



AVB 1999

Allgemeine Versicherungsbedingungen
 für die Krankheitskosten- und Krankenhaus-Tagegeldversicherung

1. Gegenstand und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes
2. Einschränkung des Versicherungsschutzes
3. Beginn und Ende des Versicherungsschutzes, Wartezeiten
4. Sonderbestimmungen für die Versicherung neugeborener Kinder
5. Art und Umfang des Versicherungsschutzes
6. Änderungen des Versicherungsvertrages
7. Auszahlung der Versicherungsleistungen
8. Ruhen des Versicherungsschutzes (Anwartschaftsversicherung)
9. Prämien, Gebühren und Abgaben
10. Anzeigepflicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages
11. Anzeigepflicht während des Bestehens des Vertrages
12. Ansprüche gegen Dritte
13. Kündigung durch den Versicherungsnehmer
14. Kündigung durch den Versicherer
15. Sonstige Beendigungsgründe, Eintritts- und Übertrittsrecht
16. Form und Empfänger von Willenserklärungen und Anzeigen
17. Erfüllungsort, Gerichtsstand
18. Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen und der Tarife
19. Prämienrückerstattung
20. Prämienrückgewähr

1. Gegenstand und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

1.1. a) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung des Versicherten wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung, er endet, wenn nach medizinischem Befund die Notwendigkeit der Heilbehandlung nicht mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolgen ausgedehnt werden, die mit der (den) bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängen, so entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall.

1.1. b) Als Versicherungsfall gilt auch die Entbindung einschließlich der wegen Schwangerschaft erforderlichen Untersuchungen sowie die damit im Zusammenhang stehende medizinisch notwendige Heilbehandlung.

1.2. Heilbehandlung ist eine medizinische Behandlung, die nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft geeignet erscheint, die Gesundheit wieder herzustellen, den Zustand zu bessern oder eine Verschlechterung zu verhindern.

1.3. Krankheit ist ein nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft anomaler körperlicher oder geistiger Zustand.

1.4. Unfall ist ein vom Willen des Versicherten unabhängiges Ereignis, das plötzlich von außen mechanisch oder chemisch auf seinen Körper einwirkt und eine körperliche Schädigung nach sich zieht.

Als Unfall gelten auch folgende vom Willen des Versicherten 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,
- Verrenkungen von Gliedern sowie Zerrungen und Zerreißen von an Gliedmaßen und an der Wirbelsäule befindlichen Muskeln,

Sehnen, Bändern und Kapseln.

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auch auf Unfälle, die durch einen Herzinfarkt herbeigeführt werden, und auf Unfälle infolge von Schlaganfällen sowie Geistes- und Bewusstseinsstörungen (jedoch nicht durch Alkohol- oder Suchtgifteinfluss). In keinem Fall gilt jedoch ein Herzinfarkt als Unfallfolge.

Für Heilbehandlungen nach Unfällen:

— bei der Benützung von Luftfahrtgeräten und bei Fallschirmabsprüngen sowie bei der Benützung von Luftfahrzeugen, soweit diese nicht als Fluggast in Motorflugzeugen erfolgt, welche für die Verwendungsart Personenbeförderung zugelassen sind (als Fluggast gilt, wer weder mit dem Betrieb des Luftfahrzeuges in ursächlichem Zusammenhang steht oder Besatzungsmitglied ist, noch mittels des Luftfahrzeuges eine berufliche Betätigung ausübt),

— die bei Beteiligung an motorsportlichen Wettbewerben (auch Wertungsfahrten und Rallyes) und den dazugehörigen Trainingsfahrten entstehen,

— bei der Teilnahme an Landes-, Bundes- oder internationalen Wettbewerben auf dem Gebiet des Skilaufens, (alpine und nordische Disziplinen, Snowboard, Biathlon, Grasski...) Bob-, Skibob- oder Skeletonfahrens sowie am offiziellen Training für diese Veranstaltungen,

besteht Versicherungsschutz wie für Heilbehandlungen infolge von Krankheiten.

1.5. Der Versicherungsschutz erstreckt sich, sofern der Tarif nichts anderes vorsieht, auf Versicherungsfälle in der ganzen Welt. Für eine Heilbehandlung außerhalb Europas besteht innerhalb eines Versicherungsjahres Versicherungsschutz für einen Monat ab Beginn dieser Heilbehandlung (siehe auch Punkt 5.9.a).

2. Einschränkung des Versicherungsschutzes

2.1. Kein Versicherungsschutz besteht für

2.1. a) Heilbehandlungen, die vor Versicherungsbeginn begonnen haben,

2.1. b) kosmetische Behandlungen und Operationen und deren Folgen, soweit diese Maßnahmen nicht der Beseitigung von Unfallfolgen dienen,

2.1. c) nichtärztliche Hauspflege sowie Maßnahmen der Geriatrie, der Rehabilitation und der Heilpädagogik,

2.1. d) Zahnimplantationen sowie die damit in ursächlichem Zusammenhang stehenden Maßnahmen und Folgen, soweit diese nicht der Beseitigung von Unfallfolgen dienen,

2.1. e) Krankheiten und Unfälle (Unfallfolgen), die aufgrund 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,

2.1. f) alle Formen der künstlichen Befruchtung wie z.B. In-vitro-Fertilisationen sowie Inseminationen,

2.1. g) Unterbringung wegen Selbst- oder Fremdgefährdung,

2.1. h) Krankheiten und Unfälle sowie deren Folgen, die durch aktive Beteiligung an Unruhen, durch schuldhaftige Beteiligung an Schlägereien oder bei der Begehung einer gerichtlich strafbaren Handlung, die Vorsatz voraussetzt, entstehen,

2.1. i) Krankheiten und Unfälle sowie deren Folgen, die durch Kriegsereignisse jeder Art, einschließlich Neutralitätsverletzungen, entstehen,

2.1. j) stationäre Heilbehandlungen in den in Punkt 5.10. angeführten Anstalten (oder Abteilungen von Anstalten).

2.1.k) Geschlechtsumwandlungen

2.2. a) Für stationäre Heilbehandlungen in den in Punkt 5.9.a) angeführten Anstalten (oder Abteilungen von Anstalten) besteht Versicherungsschutz nur insoweit, als der Versicherer dies vor Beginn schriftlich zugesagt hat.

2.2. b) Für stationäre Heilbehandlungen in den in Punkt 5.9.b) angeführten Anstalten (oder Abteilungen von Anstalten) besteht Anspruch auf Krankenhaus-Tagegeld (bzw. Krankenhaus-Ersatztaggeld) ab der fünften Behandlungswoche nur insoweit, als der Versicherer dies vor Beginn der fünften Behandlungswoche schriftlich zugesagt hat.

VersVG § 178l.

Der Versicherer ist von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Versicherungsnehmer oder der Versicherte seine Krankheit oder seinen Unfall vorsätzlich herbeigeführt hat. Hat der Versicherungsnehmer die Krankheit oder den Unfall eines Versicherten vorsätzlich herbeigeführt, so bleibt der Versicherer diesem gegenüber zur Leistung verpflichtet, der Schadenersatzanspruch des Versicherten an den Versicherungsnehmer geht jedoch in sinngemäßer Anwendung des § 67 auf den Versicherer über. (Regressregelung)

2.3. Geht die Heilbehandlung über das notwendige Maß hinaus, so ist der Versicherer berechtigt, die Erstattung auf das angemessene Ausmaß herabzusetzen. Das gleiche gilt sinngemäß für Hilfsmittel (Heilbehelfe).

2.4. Der Versicherer kann in begründeten Fällen Behandlungen durch bestimmte Ärzte, Dentisten oder Angehörige anderer medizinischer Berufe bzw. in bestimmten Krankenanstalten (oder Abteilungen von Krankenanstalten) vom Versicherungsschutz ausnehmen. Dies gilt für Behandlungen, die nach Zustellung der Mitteilung durchgeführt werden. Für alle vor der Zustellung der Mitteilung eingetretenen Versicherungsfälle besteht Versicherungsschutz bis zum Ablauf des dritten Monats nach Zustellung der Mitteilung.

3. Beginn und Ende des Versicherungsschutzes, Wartezeiten

3.1. Mit der Zustellung (Aushändigung) der Versicherungspolizze oder einer schriftlichen Annahmeerklärung ist der Versicherungsvertrag abgeschlossen. Der Versicherungsschutz beginnt, abgesehen von den Bestimmungen über die Wartezeit, mit dem in der Versicherungspolizze bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), sofern die erste Prämie vor diesem Zeitpunkt oder innerhalb von 14 Tagen nach Zustellung (Aushändigung) der Versicherungspolizze bezahlt wurde.

3.2. Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate. Sie entfällt

3.2.a) bei Unfällen,

Bauch- oder Unterleibsbrüche, die durch einen Unfall herbeigeführt oder verschlechtert worden sind, gelten nicht als Unfallfolgen,

3.2.b) bei Mitversicherung von Ehegatten für Leistungen im Ausmaß der bestehenden Versicherung, wenn diese Versicherung mindestens drei Monate bestanden hat und die Mitversicherung innerhalb von zwei Monaten nach der Eheschließung mit Wirkung vom 1. des betreffenden Monats beantragt wird,

3.2.c) bei der Versicherung neugeborener Kinder (siehe Punkt 4.).

3.3. Besondere Wartezeiten sind dem Tarif oder der Versicherungspolizze zu entnehmen.

3.4. Für Krankheiten und Unfallfolgen, die während der Wartezeiten behandelt worden sind, besteht mit Ausnahme der Fälle gemäß Punkt 3.2. sowie gemäß § 178d (3) VersVG Versicherungsschutz erst nach Ablauf der Wartezeiten. Die Wartezeiten werden ab Versicherungsbeginn gerechnet.

VersVG § 178d.

(3) Tritt ein Versicherungsfall vor Ablauf der Wartezeit ein, so ist der Versicherer zur Leistung nur dann verpflichtet, wenn der Versicherungsnehmer beweist, dass die Krankheit erst nach Vertragsabschluss erkennbar wurde beziehungsweise dass die Schwangerschaft erst nach diesem Zeitpunkt begonnen hat.

3.5. Bei Übertritt in einen höheren Tarif besteht der Anspruch auf höheren Versicherungsschutz nach neuerlichem Ablauf der Wartezeiten, gerechnet ab dem für den Übertritt vereinbarten Zeitpunkt.

3.6. Der Versicherungsschutz endet - auch für schwebende Versicherungsfälle - mit der Beendigung des Versicherungsvertrages.

4. Sonderbestimmungen für die Versicherung neugeborener Kinder

VersVG § 178e.

Ist ein Versicherungsnehmer im vollen Umfang des § 178b Abs. 1 und nicht bloß für zusätzliche Aufwendungen zu den Leistungen der gesetzlichen Sozialversicherung versichert, so ist der Versicherer auf Verlangen des Versicherungsnehmers verpflichtet, dessen neugeborenes Kind mit Wirkung ab der Geburt ohne Wartezeiten zu versichern; dieses Verlangen ist spätestens zwei Monate nach der Geburt zu stellen. Der Versicherungsschutz hat den gleichen Umfang wie der des Versicherungsnehmers. Bedeutet das Kind ein erhöhtes Risiko, so kann der Versicherer einen angemessenen Prämienzuschlag verlangen.

VersVG § 178b.

(1) Bei der Krankheitskostenversicherung ist der Versicherer verpflichtet, die Aufwendungen für medizinisch notwendige Heilbehandlung wegen Krankheit oder Unfallfolgen und für sonstige vereinbarte Leistungen einschließlich medizinischer Betreuung und Behandlung bei Schwangerschaft und Entbindung im vereinbarten Umfang zu ersetzen.

Sofern beim Versicherer eine für zusätzliche Aufwendungen zu den Leistungen der gesetzlichen Sozialversicherung abgeschlossene Krankheitskosten- oder Krankenhaus- Tagedgeldversicherung für den Versicherungsnehmer besteht, verpflichtet sich der Versicherer dessen neugeborenes Kind mit Wirkung ab der Entlassung aus dem Krankenhaus ohne Wartezeiten zu versichern. Der Antrag ist spätestens zwei Monate nach der Entlassung des neugeborenen Kindes aus dem Krankenhaus zu stellen. Der Versicherungsschutz hat den gleichen Umfang wie der des Versicherungsnehmers. Der Zeitraum von der Entlassung aus dem Krankenhaus bis zum nächstfolgenden Monatsersten ist prämienfrei. Bedeutet das Kind ein erhöhtes Risiko, so kann der Versicherer einen angemessenen Prämienzuschlag verlangen und/oder bestimmte Leistungen vom Versicherungsschutz ausnehmen.

5. Art und Umfang des Versicherungsschutzes

5.1. Art und Umfang des Versicherungsschutzes ergeben sich aus dem Tarif und der Versicherungspolizze. Soweit dort Leistungen für ambulante und/oder stationäre Heilbehandlung vorgesehen sind, gelten folgende Bestimmungen:

A. Leistungen für ambulante Heilbehandlung

5.2. Der Versicherte hat freie Wahl unter den niedergelassenen, zur selbständigen Ausübung des ärztlichen Berufes zugelassenen Ärzten und Dentisten. Bei medizinischer Notwendigkeit werden während eines Versicherungsfalles auch die Kosten der Beiziehung mehrerer Ärzte erstattet.

5.3. Die Kosten der ärztlichen Hausbesuche werden nur dann vergütet, wenn der Zustand des Versicherten das Aufsuchen des Arztes nicht gestattet; ansonsten wird nur Entschädigung für Ordinationen geleistet.

5.4. Weggebühren des Arztes werden erstattet, wenn am Wohnort des Versicherten kein Arzt ansässig ist; nicht erstattet werden die

Kosten für Fahrten des Versicherten zu einem Arzt.

5.5. Bei Behandlung durch Ehegatten, Eltern oder Kinder des Versicherten werden nur die nachgewiesenen Sachkosten erstattet.

5.6. Die Kosten ärztlich verordneter physiotherapeutischer Heilbehandlung (Heilmittel) werden erstattet, wenn sie durch einen Arzt oder einen zur freiberuflichen Ausübung dieser Dienste Berechtigten durchgeführt wurde.

Zusätzliche Kosten für Ordinationen oder Hausbesuche werden hierbei nicht vergütet.

5.7. Die Kosten ärztlich verordneter Hilfsmittel (Heilbehelfe) werden ersetzt. Als solche gelten z.B. Brillen, Kontaktlinsen, Bruchbänder, Gliederprothesen, Hörapparate, orthopädische Korsette, orthopädische Schuheinlagen und die orthopädische Ausstattung von Schuhen, Bandagen und Bauchmieder, nicht jedoch z.B. Irrigatoren, Inhalationsapparate, Eisbeutel, Milchpumpen, Mundduschen, Heizkissen, Fieberthermometer, Blutdruckmessgeräte sowie zur Körper- und Krankenpflege dienende Apparate und Behelfe. Hat der Versicherer für Heilbehelfe Kostenersatz geleistet, so besteht ein neuerlicher Anspruch auf Leistungen erst nach Ablauf der üblichen Nutzungsdauer, sofern nicht zu einem früheren Zeitpunkt aus medizinischen Gründen eine Neuanschaffung notwendig ist.

B. Leistungen für stationäre Heilbehandlung

5.8. Stationäre Heilbehandlung im Sinne dieser Versicherungsbedingungen ist eine Heilbehandlung im Rahmen eines medizinisch notwendigen stationären Aufenthaltes in sanitätsbehördlich genehmigten Krankenanstalten oder Abteilungen von Krankenanstalten, sofern diese ständige ärztliche Anwesenheit vorsehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen, ausschließlich nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft arbeiten, nicht auf die Anwendung bestimmter Behandlungsmethoden ausgerichtet sind sowie Krankengeschichten führen. Als stationär gilt ein Aufenthalt nur, wenn die Art der Heilbehandlung einen Aufenthalt von mindestens 24 Stunden erfordert.

Als medizinisch notwendig gilt ein stationärer Aufenthalt insbesondere nicht, wenn er lediglich im Mangel an häuslicher Pflege oder sonstigen persönlichen Verhältnissen des Versicherten begründet ist.

5.9. a) Für eine stationäre Heilbehandlung im Sinne des Punktes 5.8. werden in privaten Krankenanstalten außerhalb Österreichs und in Anstalten (oder Abteilungen von Anstalten):

- die nicht ausschließlich nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft arbeiten,
- in denen neben stationärer Heilbehandlung auch Rehabilitationsmaßnahmen oder Kurbehandlungen durchgeführt werden,
- in denen Rekonvaleszenz oder Pflegefälle aufgenommen werden

Leistungen nur insoweit erbracht, als der Versicherer diese vor Beginn schriftlich zugesagt hat.

5.9. b) Krankenhaus-Tagegeld (bzw. Krankenhaus-Ersatztagegeld) für eine stationäre Heilbehandlung im Sinne des Punktes 5.8. wird in Anstalten (oder Abteilungen von Anstalten) für Nerven- und/ oder Geisteskranke (mit Ausnahme deren selbständig geführten Abteilungen für Neurologie und Neurochirurgie) sowie in Anstalten (oder Abteilungen von Anstalten) für Lungen- und Tbc-Kranke ab der fünften Behandlungswoche nur insoweit erbracht, als der Versicherer dieses vor Beginn der fünften Behandlungswoche schriftlich zugesagt hat.

5.10. Kein Versicherungsschutz besteht für Aufenthalte:

in Anstalten (einschließlich deren Krankenabteilungen) oder Abteilungen von Anstalten:

- die vornehmlich auf Rehabilitation ausgerichtet sind;
- für Alkohol- und Drogenabhängige,
- für geistig abnorme Rechtsbrecher,
- für chronisch Kranke,
- zur Pflege wegen Alters, Hinfälligkeit, Siechtums oder mangels häuslicher Pflege,

sowie in

- Sanitätseinrichtungen des Bundesheeres
- Inquisitionspitälern (oder Inquisitionabteilungen),
- selbständig geführten Ambulatorien (auch wenn die durchzuführende Untersuchung oder Behandlung eine kurzfristige Unterbringung erforderlich macht),
- Kuranstalten, Erholungs-, Diät- und Genesungsheimen,
- Tages- und Nachtkliniken.

5.11. Der Versicherer kann sich auf seine Leistungsfreiheit nach Punkt 5.9.a) insoweit und solange nicht berufen, als die Dringlichkeit der stationären Heilbehandlung das Aufsuchen einer Krankenanstalt im Sinne des Punktes 5.8. bzw. die Einholung einer vor Beginn der Behandlung erfolgten schriftlichen Zusage nach Punkt 5.9.a) nicht zulässt.

5.12. Bei einem medizinisch notwendigen Transport in ein Krankenhaus zu stationärer Heilbehandlung und bei einem notwendigen Heimtransport werden die Kosten für Krankenwagen, Bahn oder Autotaxi ersetzt. Voraussetzung ist, dass Transport und stationäre Heilbehandlung durch einen Arzt angeordnet worden sind.

C. Gemeinsame Bestimmungen

5.13. 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 sowie die gesondert in Rechnung gestellten Sachkosten mit Ausnahme der Kosten von Körperersatzstücken, Implantaten und sonstigen therapeutischen Behelfen wie

insbesondere Apparaturen, die Organe ersetzen oder in ihrer Funktion unterstützen.

Bei gleichzeitiger Ausführung mehrerer Operationen wird die am höchsten einzustufende tariflich voll, jede weitere in verschiedenen Operationsfeldern mit höchstens 50%, im gleichen Operationsfeld mit höchstens 25% des tariflichen Ausmaßes vergütet.

5.14. Als Kosten der Strahlentherapie gelten das Honorar des behandelnden Arztes und der Assistenz, die Kosten für Benützung von Geräten, für strahlendes Material und sonstigen Sachaufwand sowie alle Nebenkosten.

5.15. Die Kosten der im Rahmen einer Heilbehandlung verordneten und aus einer Apotheke bezogenen Arzneimittel werden ersetzt. Nicht erstattet werden die Kosten insbesondere für Heil- und Mineralwässer, Medizinalweine, Nähr- und Stärkungsmittel, geriatrische Mittel, Tonika, kosmetische Mittel und alle nicht registrierten Arzneimittel.

6. Änderungen des Versicherungsvertrages

6.1. Für eine Teilkündigung (Wegfall eines versicherten Tarifes oder einer versicherten Person, Verringerung des Versicherungsschutzes) gelten die Regelungen über die Kündigung sinngemäß (Punkte 13. und 14.).

6.2. Eine Vertragserweiterung (Einschluss eines zusätzlichen Tarifes oder einer zusätzlichen Person, Erhöhung des Versicherungsschutzes) kann mit Wirkung zu jedem Monatsersten beantragt werden. Die Annahme des Erweiterungsantrags bleibt der Zustimmung des Versicherers vorbehalten. Anträge können, ausgenommen die Fälle des Punktes 4., ohne Angabe von Gründen abgelehnt werden.

6.3. Ein geänderter Vertrag gilt ab dem vereinbarten Änderungsdatum mindestens 12 Monate. Ein in diesen Zeitraum fallender Kündigungstermin (Punkt 13.1.) entfällt.

7. Auszahlung der Versicherungsleistungen

7.1. Die Auszahlung der Versicherungsleistungen erfolgt aufgrund von saldierten Originalrechnungen oder Aufenthaltsbestätigungen. Der Versicherer behält sich dazu vor, einen Nachweis über die Bezahlung der Rechnung zu verlangen. Diese Belege müssen Vor- und Zunamen, die Adresse, die Versicherungsnummer, das Geburtsdatum der behandelten Person sowie die Bezeichnung der Krankheit und der erbrachten Leistungen und die Daten der Behandlung enthalten.

Behandelte oder ersetzte Zähne müssen in der Rechnung nach dem üblichen Zahnschema eindeutig bezeichnet sein. Bei größeren Zahnarbeiten oder über Verlangen des Versicherers muss die Rechnung den Zahnstatus enthalten.

Ist der Versicherte noch anderweitig (gesetzlich oder privat) krankenversichert, können auch Zweitschriften samt der dazugehörigen Abrechnung oder detaillierte Abrechnungen der anderen Versicherer vorgelegt werden.

7.2. Der Versicherer darf grundsätzlich den Überbringer von Belegen als zum Empfang der darauf entfallenden Versicherungsleistungen berechtigt ansehen.

VersVG § 178a.

(2) Ist die Versicherung auf die Person eines anderen genommen, so hat dieser als Versicherter an den Versicherer einen unmittelbaren Anspruch auf diejenigen Leistungen, die bei einem Versicherungsfall in seiner Person zu erbringen sind. Dieser unmittelbare Anspruch kann nur bei einer Krankenhaustagegeldversicherung und einer Krankengeldversicherung sowie nur dann ausgeschlossen werden, wenn durch die Versicherungsleistung Nachteile gedeckt werden sollen, die dem Versicherungsnehmer selbst durch den Versicherungsfall entstehen. Im übrigen sind die §§ 74, 75 Abs. 1, 78 und 79 entsprechend anzuwenden.

(Versicherung für fremde Rechnung)

7.3. Die Belege gehen in das Eigentum des Versicherers über.

7.4. Kosten für Übersetzungen sind vom Versicherungsnehmer zu tragen.

7.5. Die in ausländischer Währung entstandenen Kosten werden zum Devisenmittelkurs der Wiener Börse des letzten Behandlungstages in die in Österreich geltende Währung umgerechnet. Gibt es keinen Börsenkurs, gilt der von der Österreichischen Nationalbank bekanntgegebene Banken-Wechselkurs.

7.6. Die Ansprüche auf Versicherungsleistungen können ohne Zustimmung des Versicherers weder verpfändet noch abgetreten werden.

Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, wenn es sich um Gegenforderungen handelt, die im rechtlichen Zusammenhang mit seiner Forderung stehen und die gerichtlich festgestellt oder die vom Versicherer anerkannt worden sind.

VersVG § 12.

(1) Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Steht der Anspruch einem Dritten zu, so beginnt die Verjährung zu laufen, sobald diesem sein Recht auf die Leistung des Versicherers bekanntgeworden ist; ist dem Dritten dieses Recht nicht bekanntgeworden, so verjähren seine Ansprüche erst nach zehn Jahren.

(2) Ist ein Anspruch des Versicherungsnehmers beim Versicherer angemeldet worden, so ist die Verjährung bis zum Einlangen einer schriftlichen Entscheidung des Versicherers gehemmt, die zumindest mit der Anführung einer der Ablehnung derzeit zugrunde gelegten Tatsache und gesetzlichen oder vertraglichen Bestimmung begründet ist. Nach zehn Jahren tritt jedoch die Verjährung jedenfalls ein. (3) Der Versicherer ist von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Anspruch auf die Leistung nicht innerhalb eines

Jahres gerichtlich geltend gemacht wird. Die Frist beginnt erst, nachdem der Versicherer dem Versicherungsnehmer gegenüber den erhobenen Anspruch in einer dem Abs. 2 entsprechenden Weise sowie unter Angabe der mit dem Ablauf der Frist verbundenen Rechtsfolge abgelehnt hat; sie ist für die Dauer von Vergleichsverhandlungen über den erhobenen Anspruch und für die Zeit, in der der Versicherungsnehmer ohne sein Verschulden an der rechtzeitigen gerichtlichen Geltendmachung des Anspruchs gehindert ist, gehemmt.

7.7. Verletzt der Versicherungsnehmer oder der Versicherte die Auskunftspflicht gemäß § 34 VersVG, so ist der Versicherer unter Berücksichtigung des § 6 (3) VersVG von der Verpflichtung zur Leistung frei. Die Auskunftspflicht umfasst auch die Verpflichtung des Versicherten, sich auf Verlangen des Versicherers durch einen von diesem beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.

VersVG § 34.

(1) Der Versicherer kann nach dem Eintritt des Versicherungsfalles verlangen, dass der Versicherungsnehmer jede Auskunft erteilt, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder des Umfangs der Leistungspflicht des Versicherers erforderlich ist.

(2) Belege kann der Versicherer insoweit fordern, als die Beschaffung dem Versicherungsnehmer billigerweise zugemutet werden kann.

VersVG § 6. (3)

Ist die Leistungsfreiheit für den Fall vereinbart, dass eine Obliegenheit verletzt wird, die nach dem Eintritt des Versicherungsfalles dem Versicherer gegenüber zu erfüllen ist, so tritt die vereinbarte Rechtsfolge nicht ein, 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.

8. Ruhen des Versicherungsschutzes

Auf Antrag des Versicherungsnehmers kann in begründeten Fällen der Versicherungsvertrag bis zur Dauer von 6 Jahren in eine Anwartschaftsversicherung umgewandelt werden. Die näheren Bestimmungen sind in den "Ergänzenden Bedingungen für die Anwartschaftsversicherung in der Krankenversicherung" geregelt.

9. Prämien, Gebühren und Abgaben

9.1. Die Prämie ist eine Jahresprämie und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Sie kann in gleichen monatlichen Prämienraten gezahlt werden, die jeweils bis zur Fälligkeit der Prämienrate gestundet gelten. Die Prämienraten sind am 1. eines jeden Monats fällig. Die erste Prämie samt allfälligen Gebühren und Abgaben aus dem Versicherungsvertrag ist spätestens bei Zustellung (Aushändigung) der Versicherungspolizze fällig.

9.2. Hat ein versichertes Kind das 18. Lebensjahr vollendet, so sind ab dem nächstfolgenden Monatsersten die Prämien zu bezahlen, die für erwachsene Personen zu entrichten sind.

9.3. Die Prämien sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

9.4. Neben der Prämie darf der Versicherer nur solche Kostenbeiträge verlangen, die der Abgeltung von Mehraufwendungen dienen, die durch das Verhalten des Versicherungsnehmers bzw. des Versicherten veranlasst worden sind (z.B. Zahlscheingebühren).

Allfällige Gebühren und Abgaben aus dem Versicherungsvertrag trägt der Versicherungsnehmer.

VersVG § 38.

(1) Ist die erste oder einmalige Prämie innerhalb von 14 Tagen nach dem Abschluss des Versicherungsvertrags und nach der Aufforderung zur Prämienzahlung nicht gezahlt, so ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, berechtigt, vom Vertrag zurückzutreten. Es gilt als Rücktritt, wenn der Anspruch auf die Prämie nicht innerhalb dreier Monate vom Fälligkeitstag an gerichtlich geltend gemacht wird.

(2) Ist die erste oder einmalige Prämie zur Zeit des Eintritts des Versicherungsfalles und nach Ablauf der Frist des Abs. 1 noch nicht gezahlt, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, es sei denn, dass der Versicherungsnehmer an der rechtzeitigen Zahlung der Prämie ohne sein Verschulden verhindert war.

(3) Die Aufforderung zur Prämienzahlung hat die im Abs. 1 und 2 vorgesehenen Rechtsfolgen nur, wenn der Versicherer den Versicherungsnehmer dabei auf diese hingewiesen hat.

(4) Die Nichtzahlung von Zinsen oder Kosten löst die Rechtsfolgen der Abs. 1 und 2 nicht aus.

VersVG § 39.

(1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, so kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten schriftlich eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen bestimmen; zur Unterzeichnung genügt eine Nachbildung der eigenhändigen Unterschrift. Dabei sind die Rechtsfolgen anzugeben, die nach Abs. 2 und 3 mit dem Ablauf der Frist verbunden sind. Eine

Fristbestimmung, ohne Beachtung dieser Vorschriften, ist unwirksam.

(2) Tritt der Versicherungsfall nach dem Ablauf der Frist ein und ist der Versicherungsnehmer zur Zeit des Eintrittes mit der Zahlung der Folgeprämie im Verzug, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, es sei denn, dass der Versicherungsnehmer an der rechtzeitigen Zahlung ohne sein Verschulden verhindert war.

(3) Der Versicherer kann nach dem Ablauf der Frist das Versicherungsverhältnis ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen, wenn der Versicherungsnehmer mit der Zahlung im Verzug ist. Die Kündigung kann bereits mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer in diesem Zeitpunkt mit der Zahlung im Verzug ist; darauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich aufmerksam zu machen. Die Wirkungen der Kündigung fallen fort, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, falls die Kündigung mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach dem Ablauf der Zahlungsfrist die Zahlung nachholt, sofern nicht der Versicherungsfall bereits eingetreten ist.

(4) Die Nichtzahlung von Zinsen oder Kosten löst die Rechtsfolgen der Abs. 1 bis 3 nicht aus.

VersVG § 39a.

Ist der Versicherungsnehmer bloß mit nicht mehr als 10 vH der Jahresprämie, höchstens aber mit EUR 60,- im Verzug, so tritt eine im § 38 oder § 39 vorgesehene Leistungsfreiheit des Versicherers nicht ein.

10. Anzeigepflicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages

10.1. Beschwerden, Krankheiten und Unfallfolgen, die vor Abschluss des Versicherungsvertrages (Punkt 3.1.) entstanden sind, sind vom Versicherungsnehmer bzw. vom Versicherten gemäß §§ 16 - 18 und 20 - 22 VersVG vor Abschluss des Versicherungsvertrages anzugeben. Solche Krankheiten und Unfallfolgen können zu besonderen Bedingungen (höhere Prämie, besondere Wartezeiten) in den Versicherungsschutz eingeschlossen werden.

10.2. Für die Heilbehandlung von Krankheiten und Unfallfolgen, die vom Versicherungsnehmer bzw. vom Versicherten vor Abschluss des Versicherungsvertrages angegeben wurden, kann der Versicherungsschutz nur durch ausdrückliche schriftliche Erklärung des Versicherers ausgeschlossen werden.

VersVG § 16.

(1) Der Versicherungsnehmer hat beim Abschluss des Vertrages alle ihm bekannten Umstände, die für die Übernahme der Gefahr erheblich sind, dem Versicherer anzuzeigen. Erheblich sind jene Gefahrumstände, die geeignet sind, auf den Entschluss des Versicherers, den Vertrag überhaupt oder zu den vereinbarten Bestimmungen abzuschließen, einen Einfluss auszuüben. Ein Umstand, nach welchem der Versicherer ausdrücklich und schriftlich gefragt hat, gilt im Zweifel als erheblich.

(2) Ist dieser Vorschrift zuwider die Anzeige eines erheblichen Umstandes unterblieben, so kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten. Das gleiche gilt, wenn die Anzeige eines erheblichen Umstandes deshalb unterblieben ist, weil sich der Versicherungsnehmer der Kenntnis des Umstandes arglistig entzogen hat.

(3) Der Rücktritt ist ausgeschlossen, wenn der Versicherer den nicht angezeigten Umstand kannte. Er ist auch ausgeschlossen, wenn die Anzeige ohne Verschulden des Versicherungsnehmers unterblieben ist; hat jedoch der Versicherungsnehmer einen Umstand nicht angezeigt, nach dem der Versicherer nicht ausdrücklich und genau umschrieben gefragt hat, so kann dieser vom Vertrag nur dann zurücktreten, wenn die Anzeige vorsätzlich oder grob fahrlässig unterblieben ist.

VersVG § 17.

(1) Der Versicherer kann vom Vertrag auch dann zurücktreten, wenn über einen erheblichen Umstand eine unrichtige Anzeige gemacht ist.

(2) Der Rücktritt ist ausgeschlossen, wenn die Unrichtigkeit dem Versicherer bekannt war oder die Anzeige ohne Verschulden des Versicherungsnehmers unrichtig gemacht worden ist.

VersVG § 18.

Hatte der Versicherungsnehmer die Gefahrumstände an der Hand schriftlicher, vom Versicherer gestellter Fragen anzuzeigen, so kann der Versicherer wegen unterbliebener Anzeige eines Umstandes, nach dem nicht ausdrücklich und genau umschrieben gefragt worden ist, nur im Falle arglistiger Verschweigung zurückzutreten.

VersVG § 20.

(1) Der Rücktritt ist nur innerhalb eines Monats zulässig. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, in welchem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erlangt.

(2) Der Rücktritt ist gegenüber dem Versicherungsnehmer zu erklären. Im Falle des Rücktrittes sind, soweit dieses Bundesgesetz nicht in Ansehung der Prämie etwas anderes bestimmt, beide Teile verpflichtet, einander die empfangenen Leistungen zurückzugewähren; eine Geldsumme ist von dem Zeitpunkt des Empfanges an zu verzinsen.

VersVG § 40.

Wird der Versicherungsvertrag während der Versicherungsperiode oder sonst vorzeitig aufgelöst, so gebührt dem Versicherer die Prämie nur für die bis dahin verstrichene Vertragslaufzeit, soweit nicht Sonderbestimmungen anderes vorsehen. Die Möglichkeit für den Versicherer, sich für diesen Fall die Zahlung einer angemessenen Konventionalstrafe (Geschäftsgebühr) auszubedingen (§1336 ABGB), bleibt unberührt.

V

ersVG § 21.

Tritt der Versicherer zurück, nachdem der Versicherungsfall eingetreten ist, so bleibt seine Verpflichtung zur Leistung gleichwohl bestehen, wenn der Umstand, in Ansehung dessen die Anzeigepflicht verletzt ist, keinen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalls oder soweit er keinen Einfluss auf den Umfang der Leistung des Versicherers gehabt hat.

VersVG § 22.

Das Recht des Versicherers, den Vertrag wegen arglistiger Täuschung über Gefahrumstände anzufechten, bleibt unberührt.

VersVG § 178k.

Wegen einer Verletzung der dem Versicherungsnehmer beim Abschluss des Vertrags obliegenden Anzeigepflicht kann der Versicherer vom Vertrag nicht mehr zurücktreten oder den Vertrag kündigen, wenn seit dem Abschluss drei Jahre verstrichen sind. Das Rücktrittsrecht bleibt jedoch bestehen, wenn die Anzeigepflicht arglistig verletzt worden ist.

10.3. 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.

VersVG § 41.

(1) Ist die dem Versicherungsnehmer beim Abschluss des Vertrages obliegende Anzeigepflicht verletzt worden, das Rücktrittsrecht des Versicherers aber ausgeschlossen, weil dem anderen Teil kein Verschulden zur Last fällt, so kann der Versicherer vom Beginn der laufenden Versicherungsperiode an eine höhere Prämie verlangen, falls sie mit Rücksicht auf die höhere Gefahr angemessen ist. Das gleiche gilt, wenn beim Abschluss des Vertrages ein für die Übernahme der Gefahr erheblicher Umstand dem Versicherer nicht angezeigt worden ist, weil er dem anderen Teil nicht bekannt war.

(2) 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.

(3) 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 von dem Kündigungsrecht, wenn es nicht innerhalb des bezeichneten Zeitraumes ausgeübt wird.

11. Anzeigepflicht während des Bestehens des Vertrages

Wird für eine versicherte Person bei einem anderen Versicherer ein Krankenversicherungsvertrag abgeschlossen, so ist der Versicherer vom weiteren Versicherungsvertrag unverzüglich zu unterrichten. Wird diese Informationspflicht schuldhaft verletzt, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Erbringung von Summenleistungen, wie z. B. Krankenhaus-Tagegeld, Krankenhaus-Ersatztaggeld, Krankengeld oder Kurzuschüssen frei. Der Versicherer kann überdies den Versicherungsvertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Obliegenheitsverletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen. Kündigt der Versicherer innerhalb eines Monats nicht, so kann er sich auf die Leistungsfreiheit nicht berufen.

12. Ansprüche gegen Dritte

12.1. 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.

12.2. Soweit der Anspruchsberechtigte von schadenersatzpflichtigen dritten Personen oder aufgrund anderer Versicherungsverträge schon Ersatz der ihm entstandenen Kosten erhalten hat, ist der Versicherer berechtigt, den Ersatz auf seine Leistungen anzurechnen.

12.3. Die Punkte 12.1. und 12.2. gelten nicht für Leistungen, die auch ohne Kostennachweis gebühren.

12.4. Die Verpflichtung des Versicherers zur Leistung für Kosten, deren teilweisen Ersatz der Anspruchsberechtigte von einem öffentlich-rechtlichen Versicherungsträger fordern kann, tritt erst ein, wenn letzterer die ihm obliegenden Leistungen gewährt hat.

12.5. Gibt der Anspruchsberechtigte seinen Anspruch gegen Dritte oder ein zur Sicherung des Anspruches dienendes Recht ohne Zustimmung des Versicherers auf, so wird der Versicherer insoweit von der Ersatzpflicht frei, als er aus dem Anspruch oder dem Recht hätte Ersatz erlangen können.

13. Kündigung durch den Versicherungsnehmer

VersVG § 178i.

(1) Krankenversicherungsverträge dürfen nur auf Lebenszeit des Versicherungsnehmers geschlossen werden, ausgenommen kurzfristige Versicherungen, die auf weniger als ein Jahr befristet sind; andere Befristungen sind unwirksam.

VersVG § 8.

(2) Ist ein Versicherungsverhältnis auf unbestimmte Zeit eingegangen (dauernde Versicherung), so kann es von beiden Teilen nur für den Schluss der laufenden Versicherungsperiode gekündigt werden. Die Kündigungsfrist muss für beide Teile gleich sein und darf nicht weniger als einen Monat, nicht mehr als drei Monate betragen. Auf das Kündigungsrecht können die Parteien einverständlich bis zur Dauer von zwei Jahren verzichten.

13.1. Als Versicherungsperiode im Sinne des § 8 (2) VersVG gilt der Zeitraum eines Jahres (Versicherungsjahr). Das Versicherungsjahr richtet sich nach der in der Versicherungspolizze ausgewiesenen Hauptfälligkeit. Die Kündigungsfrist beträgt ein Monat.

Die Kündigung muss schriftlich erfolgen und soll an die Geschäftsleitung oder an die zuständige Landesdirektion des Versicherers gerichtet sein.

13.2. Wird ein Versicherungsnehmer oder ein Versicherter in eine Pflegeanstalt für chronisch Kranke aufgenommen, so hat der Versicherungsnehmer das Recht, den Versicherungsvertrag zum Ende des Monats zu kündigen, in welchem er die Aufnahme in eine solche Anstalt nachweist.

14. Kündigung durch den Versicherer

VersVG § 178i.

(2) Eine Kündigung durch den Versicherer gemäß § 8 Abs. 2 oder auf Grund einer Vertragsbestimmung, etwa für den Versicherungsfall, ist nur bei Gruppenversicherungsverträgen und Krankengeldversicherungsverträgen zulässig. (§8 Abs. 2 VersVG siehe unter Punkt 13.)

VersVG § 178i.

(3) Das Recht der Kündigung aus wichtigem Grund, insbesondere bei Verletzung von Obliegenheiten (§ 6), bei Prämienverzug (§ 39) und bei unverschuldeter Verletzung der Anzeigepflicht (§ 41), bleibt unberührt.

Im Sinne des § 178i (3) VersVG gelten weiters als wichtige Gründe:

- a) Wenn der Versicherungsnehmer oder ein Versicherter durch wissentlich falsche Angaben, insbesondere durch Vortäuschung einer Krankheit, Versicherungsleistungen erschleicht oder zu erschleichen versucht oder bei einer solchen Handlung mitwirkt, hat der Versicherer das Recht, den Vertrag fristlos zu kündigen und ist von der Leistung frei.
- b) Wenn der Versicherungsnehmer oder ein Versicherter im Krankheitsfall den vom Arzt oder vom Versicherer gegebenen zumutbaren Verhaltensmaßregeln vorsätzlich oder grob fahrlässig nicht Folge leistet, hat der Versicherer das Recht, den Vertrag fristlos zu kündigen und ist von der Verpflichtung zur Leistung frei.
- c) Eine Verletzung der Anzeigepflicht gemäß Punkt 11.
- d) 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.

15. Sonstige Beendigungsgründe; Eintritts- und Übertrittsrecht

15.1. Der Versicherungsvertrag endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Beim Tod eines Versicherten endet der Versicherungsvertrag hinsichtlich dieser Person.

VersVG § 178j.

Endet das Versicherungsverhältnis anders als durch Rücktritt des Versicherers gemäß § 16 oder § 38 oder durch dessen Kündigung (§ 178i Abs. 3), so sind die Versicherten berechtigt, binnen zweier Monate die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses nach dem Versicherungsnehmer zu erklären.

15.2. Der Versicherungsnehmer hat das Recht, unter Anrechnung der aus der Vertragslaufzeit erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung in einen anderen Tarif derselben Versicherungsart bis zum bisherigen Deckungsumfang zu wechseln.

16. Form und Empfänger von Willenserklärungen und Anzeigen

16.1. Sämtliche Erklärungen und Mitteilungen des Versicherungsnehmers bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Schriftform, es sei denn, die Versicherungsbedingungen sehen an anderer Stelle eine andere Regelung vor oder der Versicherer verzichtet auf die Einhaltung der Schriftform. Schriftliche Erklärungen können in jeder lesbaren Form, also auch mit Telefon, im Wege elektronischer

Datenübertragung, etc. vorgenommen werden. Weist eine zugegangene Erklärung keine eigenhändige Unterschrift oder sichere elektronische Signatur auf, so kann der Versicherer eine Nachreichung der Erklärung mit eigenhändiger (Original-) Unterschrift verlangen. Eine Frist für Erklärungen bleibt gewahrt, wenn dem Verlangen auf Nachreichung der Erklärung in der erbetenen Form in angemessener Frist entsprochen wird.

16.2. Hat der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz gewechselt, dies aber nicht dem Versicherer mitgeteilt, so genügt zur Rechtswirksamkeit von Willenserklärungen des Versicherers dem Versicherungsnehmer gegenüber die Absendung des Briefes an die letzte dem Versicherer bekanntgegebene Anschrift.

17. Erfüllungsort, Gerichtsstand

17.1. Erfüllungsort für die beiderseitigen Verpflichtungen aus dem Versicherungsvertrag ist der Sitz des Versicherers.

17.2. Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Sitz des Versicherers oder bei dem Gericht des Ortes anhängig gemacht werden, wo der Vermittlungsagent zur Zeit der Vermittlung seine gewerbliche Niederlassung oder in Ermangelung einer solchen seinen Wohnsitz hatte.

17.3. Für Klagen gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht örtlich zuständig, in dessen Sprengel der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz, seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat oder der Ort seiner Beschäftigung liegt. Liegt der Wohnsitz, der gewöhnliche Aufenthalt oder der Ort der Beschäftigung nicht in Österreich, so ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

18. Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen und der Tarife

18.1. Der Versicherer ist berechtigt, Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen und der Tarife vorzunehmen, wenn sie aufgrund von Veränderungen der im Tarif angeführten Faktoren, des Gesundheitswesens oder der dafür geltenden gesetzlichen Bestimmungen erforderlich sind.

18.2. Sofern im Tarif nicht anders geregelt, gelten die in § 178f (2) VersVG angeführten Faktoren als vereinbart :

VersVG § 178f.

(2) Als für Änderungen der Prämie oder des Versicherungsschutzes maßgebende Umstände dürfen nur die Veränderungen folgender Faktoren vereinbart werden:

1. eines in der Vereinbarung genannten Index,
2. der durchschnittlichen Lebenserwartung,
3. der Häufigkeit der Inanspruchnahme von Leistungen nach Art der vertraglich vorgesehenen und deren Aufwendigkeit, bezogen auf die zu diesem Tarif Versicherten,
4. des Verhältnisses zwischen den vertraglich vereinbarten Leistungen und den entsprechenden Kostenersätzen der gesetzlichen Sozialversicherungen,
5. 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 und
6. des Gesundheitswesens oder der dafür geltenden gesetzlichen Bestimmungen.

Bloß vom Älterwerden des Versicherten oder von der Verschlechterung seines Gesundheitszustandes abhängige Anpassungen dürfen jedenfalls nicht vereinbart werden, um eine schon bei Eingehung der Versicherung unzureichend kalkulierte Alterungsrückstellung zu ersetzen. Es kann jedoch vereinbart werden, dass eine zunächst geringere Prämie ab einem bestimmten Lebensalter des Versicherten auf denjenigen Betrag angehoben wird, den der betreffende Tarif für Versicherte vorsieht, die mit diesem Alter in die Versicherung eintreten; dieses Lebensalter darf nicht über 20 Jahren liegen.

19. Prämienrückerstattung

19.1. Sofern die Tarife dies vorsehen, nehmen alle Versicherungsverträge an der erfolgsabhängigen Prämienrückerstattung nach den folgenden Grundsätzen teil, wenn die Prämien während der abgelaufenen Betrachtungsperiode voll und spätestens bis zum 1. März des Folgejahres gezahlt und für die Dauer der Betrachtungsperiode keinerlei Leistungen vom Versicherer bezogen wurden. Ausgeschlossen sind Versicherungen, für die in der Betrachtungsperiode Prämien gerichtlich eingefordert werden mussten.

19.2. Als Betrachtungsperiode gelten zwei ganze aufeinanderfolgende Kalenderjahre,

19.3. Bei der Feststellung der Teilnahme an der erfolgsabhängigen Prämienrückerstattung erfolgt für jede versicherte Person getrennt.

19.4. Als Maßstab für die Festsetzung der erfolgsabhängigen Prämienrückerstattung gilt die Jahresprämie des abgelaufenen Kalenderjahres. Das Ausmaß der Prämienrückerstattung wird mit einem Prozentsatz der Jahresprämie ausgedrückt, und kann je nach Anzahl der unmittelbar aufeinanderfolgenden leistungsfreien Betrachtungsperioden unterschiedlich hoch festgesetzt werden.

19.5. Unterschreitet der auf den einzelnen Versicherungsvertrag entfallende Gewinnanteil den Betrag von derzeit EUR 5,00, so entfällt die Prämienrückerstattung zu diesem Vertrag.

19.6. Die Zuführung zur Rückstellung für die Prämienrückerstattung erfolgt nach den in § 18 Abs. 4 bis 6 VAG angeführten Grundsätzen.

19.7. Die Bekanntmachung der Prämienrückerstattung findet nach Veröffentlichung der Bilanz über das abgelaufene Kalenderjahr

statt.

19.8. Die Prämienrückerstattung wird grundsätzlich mit den laufenden Prämien verrechnet. Eine Barauszahlung findet nicht statt. Die Verrechnung der Prämienrückerstattung beginnt nicht vor dem 1. Juli des dem abgelaufenen Kalenderjahr folgenden Jahres. Für vorher ausgeschiedene Versicherte besteht kein Anspruch auf Prämienrückerstattung. Während der Verrechnung ausscheidende Versicherungsnehmer haben Anspruch auf Prämienrückerstattung nur soweit, als sie mit den Monatsprämien, die ab 1. Juli fällig werden, verrechnet werden kann.

20. Prämienrückgewähr

Die Prämienrückgewähr für Versicherte der vormaligen Versicherungsanstalt der österreichischen Bundesländer, Versicherungen AG wird in den Tarifbestimmungen jener Tarife, die einen Anspruch auf Prämienrückgewähr begründen, geregelt.

[AVB 1999](#)