

SECURMED MOBIL EUROPA MIT SONDERKLASSE NACH FAHRZEUGUNFÄLLEN

ALLGEMEINE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN FÜR DIE KRANKENHAUS-TAGGELD-VERSICHERUNG BZW. SONDERKLASSE-VERSICHERUNG MIT WERTANPASSUNG NACH TARIF WWHE (VERSICHERUNGSSCHUTZ FÜR UNMITTELBARE FOLGEN VON FAHRZEUGUNFÄLLEN)

Analog den Formulierungen im Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) beziehen sich personenbezogene Bezeichnungen auf Frauen und Männer in gleicher Weise.

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

Versicherte Personen sind jene Personen, deren Krankenhausaufenthalte versichert sind.

Versicherer ist die DONAU VERSICHERUNG AG Vienna Insurance Group

§ 1. WAS IST VERSICHERT?

- 1) Versichert sind stationäre Aufenthalte und auch ambulante Operationen zum Zweck der medizinisch notwendigen Heilbehandlung der versicherten Person wegen unmittelbarer Folgen von Unfällen, die durch einen Zusammenstoß mit einem Fahrzeug gemäß Abs. 2 bzw. durch einen Aufprall eines Fahrzeugs gemäß Abs. 2 entstehen. Als unmittelbare Unfallfolgen gelten solche Unfallfolgen, die im Augenblick des Unfalls entstehen und vom Arzt innerhalb von 2 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) Als versicherte Fahrzeuge im Sinne dieser Versicherungsbedingungen gelten:
 - zur Verwendung auf Straßen bestimmte Kraftfahrzeuge,
 - Fahrräder,
 - schienengebundene Bahnen (nicht aber Seil-, Fahrrad-, Hochschaubahnen, etc.) und Straßenbahnen,
 - motorisierte Luft- und Wasserfahrzeuge;

Kein Versicherungsschutz besteht bei der Benützung folgender Fahrzeuge bzw. Geräte:

- vorwiegend zur Verwendung außerhalb der Fahrbahn bestimmte Fahrzeuge,
 - fahrzeugähnliche Kinderspielzeuge (etwa Kinderfahrräder mit einem äußeren Felgendurchmesser von höchstens 300mm und einer erreichbaren Fahrgeschwindigkeit von höchstens 5 km/h),
 - Wintersportgeräte,
 - Trendsportgeräte (wie etwa Inline-Skates, Microscooter, Skateboards, Snakeboards, u.ä.),
 - Arbeitsmaschinen
- 3) 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.
 - 4) 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.
 - 5) Als Versicherungsfälle gelten auch von einem Sozialversicherungsträger bewilligte Aufenthalte in Sonderkranken-anstalten zwecks Rehabilitation nach Unfällen. Der Unterbringung durch die Sozialversicherung gleichzustellen ist die Gewährung eines täglichen Zuschusses für einen Aufenthalt in einer derartigen Sonderkrankenanstalt.
 - 6) 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.

§ 2. WAS WIRD VOM VERSICHERER GELEISTET?

- 1) Die aus Ihrem Versicherungsschein ersichtliche Taggeldsumme wird von uns für jeden Tag einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung wegen unmittelbarer Unfallfolgen gemäß § 1 ausgezahlt. Für mitversicherte Kinder vor Vollendung des 18. Lebensjahres werden generell 50 % der jeweils für Erwachsene vorgesehenen Barleistungen ausgezahlt.
- 2) Wahlweise können Sie von uns an Stelle der Taggeldauszahlung auch den Ersatz der Aufzahlungskosten für die Sonderklasse-Zweibettzimmer für die medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung der versicherten Person wegen unmittelbarer Unfallfolgen bis zu den in der Ihrem Versicherungsschein beiliegenden Leistungsübersicht angeführten Beträgen für versicherte Heilbehandlungen in Österreich sowie in allen öffentlichen Krankenhäusern und preislich gleichwertigen Privatspitälern aller Staaten Europas, deren Staatsbürgerschaft sie nicht besitzt, verlangen; in privaten Spitälern erbringen wir jene Leistung, die wir für die entsprechende Behandlung mit einem Wiener Vertragskrankenhaus vereinbart haben.
- 3) Im Übrigen werden im Versicherungsfall Leistungen bis zu den Beträgen erbracht, die sich aus der Ihrem Versicherungsschein beiliegenden Leistungsübersicht ergeben. 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.

- 4) Besteht Anspruch auf gleichartigen Kostenersatz aus einem anderen, bei welchem Versicherer auch immer bestehenden Versicherungsvertrag, aus der Sozialversicherung oder gegenüber sonstigen Dritten, sind wir berechtigt, diesen Ersatz auf unsere Leistungen anzurechnen. Sie sind verpflichtet, uns diese Ansprüche abzutreten, insoweit wir Kostenersatz geleistet haben.
- 5) Es werden nur angemessene und ortsübliche Behandlungskosten für ambulante und stationäre Behandlungen durch den Versicherer ersetzt.
- 6) 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.
- 7) Die versicherte Person hat die zumutbaren Vorgaben des Versicherers hinsichtlich der Leistungsverrechnung (insbesondere die Zustimmung zur Abwicklung über einen Assistenten des Versicherers etc) zu beachten.

§ 3. WER KANN NACH DIESEM TARIF VERSICHERT WERDEN?

Versichert können nur Personen werden, die jünger als 70 Jahre sind, und ihren ordentlichen Wohnsitz in Österreich haben, sofern nicht eine andere Vereinbarung getroffen wird.

§ 4. WAS IST BEI DER ANTRAGSTELLUNG ZU BEACHTEN?

- 1) Als Versicherungsnehmer stellen Sie einen Antrag auf Abschluss der Versicherung in geschriebener Form. An diesen Antrag sind Sie sechs Wochen lang gebunden.
- 2) Vertragsgrundlagen sind Ihr Versicherungsantrag, der Versicherungsschein, die Leistungsübersichten und die Versicherungsbedingungen. Soweit nichts Abweichendes vereinbart ist, gilt österreichisches Recht, insbesondere das Versicherungsvertragsgesetz.

§ 5. WANN BEGINNT DER VERSICHERUNGSSCHUTZ?

Der Versicherungsschutz beginnt mit Abschluss des Versicherungsvertrags, 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. FÜR WELCHE 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. 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:
 - die nicht nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft arbeiten;
 - in denen neben stationärer Heilbehandlung auch Rehabilitationsmaßnahmen oder Kurbehandlungen durchgeführt werden
 - in denen Langzeitbehandlungen (durchschnittliche Behandlungsdauer von mehr als 28 Tagen) durchgeführt werden;
 - 3) 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;
- sowie in
- Sanitätseinrichtungen des Bundesheers;
 - Krankenabteilungen in Justizanstalten (Inquisitenpitälern)
 - selbständigen Ambulatorien (auch wenn die durchzuführende Untersuchung oder Behandlung eine kurzfristige Unterbringung erforderlich macht);
 - Tag- und Nachtkliniken.

§ 7. MIT WELCHEN EINSCHRÄNKUNGEN DES VERSICHERUNGSSCHUTZES MÜSSEN SIE RECHNEN?

- 1) Für Unfälle, die vor Versicherungsbeginn entstanden sind (=Vorunfälle), besteht kein Versicherungsschutz, auch nicht für später eintretende Folgen dieser Unfälle.
- 2) Kein Versicherungsschutz besteht für die Heilbehandlung
 - von der versicherten Person (mit)verschuldeten Unfällen, bei denen der versicherten Person über 0,5 Promille Alkoholgehalt im Blut nachgewiesen werden;
 - von auf Vorsatz der versicherten Person beruhenden Unfällen; von Folgen von Selbstmordversuchen;
 - von Unfällen sowie deren Folgen, die durch Kriegereignisse jeder Art, einschließlich Neutralitätsverletzungen, entstehen;
 - von Unfällen, die sich bei Beteiligung an motorsportlichen Wettbewerben (auch Wertungsfahrten und Rallyes) und den dazugehörigen Trainingsfahrten ereignen;
 - von Unfällen, die sich bei der Teilnahme an Bundes- oder internationalen sportlichen Wettbewerben sowie am offiziellen Training für diese Veranstaltungen ereignen.

§ 8. WAS GILT FÜR DIE AUSZAHLUNG DER VERSICHERUNGSLEISTUNGEN?

- 1) Die Versicherungsleistung wird mit Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalls und des Umfangs der Leistung des Versicherers nötigen Erhebungen erbracht.
- 2) Die Versicherungsleistung ist mit Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalls 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 Versicherungsfalls 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) Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistung sowie Kosten für Übersetzungen sind von Ihnen zu tragen.
- 5) Die Ansprüche auf Versicherungsleistungen können ohne unsere Zustimmung weder verpfändet noch abgetreten werden. Sie können gegen Forderungen von uns nur aufrechnen, wenn Ihre Gegenforderungen gerichtlich festgestellt oder von uns anerkannt worden sind.
- 6) Die Ansprüche auf die Versicherungsleistungen verjähren in drei Jahren. Ist ein Anspruch bei uns angemeldet worden, so ist die Verjährung bis zum Einlangen einer Entscheidung in geschriebener Form von uns gehemmt, die zumindest mit der Anführung einer der Ablehnung zugrunde gelegten Tatsache und gesetzlichen oder vertraglichen Bestimmung begründet ist. Nach 10 Jahren tritt die Verjährung jedenfalls ein.

§ 9. KANN RUHEN DES VERSICHERUNGSSCHUTZES VEREINBART WERDEN?

- 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.
- 2) Für Versicherungsfälle, die während des Ruhens des Versicherungsvertrags eingetreten sind, besteht kein Versicherungsschutz. Für die Fortsetzung der Heilbehandlung nach Ende des Ruhens besteht Versicherungsschutz ab dem Ende des Ruhens. Für die Zeit des Ruhens ist von Ihnen ein Anerkennungsbeitrag im Ausmaß von 10% der Prämie 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.

§ 10. WANN ENDET DER VERSICHERUNGSSCHUTZ?

Der Versicherungsschutz endet mit der Beendigung des Versicherungsvertrags. Dies gilt auch für bereits vorher eingetretene und noch nicht abgeschlossene Versicherungsfälle.

§ 11. WIE BERECHNET SICH IHRE PRÄMIE?

- 1) Die Prämie ist eine Monatsprämie und am 1. eines jeden Monats fällig. Die erste Prämie ist spätestens bei Aushändigung des Versicherungsscheins fällig.
- 2) Hat ein mitversichertes Kind das 18. Lebensjahr vollendet, so sind ab dem nächstfolgenden Monatsersten die Prämien zu bezahlen, die für erwachsene Personen zu entrichten sind.
- 3) Sind mehr als drei Geschwister unter 18 Jahren unter einem Versicherungsschein mitversichert, ist dennoch die Prämie nur für drei Kinder zu entrichten.
- 4) Die Prämien sind für uns kostenfrei zu entrichten.
- 5) Für allfällige durch den Versicherungsnehmer veranlasste Mehraufwendungen können Gebühren verrechnet werden.

§ 12. WAS GESCHIEHT, WENN SIE EINE PRÄMIE NICHT RECHTZEITIG BEZAHLEN?

- 1) Wenn Sie die erste Prämie nicht innerhalb von 14 Tagen nach der Zustellung des Versicherungsscheins und nach der Aufforderung zur Prämienzahlung bezahlen, sind wir leistungsfrei, es sei denn, dass Sie an der rechtzeitigen Zahlung ohne Verschulden verhindert waren. Wir können außerdem vom Versicherungsvertrag zurücktreten. Es gilt als Rücktritt, wenn wir die erste Prämie nicht innerhalb von drei Monaten vom Fälligkeitstag an gerichtlich geltend machen.

- 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.

§ 13. 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 und die versicherten Personen haben bei der Antragstellung und zwischen Antragstellung und Zustellung (Aushändigung) des Versicherungsscheins alle erheblichen Gefahrumstände anzuzeigen. Jeder Gefahrumstand, nach dem wir ausdrücklich und genau umschrieben in schriftlicher geschriebener Form gefragt haben, gilt im Zweifel als erheblich.
- 4) Werden Fragen schuldhaft unrichtig oder unvollständig beantwortet bzw. falsche Auskünfte erteilt, können wir innerhalb der ersten drei Jahre nach Abschluss oder Änderung des Versicherungsvertrags vom Versicherungsvertrag zurücktreten. Das gleiche gilt, wenn die Anzeige eines erheblichen Gefahrumstandes deshalb unterblieben ist, weil Sie sich der Kenntnis des Umstandes 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 an Hand von uns in geschriebener Form gestellter Fragen anzuzeigen, so können wir wegen unterbliebener Anzeige eines Umstandes, 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 Umstandes 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 des laufenden Versicherungsjahres 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 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.

§ 14. 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) Verletzt der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person die Auskunftspflicht des § 14 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 Versicherungsfalls noch auf die Feststellung oder den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung Einfluss gehabt hat. § 13 Abs. 9 gilt sinngemäß.
- 4) Wird die in § 14 Abs. 2 genannte Informationspflicht verletzt, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Erbringung von Summenleistungen, wie z.B Krankenhaus- Tagegeld, Krankenhaus-Ersatztagegeld, 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. § 13 Abs. 9 gilt sinngemäß.

§ 15. WANN KÖNNEN SIE DEN VERSICHERUNGSVERTRAG KÜNDIGEN?

- 1) Der Versicherungsvertrag wird auf unbestimmte Zeit abgeschlossen. Sie haben das Recht, den Versicherungsvertrag zum Ende eines jeden Versicherungsjahrs, 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.
- 3) 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. Der Versicherungsnehmer hat innerhalb eines Monats nach Gegenkündigung durch den Versicherer das Recht, die ursprünglich angesprochene Kündigung zurückzuziehen.

§ 16. 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 § 12 Abs. 1 und 2
 - Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht gemäß § 13
 - Verletzung von Obliegenheiten gemäß § 14
 - in Folge der Kündigung durch den Versicherungsnehmer gemäß § 15 Abs. 4
 - schuldhaftes Verhalten des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person gemäß dem nachfolgenden Abs.2

Werden Prämien gemäß § 13 (8) erhöht, 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.

- 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. 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 Versicherungsfalls gehabt hat. § 13 Abs. 9 gilt sinngemäß.
- 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.

§ 17. AUS WELCHEN SONSTIGEN GRÜNDEN ENDET DER VERSICHERUNGSVERTRAG? KANN DER VERSICHERUNGSVERTRAG FORTGEFÜHRT WERDEN? WELCHE PRÄMIE IST FÜR DIE FORTFÜHRUNG ZU ZAHLEN?

- 1) Der Versicherungsvertrag endet mit Ihrem Tod. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, den Versicherungsvertrag unter Benennung eines künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach Ihrem Tod 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.

§ 18. 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 Textes 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 Briefes 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 Briefes und von den genannten Folgen einer unterbleibenden Mitteilung der Anschriftsänderung verständigt haben (sofern die elektronische Verständigung möglich war). Dies gilt sinngemäß für Erklärungen gegenüber einer versicherten Person.

§ 19. WO SIND DIE VERPFLICHTUNGEN AUS DEM VERSICHERUNGSVERTRAG ZU ERFÜLLEN?

Erfüllungsort für die beiderseitigen Verpflichtungen aus dem Versicherungsvertrag ist unsere Generaldirektion in Wien.

§ 20. 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 mit der für das nächste Kalenderjahr kundgemachten Aufwertungszahl gemäß § 108a des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes multipliziert. 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 auf- oder abgerundet wird. Wird die Aufwertungszahl nicht mehr verlaublich, gelten die an ihrer Stelle verlaublichen Werte als Maßstab für die Änderung.
- 2) Als für Änderungen der Prämie oder des Versicherungsschutzes maßgebende Umstände im Sinne des §178f Versicherungsvertragsgesetz gelten auch 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; bei der Festsetzung der Höhe der Anpassung bleiben jedoch Gebühren und/oder Honorare, über deren Höhe ein Einvernehmen mit dem Versicherer nicht hergestellt worden ist, außer Betracht.
 - 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 vom Zeitpunkt der Anpassung an.
- 4) Vom Zeitpunkt der Anpassung an ändert sich die Prämie entsprechend den geänderten Versicherungsleistungen.
- 5) Erhöht der Versicherer die Prämie, so hat er dem Versicherungsnehmer auf dessen Verlangen die Fortsetzung des Vertrages mit höchstens gleichbleibender Prämie und angemessen geänderten Leistungen anzubieten. Auf dieses Recht werden wir Sie in unserer Benachrichtigung über die Prämienhöhung ausdrücklich nochmals hinweisen.