

ALLGEMEINE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN FÜR DIE KRANKENHAUSTAGGELD- VERSICHERUNG NACH TARIF TY

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.

§ 1 WAS IST VERSICHERT?

- 1) Die von Ihnen gewählte, auf dem Versicherungsschein dokumentierte Tagegeldsumme wird von uns für jeden Tag einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung der versicherten Person wegen Krankheit, Unfallfolgen oder Entbindung ausgezahlt. Für Tage, die Sie mehr als fünf Stunden außerhalb einer Krankenanstalt verbringen, wird kein Taggeld geleistet; Aufnahme- und Entlassungstag sowie operative Behandlungen im Rahmen des aktuellen Tagesklinikmodells der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) sind von dieser Einschränkung des Versicherungsschutzes nicht betroffen. Ab dem elften Tag einer ununterbrochenen medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung wegen Krankheit oder Entbindung wird pro Tag die doppelte auf dem Versicherungsschein dokumentierte Taggeldsumme ausbezahlt. Ab dem 21. Tag einer ununterbrochenen medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung wegen Krankheit oder Entbindung wird pro Tag die dreifache auf dem Versicherungsschein dokumentierte Taggeldsumme ausbezahlt.
Für ununterbrochene medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlungen wegen unmittelbarer Unfallfolgen wird für die ersten 20 Tage das Doppelte und ab dem 21. Tag das Dreifache der für einen Tag wegen krankheitsbedingter stationärer Heilbehandlung auf dem Versicherungsschein dokumentierten Taggeldsumme geleistet.
Für eine häusliche oder ambulante Entbindung wird ein Entbindungsgeld in der Höhe eines fünftägigen Krankenhausaufenthalts wegen krankheitsbedingter stationärer Heilbehandlung gezahlt.
Für stationäre Entbindungen besteht Anspruch auf das gleiche Entbindungsgeld, es sei denn, der diesbezügliche Krankenhausaufenthalt dauert länger als fünf Tage.
- 2)
 - a) Versichert sind stationäre Aufenthalte zum Zweck der medizinisch notwendigen Heilbehandlung der versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen sowie zur Entbindung einschließlich der wegen Schwangerschaft erforderlichen Untersuchungen und Behandlungen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung, er endet, wenn nach medizinischem Befund die Notwendigkeit der Heilbehandlung nicht mehr besteht.
 - b) Als Versicherungsfall gelten auch die häusliche oder ambulante Entbindung.
 - c) Als Versicherungsfall gelten nicht:
 - kosmetische Behandlungen und Operationen und deren Folgen, soweit diese Maßnahmen nicht der Beseitigung von unmittelbaren Unfallfolgen dienen; Kosmetische Behandlungen im Sinne der Versicherungsbedingungen dienen nicht der Behebung einer Fehlfunktion des Körpers und damit der Heilung einer therapiebedürftigen Erkrankung. Das Ergebnis der kosmetischen Behandlung dient vornehmlich der Ästhetik. Daher gelten Korrekturoperationen nach Eingriffen wegen Übergewichts auch dann nicht als Versicherungsfall, wenn der ursprüngliche Eingriff zur Behandlung des Übergewichts medizinisch indiziert und damit vom Versicherungsschutz umfasst war.
 - Zahnimplantationen sowie die damit in Zusammenhang stehenden Maßnahmen und Folgen, soweit diese nicht der Beseitigung von unmittelbaren Unfallfolgen dienen;
 - präventive Behandlungen und Eingriffe und deren Folgen;
 - Hauspflege, Maßnahmen der Geriatrie, der Rehabilitation, der Heilpädagogik, der Logopädie, der Heilgymnastik sowie Kur- oder TBC-Behandlungen;
 - Aufenthalte wegen Alters oder mangels häuslicher Pflege.
- 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 anomaler körperlicher oder geistiger Zustand, der eine Krankenbehandlung notwendig macht.
- 5) Unfall ist jedes vom Willen der versicherten Person unabhängige Ereignis, das plötzlich von außen, mechanisch oder chemisch einwirkend, eine körperliche Schädigung der versicherten Person nach sich zieht. Als unmittelbare Unfallfolgen gelten nur solche Unfallfolgen, die direkt mit dem Unfall in Zusammenhang stehen und vom Arzt innerhalb eines Jahrs nach dem Unfall festgestellt werden. Für Bandscheibenhernien werden die erhöhten Leistungen 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. Gesundheitsschädigungen im Zusammenhang mit dem Heben einer Last gelten nicht als Unfallfolgen.
- 6) Für tagesklinische Operationen in einer Krankenanstalt gemäß § 5 wird das Doppelte des für einen Tag wegen krankheitsbedingter stationärer Heilbehandlung vereinbarten Taggelds geleistet, sofern der Eingriff als medizinische Einzelleistung nach dem aktuellen Tagesklinikmodell der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) verrechnet werden kann.

- 7) Für auf Grund der Art der Krankheit, der Unfallfolgen oder der Entbindung medizinisch notwendige Transporte zu einer versicherten Heilbehandlung sowie entsprechende Heimtransporte werden die Kosten gegen Nachweis einer saldierten Originalrechnung bis zu EUR 10,- zuzüglich des für einen Tag wegen krankheitsbedingter stationärer Heilbehandlung vereinbarten Taggelds ersetzt. Im Anschluss an eine versicherte Heilbehandlung wird für Transporte zu einer versicherten Weiterbehandlung in einem Krankenhaus in Wohnortnähe mit einem Sanitätsfahrzeug innerhalb Österreichs Kostenersatz zu 90 %, höchstens EUR 1.500,-, geleistet.
- 8) Ab einer wegen krankheitsbedingter stationärer Heilbehandlung vereinbarten Tagesgeldsumme von EUR 80,- werden im Zusammenhang mit einem versicherten Unfallereignis die entstandenen notwendigen Kosten einer Bergung, auch mittels Rettungshubschraubers, bis EUR 5.000,- ab NACA IV (das sind Verletzungen und Erkrankungen, ohne akuter Lebensgefahr, die aber eine kurzfristige Entwicklung einer Vitalgefährdung nicht ausschließen) ersetzt. Vergütet werden 90 % der Kosten bzw. die vollen Differenzkosten auf die Leistung der Sozialversicherung, soweit kein Kostenersatz aus anderen Versicherungen möglich ist. Dies gilt auch für Hubschrauberbergungen, die aufgrund einer akut auftretenden Erkrankung medizinisch notwendig waren. Kein Versicherungsschutz besteht in diesem Zusammenhang für Unfälle bei einer entgeltlich oder beruflich ausgeübten sportlichen Betätigung.
- 9) Anstelle des vereinbarten Tagesgelds werden in Österreich für versicherte Kinder bis zum vollendeten 20. Lebensjahr die Krankenhausgebühren für eine Begleitperson erstattet.

§ 2 WAS IST BEI DER ANTRAGSTELLUNG ZU BEACHTEN?

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

§ 3 WANN BEGINNT DER VERSICHERUNGSSCHUTZ?

Der Versicherungsschutz beginnt mit Abschluss des Versicherungsvertrages, jedoch nicht vor Bezahlung der ersten Prämie, nicht vor Ablauf der Wartezeiten 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 abgesehen von den Bestimmungen über die Wartezeiten mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt.

§ 4 GIBT ES WARTEZEITEN? WIE LANGE DAUERN SIE?

Für Entbindungen einschließlich der wegen Schwangerschaft erforderlichen Untersuchungen sowie für die damit im Zusammenhang stehende medizinisch notwendige Heilbehandlung und für Fehlgeburten besteht Versicherungsschutz erst nach Ablauf einer Wartezeit von neun Monaten, es sei denn, es handelt sich nachweislich um eine nach Vertragsabschluss eingetretene Schwangerschaft. Wenn Sie oder eine versicherte Person in eine höhere Tarifklasse wechseln, besteht Anspruch auf die höheren Versicherungsleistungen erst nach neuerlichem Ablauf der Wartezeit.

§ 5 IN WELCHEN KRANKENANSTALTEN BESTEHT VERSICHERUNGSSCHUTZ?

- 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. Stationäre Aufenthalte wegen Zahnbehandlung und Zahnersatz sowie wegen zahn- und kieferchirurgischer 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 der Rehabilitation dient, im Mangel an häuslicher Pflege oder sonstigen persönlichen Verhältnissen der versicherten Person begründet ist.
- 2) In den nachstehend angeführten Krankenanstalten bzw. den entsprechenden Organisationseinheiten und Betriebsformen von Krankenanstalten aller Art werden Leistungen nur insoweit erbracht, als der Versicherte diese vor Beginn der Heilbehandlung in geschriebener Form zugesagt hat:
 - in denen neben stationärer Heilbehandlung auch Rehabilitationsmaßnahmen oder Kurbehandlungen durchgeführt werden;
 - in denen Langzeitbehandlungen (durchschnittliche Behandlungsdauer von mehr als 28 Tagen) durchgeführt werden;Die Deckung ist zuzusagen, wenn und insoweit ein Anspruch des Versicherten nach Abs. 1 besteht. Der Versicherte kann sich auf seine Leistungsfreiheit insoweit und solange nicht berufen, als die Dringlichkeit der stationären Heilbehandlung die Einholung einer Zusage in geschriebener Form nicht zulässt.

- 3) In den nachstehend angeführten Krankenanstalten bzw. den entsprechenden Organisationseinheiten und Betriebsformen von Krankenanstalten aller Art besteht kein Leistungsanspruch:
- Sonderkrankenanstalten;
 - die auf Rehabilitation eingerichtet sind;
 - für Nerven- und/oder psychisch Kranke (mit Ausnahme jener für Neurologie und Neurochirurgie);
 - für psychische Erkrankungen bzw. für psychosomatische Behandlungen oder in Zentren für seelische Gesundheit;
 - für Geriatrie
 - Hospizeinrichtungen;
 - in denen vornehmlich Maßnahmen der Palliativmedizin durchgeführt werden
 - für Alkohol- und Drogenabhängige;
 - für geistig abnorme Rechtsbrecher;
 - zur Pflege wegen Alters, Hinfälligkeit, Siechtums oder mangels häuslicher Pflege; sowie in
 - Kuranstalten, Erholungs-, Diät- und Genesungsheimen;
 - Sanitätseinrichtungen des Bundesheers
 - Krankenabteilungen in Justizanstalten (Inquisitenspitälern);
 - selbständigen Ambulatorien (auch wenn die durchzuführende Untersuchung oder Behandlung eine kurzfristige Unterbringung erforderlich macht);
 - Tag- und Nachtkliniken für andere als in § 1 Abs. 6 definierte Heilbehandlungen.

§ 6 MIT WELCHEN EINSCHRÄNKUNGEN DES VERSICHERUNGSSCHUTZES MÜSSEN SIE RECHNEN?

- 1) Für Krankheiten und Unfallfolgen, die vor Vertragsabschluss entstanden sind (= Vorerkrankungen), besteht Versicherungsschutz erst nach Ablauf eines Jahrs ab Vertragsabschluss und nur dann, wenn die Auskunftspflicht gemäß § 12 nicht verletzt worden ist. Wurde eine Krankheit oder Unfallfolge vor Vertragsabschluss angegeben, können wir dafür eine höhere Prämie oder einen Ausschluss vom Versicherungsschutz vereinbaren.
Kein Versicherungsschutz besteht für die Heilbehandlung
- von Krankheiten und Folgen von Unfällen, die als Folge eines missbräuchlichen Genusses von Alkohol oder Suchtgiften eintreten oder verschlechtert werden, oder deren Heilbehandlung durch den missbräuchlichen Genuss von Alkohol oder Suchtgiften erschwert wird, sowie für Entziehungsmaßnahmen und Entziehungskuren;
 - bei Unterbringung wegen Selbst- oder Fremdgefährdung;
 - von Krankheiten und Unfällen sowie deren Folgen, die durch aktive Beteiligung an Unruhen, durch schuldhaftes Beteiligung an Schlägereien oder bei der Begehung einer gerichtlich strafbaren Handlung, die Vorsatz voraussetzt, entstehen;
 - von auf Vorsatz, Selbstbeschädigung oder Selbstmordversuch der versicherten Person beruhenden Krankheiten und Unfällen, einschließlich deren Folgen;
 - von Folgen von Unfällen, die sich bei der Teilnahme an Bundes- oder internationalen sportlichen Wettbewerben sowie am offiziellen Training für diese Veranstaltungen ereignen;
 - von Krankheiten und Unfällen sowie deren Folgen, die durch Kriegereignisse jeder Art, einschließlich Neutralitätsverletzungen, entstehen.
- 2) 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.

§ 7 WAS GILT FÜR DIE MITVERSICHERUNG NEUGEBORENER KINDER?

Bei neugeborenen Kindern verzichten wir unter folgenden Voraussetzungen auf das Recht der Ablehnung, die Einhebung eines Prämienzuschlags und auf einen Leistungsausschluss für Vorerkrankungen gemäß § 6 Abs. 1:

- a) ein Elternteil des Kinds – wenn schon Kinder vorhanden sind, auch alle im gemeinsamen Haushalt lebenden Kinder unter 20 Jahren – muss seit mindestens drei Monaten nach Tarifen versichert sein, die dem für das Kind beantragten Versicherungsschutz entsprechen und
- b) die Mitversicherung des Kinds muss innerhalb eines Monats nach der Geburt mit Wirkung ab dem Geburtsmonat beantragt werden.

§ 8 WAS GILT FÜR DIE AUSZAHLUNG DER VERSICHERUNGSLEISTUNGEN?

- 1) Die Versicherungsleistung wird von uns grundsätzlich gegen Übergabe einer Aufenthaltsbestätigung der Krankenanstalt, die die Diagnose enthalten muss, erbracht, wobei vom Versicherer zur Feststellung des Versicherungsfalles noch zusätzliche Krankheitsunterlagen verlangt werden können. Bei häuslicher Entbindung ist eine standesamtliche Geburtsurkunde vorzulegen. Diese Leistungsnachweise gehen in das Eigentum des Versicherers über.
- 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 Sie nach Ablauf von zwei Monaten seit Anmeldung des Versicherungsfalles eine Erklärung verlangen, aus welchen Gründen die Erhebungen noch nicht beendet werden konnten, und wir diesem Verlangen nicht binnen eines Monats entsprechen.

- 3) Wir dürfen den jeweiligen Überbringer von Belegen als zum Empfang der darauf entfallenden Versicherungsleistungen berechtigt ansehen.
- 4) Die Ansprüche auf Versicherungsleistungen können vor Feststellung des Versicherungsfalles und Umfang der Leistungspflicht ohne unsere Zustimmung weder verpfändet noch abgetreten werden. Sie können gegen Forderungen von uns nur aufrechnen, wenn Ihre Gegenforderung gerichtlich festgestellt oder von uns anerkannt worden ist.
- 5) Die Ansprüche auf Versicherungsleistungen verjähren in drei Jahren. Ist ein Anspruch bei uns angemeldet worden, ist die Verjährung bis zum Einlangen einer Entscheidung in schriftlicher Form von uns 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.

§ 9 RUHEN DES VERSICHERUNGSSCHUTZES

- 1) Sie können in begründeten Fällen für einen im Voraus bestimmten Zeitraum von nicht mehr als zwölf Monaten das Ruhen der Rechte und Pflichten aus dem Versicherungsvertrag beantragen. Für die Zeit des Ruhens ist von Ihnen ein zu vereinbarendes Anerkennungsbeitrag im Voraus für die vereinbarte Dauer des Ruhens zu entrichten. Eine Wiederinkraftsetzung der Versicherung vor Ablauf der vereinbarten Frist können wir von einer Gesundheitsprüfung abhängig machen.
- 2) Für Versicherungsfälle, die während des Ruhens des Versicherungsvertrages eingetreten sind, besteht kein Versicherungsschutz. Für die Fortsetzung der Heilbehandlung nach Ende des Ruhens besteht Versicherungsschutz ab dem Ende des Ruhens.

§ 10 ENDE DES VERSICHERUNGSSCHUTZES

Der Versicherungsschutz endet mit der Beendigung des Versicherungsvertrages durch den Versicherungsnehmer oder den Versicherer. Dies gilt auch für bereits vorher eingetretene bzw. laufende Versicherungsfälle.

§ 11 A) WIE BERECHNET SICH DIE PRÄMIE?

- 1) Die Prämie ist eine Monatsprämie und am Ersten eines jeden Monats fällig. Die erste Prämie ist spätestens bei Aushändigung der Police fällig.
- 2) Hat ein Kind das 20. Lebensjahr vollendet, sind ab dem 1. des Monats, in dem das 20. Lebensjahr vollendet wird die Prämien zu bezahlen, den der betreffende Tarif für Versicherte vorsieht, die mit diesem Alter in die Versicherung eintreten. Der Versicherungsnehmer erhält 3 Wochen vor der diesbezüglichen Prämienumstellung die neue Police mit der Erwachsenenprämie. Er hat das Recht, innerhalb von 2 Wochen nach Erhalt dieser Police den Versicherungsvertrag für das von der Prämienhöhung betroffene Kind zum Umstellungszeitpunkt zu kündigen.
- 3) Sind mehr als drei Geschwister unter 20 Jahren in einer Police mitversichert, ist dennoch die Prämie nur für drei Kinder zu entrichten.
- 4) Die Prämien sind für uns kostenfrei zu entrichten.
- 5) Für allfällige von Ihnen veranlasste Mehraufwendungen können Gebühren verrechnet werden

§ 11 B) WAS GESCHIEHT, WENN SIE EINE PRÄMIE NICHT RECHTZEITIG BEZAHLEN?

- 1) Wenn Sie die erste Prämie nicht innerhalb von 14 Tagen nach der Zustellung der Police und nach der Aufforderung zur Prämiennachzahlung bezahlen, sind wir leistungsfrei, es sei denn, dass Sie an der rechtzeitigen Zahlung ohne Verschulden verhindert waren. Wir können außerdem vom Versicherungsvertrag zurücktreten.
- 2) Wenn Sie eine Folgeprämie nicht rechtzeitig bezahlen, so erhalten Sie eine schriftliche Mahnung. Bezahlen Sie den Rückstand nicht innerhalb der in der Mahnung gesetzten Frist von zwei Wochen, können wir den Versicherungsvertrag zum Ablauf der Frist kündigen. Außerdem entfällt Ihr Versicherungsschutz, es sei denn, dass Sie an der rechtzeitigen Zahlung ohne Verschulden verhindert waren.
- 3) Eingehende Prämienzahlungen werden auf die älteste Prämienschuld angerechnet.

§ 12 WELCHE BEDEUTUNG HABEN IHRE ANTWORTEN BZW. AUSSAGEN IM VERSICHERUNGSANTRAG?

- 1) Wir übernehmen den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, dass Sie alle mit dem Antrag verbundenen Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten bzw. dass Ihre Auskünfte 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) Sie haben uns über erhebliche Veränderungen des Gesundheitszustandes einer zu versichernden Person zwischen Antragstellung und Zustellung (Aushändigung) der Police unverzüglich zu informieren, da wir ansonsten gemäß Abs 4 vom Versicherungsvertrag zurücktreten können. Jeder Umstand, der im Versicherungsantrag angeführt oder nachgefragt wurde, gilt im Zweifel als erheblich.

- 4) Werden Fragen unrichtig oder unvollständig beantwortet bzw. falsche Auskünfte erteilt, können wir innerhalb der ersten drei Jahre nach Abschluss oder Änderung des Vertrags vom Versicherungsvertrag zurücktreten. Das gleiche gilt, wenn die Anzeige eines erheblichen Gefahrumstands deshalb unterblieben ist, weil Sie sich der Kenntnis des Umstands arglistig entzogen haben. Wir werden den Rücktritt innerhalb eines Monats ab Kenntnis von der Unrichtigkeit oder Unvollständigkeit der Angaben erklären. Der Rücktritt ist ausgeschlossen, wenn wir den nicht (vollständig) oder unrichtig angezeigten Umstand kannten. Er ist auch ausgeschlossen, wenn die Verletzung der Anzeigepflicht ohne Ihr Verschulden unterblieben ist; haben Sie jedoch einen Umstand nicht angezeigt, nach dem wir nicht ausdrücklich und genau umschrieben gefragt haben, so können wir vom Versicherungsvertrag nur dann zurücktreten, wenn die Anzeige vorsätzlich oder grob fahrlässig unterblieben ist. Hatten Sie die Gefahrumstände anhand von uns in geschriebener Form gestellter Fragen anzuzeigen, so können wir 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 in Betracht. Sie können sich darauf, dass die Anzeige eines erheblichen Umstands ohne Verschulden unterblieben oder unrichtig gemacht ist, nur berufen, wenn weder dem Vertreter noch Ihnen selbst ein Verschulden zur Last fällt. Diese Bestimmungen gelten sinngemäß auch für sonstige versicherte Personen.
- 5) Bei arglistiger Täuschung können wir den Versicherungsvertrag anfechten.
- 6) Wenn wir vom Versicherungsvertrag zurücktreten, bleiben wir 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 unserer Leistung gehabt hat. Der Versicherungsschutz erstreckt sich jedoch keinesfalls über den Zeitpunkt des Rücktritts. Wir können 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. Sie haben 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 können wir, wenn unser Geschäftsplan bei Vorliegen der uns unbekannt gebliebenen Gefahrumstände eine höhere Prämie vorsieht, von Beginn der laufenden Versicherungsperiode an die entsprechend höhere Prämie verlangen. Ist der unbekannt gebliebene Gefahrumstand nach unserem Geschäftsplan auch gegen eine höhere Prämie nicht versicherbar, können wir den Versicherungsvertrag kündigen. Das gleiche gilt, wenn uns beim Abschluss des Versicherungsvertrages ein für die Übernahme der Gefahr erheblicher Umstand nicht angezeigt worden ist, weil er Ihnen bzw. der versicherten Person nicht bekannt war. Wird die höhere Gefahr nach den für unseren Geschäftsbetrieb maßgebenden Grundsätzen auch gegen eine höhere Prämie nicht übernommen, so können wir 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 wir von der Verletzung der Anzeigepflicht oder von dem nicht angezeigten Umstand Kenntnis erlangt haben. Das gleiche gilt für das Kündigungsrecht, wenn es nicht innerhalb des bezeichneten Zeitraums ausgeübt wird.
- 9) Wir können aus der fahrlässigen Verletzung einer vereinbarten Obliegenheit Rechte nur ableiten, wenn Ihnen vorher die Versicherungsbedingungen oder eine andere Urkunde zugegangen sind, in der die Obliegenheit mitgeteilt wird.

§ 13 WELCHE SONSTIGEN AUSKUNFTSPFLICHTEN SIND VON IHNEN ZU ERFÜLLEN?

- 1) Sie und die versicherten Personen haben uns 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 von uns beauftragten Arzt untersuchen zu lassen; von uns 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 sind wir vom weiteren Versicherungsvertrag unverzüglich zu unterrichten.
- 3) Verletzen Sie oder die versicherte Person die Auskunftspflicht des § 13 Abs. 1, so sind wir 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, unsere Leistungspflicht zu beeinflussen oder die Feststellung solcher Umstände zu beeinträchtigen, die erkennbar für unsere Leistungspflicht bedeutsam sind, so bleiben wir zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung weder auf die Feststellung des Versicherungsfalles noch auf die Feststellung oder den Umfang der uns obliegenden Leistung Einfluss gehabt hat. § 12 Abs. 9 gilt entsprechend.
- 4) Wird die in § 13 Abs. 2 genannte Informationspflicht verletzt, so sind wir von der Verpflichtung zur Erbringung von Summenleistungen, wie z. B. Krankenhaus-Tagegeld, Krankenhaus-Ersatztaggeld, Krankengeld oder Kurzuschüssen frei. Wir können überdies den Versicherungsvertrag innerhalb eines Monats, nachdem wir von der Obliegenheitsverletzung Kenntnis erlangt haben, ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen. Kündigen wir innerhalb eines Monats nicht, so können wir uns auf die Leistungsfreiheit nicht berufen. Leistungsfreiheit und Kündigungsrecht bestehen nicht, wenn die Verletzung als eine unverschuldete anzusehen ist. § 12 Abs. 9 gilt entsprechend.

§ 14 WANN KÖNNEN SIE DEN VERSICHERUNGSVERTRAG KÜNDIGEN?

- 1) Der Versicherungsvertrag wird auf unbestimmte Zeit abgeschlossen. Sie haben 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 Sie den Versicherungsvertrag hinsichtlich einzelner Personen kündigen, haben wir das Recht, innerhalb einer Frist von einem Monat den Versicherungsvertrag hinsichtlich der übrigen Personen zum gleichen Termin zu kündigen.
- 5) Wenn Sie bzw. eine versicherte Person in eine Pflegeanstalt für chronisch Kranke aufgenommen werden, so haben Sie das Recht, den Versicherungsvertrag hinsichtlich der betroffenen Person zum Ende des Monats zu kündigen, in welchem Sie die Aufnahme in eine solche Anstalt nachweisen. Dieses Recht kann bis zu einem Jahr nach der entsprechenden Aufnahme auch rückwirkend geltend gemacht werden.

§ 15 WANN KANN DER VERSICHERER DEN VERSICHERUNGSVERTRAG SONST NOCH EINSEITIG BEENDEN BZW. WAS IST DIE FOLGE, WENN SIE IM VERSICHERUNGSFALL UNRICHTIGE ANGABEN MACHEN ODER SICH NICHT AN ÄRZTLICHE VERHALTENSMASSREGELN HALTEN?

- 1) Der Versicherer hat nur in folgenden Fällen das Recht, den Versicherungsvertrag einseitig zu beenden:
 - Prämienzahlungsverzug gemäß § 11 b Abs. 1 und 2
 - Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht gemäß § 12
 - Verletzung von Obliegenheiten gemäß § 13
 - in Folge der Kündigung durch den Versicherungsnehmer gemäß § 14 Abs. 4
 - schuldhaftes Verhalten des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person gemäß dem nachfolgenden Abs. 2.
- 2) Wenn Sie oder eine versicherte Person durch wissentlich falsche Angaben, insbesondere durch Vortäuschung einer Krankheit, Versicherungsleistungen erschleichen oder zu erschleichen versuchen oder bei einer solchen Handlung mitwirken, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei und haben das Recht, den Versicherungsvertrag zur Gänze oder nur hinsichtlich der betroffenen Person innerhalb eines Monats, nachdem wir von der Verletzung Kenntnis erlangt haben, ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist zu kündigen. Das Gleiche gilt, wenn Sie bzw. eine versicherte Person im Krankheitsfall den vom Arzt oder von uns gegebenen zumutbaren Verhaltensmaßregeln vorsätzlich oder grob fahrlässig nicht Folge leisten. Wir können uns 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. § 12 Abs. 9 gilt entsprechend.
- 3) Kündigen wir den Versicherungsvertrag hinsichtlich einzelner Personen, haben Sie das Recht, den Versicherungsvertrag hinsichtlich der übrigen Personen innerhalb einer Frist von einem Monat zum gleichen Termin zu kündigen.

§ 16 AUS WELCHEN SONSTIGEN GRÜNDEN ENDET DER VERSICHERUNGSVERTRAG?

- 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 Ihres Wohnsitzes oder des Wohnsitzes 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.

§ 17 WAS GILT FÜR ERKLÄRUNGEN, DIE DEN VERSICHERUNGSVERTRAG BETREFFEN?

- 1) Für Ihre sämtlichen Anzeigen und Erklärungen an uns 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) Haben Sie Ihre Anschrift geändert, dies uns aber nicht mitgeteilt, so genügt zur Rechtswirksamkeit unserer Erklärungen an Sie die Absendung eines Briefs an die Anschrift, die Sie uns zuletzt bekanntgegeben haben. Die Erklärung wird in dem Zeitpunkt wirksam, in welchem sie Ihnen ohne die Änderung der Anschrift bei regelmäßiger Beförderung zugegangen wäre. Bei vereinbarter elektronischer Kommunikation gilt dies nur, wenn wir Sie rechtzeitig elektronisch von der Zusendung eines Briefs und von den genannten Folgen einer unterbleibenden Mitteilung der Anschriftenänderung verständigt haben (sofern die elektronische Verständigung möglich war). Dies gilt sinngemäß für Erklärungen gegenüber einer versicherten Person.

§ 18 UNTER WELCHEN VORAUSSETZUNGEN KÖNNEN DIE PRÄMIE ODER DER VERSICHERUNGSSCHUTZ GEÄNDERT WERDEN (ANPASSUNG)

- 1) Die Versicherungsleistungen werden in ihrem Wert durch periodische Anpassungen erhalten. Dazu wird am Ende eines jeden Kalenderjahrs das versicherte Krankenhaus-Tagegeld um eine allfällige Steigerung/Reduktion des von Statistik Austria jeweils im August verlautbarten Index der Verbraucherpreise (Basis: 2010) geändert. Die sich dabei ergebende Änderung wird nicht durchgeführt, wenn sie weniger als 4 % beträgt oder das Versicherungsverhältnis noch nicht mindestens zwölf Monate bestanden hat. Sie wird jedoch in die nächste Berechnung einbezogen. Sobald die auf diese Weise berechnete Änderung mindestens 4 % beträgt, wird sie durchgeführt, wobei auf volle Euro aufgerundet wird. Wird dieser Index der Verbraucherpreise nicht mehr verlautbart, gelten die an seiner Stelle verlautbarten Werte als Maßstab für die Änderung.
- 2) Als für Änderungen der Prämie oder des Versicherungsschutzes maßgebende Umstände im Sinne des § 178 f Versicherungsvertragsgesetz gelten auch die Veränderungen folgender Faktoren:
 - der durchschnittlichen Lebenserwartung
 - der Häufigkeit der Inanspruchnahme von Leistungen
 - des Gesundheitswesens oder der dafür geltenden gesetzlichen Bestimmungen.
- 3) Die Erklärung einer rückwirkenden Änderung der Prämie oder des Versicherungsschutzes ist unwirksam; die Erklärung wirkt erst ab dem der Absendung folgenden Monatsersten.
- 4) Vom Zeitpunkt der Anpassung an ändert sich die Prämie entsprechend den geänderten Versicherungsleistungen. Für die Bemessung der Teilprämie für die geänderten Leistungen ist das Alter im Zeitpunkt der Anpassung maßgebend.
- 5) Im Falle einer Anpassung sind die Bestimmungen des § 4 und des § 6 Abs. 1 und 2 für den Zeitraum zwischen Versicherungsbeginn bzw. letzter Anpassung und Gültigkeit der (neuen) Anpassung nicht anzuwenden.
- 6) 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 werden wir Sie in unserer Benachrichtigung über die Prämienhöhung ausdrücklich nochmals hinweisen.

