit Erkrankungen der Herzkranzgefäße
- 2) In Fällen gemäß lit. b besteht für allfällige weitere Krankenhausaufenthalte ohne Operation kein Versicherungsschutz. Daher sind insbesondere auch Aufenthalte zur Chemo- und Strahlentherapie ohne operative Behandlung oder Entfernung von bösartigen Tumoren und Metastasen nicht vom Versicherungsschutz umfasst.
- 3) Nicht unter Versicherungsschutz fallen:
 - Maßnahmen zur Diagnosestellung eines bösartigen Tumors bzw. der Operationsindikation (wie z. B. Polypektomien, Biopsien, etc.).
 - Entfernung von nicht invasiven Karzinomen in situ (lokales Krebsgeschwür ohne Ausbreitung in das umliegende Gewebe und ohne Metastasen) sowie die Entfernung von Hauttumoren (ausgenommen maligne/bösartige Melanome)
- 4) Für Organtransplantationen, die aus kosmetischen Gründen vorgenommen werden, besteht nur zur Beseitigung von Unfallfolgen innerhalb von zwei Jahren ab Unfalldatum Versicherungsschutz.

