

**Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung
(AVB MST 2020 / Fassung Autonome Provinz Bozen - Südtirol Jänner 2020)**
**Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen sind Bestandteil des einzelnen Versicherungsvertrages
(sowie des Gruppenversicherungsvertrages)**

I Inhaltsverzeichnis

DER VERSICHERUNGSSCHUTZ

- § 1 Gegenstand und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes
- § 2 Abschluss des Versicherungsvertrages
- § 3 Beginn des Versicherungsschutzes
- § 4 Wartezeiten
- § 5 Art und Umfang des Versicherungsschutzes
 - A Leistungen für ambulante Heilbehandlung
 - B Leistungen für stationäre Heilbehandlung
 - C Gemeinsame Bestimmungen
 - D Besondere Bestimmungen
- § 6 Einschränkung des Versicherungsschutzes
- § 7 Auszahlung der Versicherungsleistungen
- § 8 Ende des Versicherungsschutzes

PFLICHTEN DES VERSICHERUNGSNEHMERS

- § 9 A Prämien und Gebühren
 - B Zahlungsverzug und dessen Folgen
- § 10 Obliegenheiten
 - A Anzeigepflicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages bzw. vor Annahme des Beitrittes bei der Gruppenversicherung
 - B Folgen der Verletzung der Anzeigepflicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages bzw. vor Annahme des Beitrittes bei der Gruppenversicherung
 - C Pflichten des Versicherungsnehmers und des Versicherten (Mitversicherten) während des Bestehens des Versicherungsvertrages
 - D Folgen der Verletzung von Pflichten während des Bestehens des Versicherungsvertrages
- § 11 Subsidiaritätsklausel / Anspruch gegen Dritte

ENDE DES VERSICHERUNGSVERTRAGES

- § 12 Kündigung durch den Versicherungsnehmer
- § 13 Kündigung durch den Versicherer
- § 14 Sonstige Beendigungsgründe
 - A Einzelversicherung

B Gruppenversicherung

SONSTIGE BESTIMMUNGEN

§ 15 Form und Empfänger von Willenserklärungen und Anzeigen

§ 16 Erfüllungsort, Gerichtsstand

§ 17 Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, der Prämie und des Versicherungsschutzes, Leistungs- und Prämienanpassung

II. Glossar

Definitionen

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.

Höchstbetrag bzw. Höchstsatz ist der maximal festgelegte Auszahlungsbetrag, den der Versicherer an den Versicherungsnehmer während eines Versicherungsjahres ausbezahlt.

Krankheit wird als ein nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft ermittelter und klassifizierter anomaler körperlicher oder geistiger Zustand verstanden.

Prämie ist der je nach Vereinbarung jährlich zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres oder in monatlichen Raten im Vorhinein vom Versicherungsnehmer zu zahlende Betrag.

Selbstbehalt bedeutet die teilweise Übernahme der Kosten (in Höhe eines vertraglich vereinbarten Prozentsatzes) durch den Versicherungsnehmer pro Leistungsfall.

Die **Subsidiarität(sklause)** bedeutet, dass der Versicherer erst dann für einen Leistungsfall zahlen muss, sofern eine anderweitig bestehende Versicherung nicht zu leisten hat.

Ticketgebühr ist die Selbstkostenbeteiligung des Versicherten für die Inanspruchnahme von öffentlichen Gesundheitsleistungen.

Unfall wird als jedes vom Willen des Versicherten unabhängige Ereignis verstanden, das, plötzlich von außen, mechanisch oder chemisch einwirkend, eine körperliche Schädigung des Versicherten nach sich zieht. Nähere Erläuterungen finden Sie unter § 1 (5).

Versicherung ist die vertraglich vereinbarte Übernahme eines Risikos gegen Zahlung einer Prämie.

Versicherungsfall ist der Eintritt eines vertraglich gedeckten Ereignisses, der die Leistungspflicht des Versicherers auslöst.

Versicherer ist die Merkur Versicherung Aktiengesellschaft, mit Sitz Conrad-von-Hötzendorf-Straße 84 in 8010 Graz, Republik Österreich, die im Firmenbuch des Landgerichtes für ZRS Graz unter FN 38045z eingetragen ist.

Versicherungsnehmer ist die Person, mit der der Versicherer den Versicherungsvertrag abschließt und Träger der Rechte und Pflichten aus dem Versicherungsvertrag ist.

Versicherter ist die Person, auf deren Risiko sich der Versicherungsschutz erstreckt. Sofern in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) und Besonderen Versicherungsbedingungen (BVB) nichts Abweichendes vereinbart wird, beziehen sich die Bestimmungen betreffend den Versicherten auch auf alle mitversicherten Personen.

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Versicherungsfälle auf der ganzen Erde, falls die BVB der einzelnen Tarife keine Einschränkung dieses örtlichen Geltungsbereiches vorsehen.

Bei einem stationär notwendigen Aufenthalt in einem **Vertragskrankenhaus** oder einer **Vertragsprivatklinik** erfolgt eine Direktverrechnung zwischen dem Versicherer und dem Vertragskrankenhaus bzw. der Vertragsprivatklinik gemäß dem vom Versicherten gewählten Tarif.

Vorerkrankung ist eine, vor dem Versicherungsabschluss eingetretene Erkrankung.

Vorsatz liegt vor, wenn der Versicherungsnehmer (der Versicherte) weiß, dass sein Verhalten einen Versicherungsfall herbeiführen könnte, und diesen Erfolg auch will. Vorsätzlich herbeigeführte Versicherungsfälle sind vom Versicherungsschutz ausgenommen.

Wartezeit ist der Zeitraum, in dem kein Anspruch auf Versicherungsleistungen aus Ereignissen entsteht, die sonst Versicherungsfälle wären.

DER VERSICHERUNGSSCHUTZ

§ 1 Gegenstand und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherte (Mitversicherte) hat im Versicherungsfall Anspruch auf Versicherungsschutz im Rahmen der gewählten Tarife (Besonderen Versicherungsbedingungen -BVB).

Der Anspruch auf die Versicherungsleistung steht dem Versicherten (Mitversicherten) zu. Ist die Person des Versicherten (Mitversicherten) von der des Versicherungsnehmers verschieden, so kann in der Krankenhaustagegeld- und der Krankengeldversicherung vereinbart werden, dass der Anspruch auf die Versicherungsleistung dem Versicherungsnehmer zusteht, wenn die dem Versicherungsnehmer durch den Versicherungsfall des Versicherten (Mitversicherten) entstehenden Vermögensnachteile abgedeckt werden sollen.

(2)

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

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

c) Als Versicherungsfall gelten auch, wenn der Tarif (die Besonderen Versicherungsbedingungen - BVB) Leistungen hierfür vorsieht:

- der Unfall,
- die Kurbehandlung, der Kur- oder Erholungsaufenthalt,
- der Heilstättenaufenthalt,
- die Zahnbehandlung und der Zahnersatz sowie Zahn- und Kieferregulierungen,
- der Krankenhausaufenthalt einer Begleitperson.

In solchen Fällen sind die Bestimmungen der §§ 4 (3) und 5 D anzuwenden.

d) Als Versicherungsfall gelten nicht:

- kosmetische Behandlungen und Operationen und deren Folgen, soweit diese Maßnahmen nicht der Beseitigung von Unfallfolgen dienen;

Kosmetische Behandlungen im Sinn der Versicherungsbedingungen (z.B. Brustverkleinerung, -straffung, -vergrößerung, Facelifting, Fettabsaugung, Lidkorrektur) dienen nicht der Behebung einer Fehlfunktion des Körpers und damit der Heilung einer therapiebedürftigen Erkrankung. Das Ergebnis der kosmetischen Behandlung dient vornehmlich der Ästhetik.

- geschlechtsangleichende Operationen;

- Zahnimplantationen sowie die damit im ursächlichen Zusammenhang stehenden Maßnahmen und Folgen, soweit diese nicht der Beseitigung von Unfallfolgen dienen;

- präventive Behandlungen und Eingriffe;

- nichtärztliche Hauspflege sowie Maßnahmen der Geriatrie, der Rehabilitation (sofern der Tarif hierfür nicht Leistungen vorsieht) und der Heilpädagogik;

- alle Formen der künstlichen Befruchtung (z. B. In vitro-Fertilisation, Insemination) sowie die damit im ursächlichen Zusammenhang stehenden Maßnahmen und Folgen.

(3) Heilbehandlung [§ 1 (2)] 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.

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

(5) Als Unfall gelten insbesondere 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;

- als Unfall gilt auch, wenn durch erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule ein Gelenk verrenkt wird oder Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerrt oder gerissen werden.

Krankheiten gelten nicht als Unfall, übertragbare Krankheiten auch nicht als Unfallfolgen.

Der Versicherungsschutz erstreckt sich hingegen auch auf Folgen der Kinderlähmung und der durch Zeckenbiss übertragenen Frühsommer-Meningoencephalitis und Lyme-Borreliose, wenn die Erkrankung serologisch festgestellt und frühestens 15 Tage nach Beginn, jedoch spätestens 15 Tage nach Erlöschen der Versicherung zum Ausbruch kommt. Als Krankheitsbeginn (Zeitpunkt des Versicherungsfalles) gilt der Tag, an dem erstmals ein Arzt wegen der als Kinderlähmung oder Frühsommer-Meningoencephalitis oder Lyme-Borreliose diagnostizierten Krankheit zu Rate gezogen wurde.

Wundstarrkrampf und -Tollwut, verursacht durch einen Unfall und die Folgen von Insektenstichen und -bissen sowie von Schlangenbissen gelten ebenfalls als Unfall.

(6) Versichert können nur gesunde Personen werden, die in der autonomen Provinz Bozen-Südtirol ihren Hauptwohnsitz haben. Andere Personen können aufgrund besonderer Vereinbarungen versichert werden.

(7) 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 bzw. der Republik Italien 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, österreichische oder italienische Rechtsvorschriften entgegenstehen.

§ 2 Abschluss des Versicherungsvertrages

(1) Versicherungsnehmer kann nur eine Person sein, die in der autonomen Provinz Bozen-Südtirol ihren Hauptwohnsitz hat, sofern nicht eine andere Vereinbarung getroffen wird.

(2) Der an den Versicherer gerichtete schriftliche Antrag bleibt für eine Frist von fünfzehn Tagen oder, wenn eine ärztliche Untersuchung nötig ist, für eine Frist von dreißig Tagen aufrecht. Die Frist beginnt mit dem Tag der Antragstellung bzw. mit der Absendung des Antrages.

(3) Die Annahme des Antrages kann auch von einer ärztlichen Untersuchung oder von der Beibringung eines ärztlichen Zeugnisses abhängig gemacht werden.

(4) Über die Antragsannahme (Beitrittsannahme) entscheidet die Geschäftsleitung des Versicherers. Anträge (Beitritte) können ohne Angabe von Gründen abgelehnt werden. Die Entscheidung ist dem Antragsteller schriftlich mitzuteilen. Mit der Zustellung (Aushändigung) des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung ist der Versicherungsvertrag abgeschlossen. Vor Abschluss des Vertrages besteht kein Versicherungsschutz.

§ 3 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt mit Abschluss des Versicherungsvertrages, nicht vor Ablauf der Wartezeiten, nicht vor dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn) und nicht vor der Bezahlung der ersten oder einmaligen Prämie. Tritt der Versicherungsfall vor Ablauf der Wartezeit ein, so ist der Versicherer zur Leistung nur dann verpflichtet, wenn der Versicherungsnehmer (Versicherte, Mitversicherte) beweist, dass die Krankheit nicht vor Vertragsabschluss erkennbar wurde bzw. die Schwangerschaft erst nach diesem Zeitpunkt begonnen hat.

§ 4 Wartezeiten

(1) Die Wartezeiten [Wartezeiterkrankungen siehe § 6 (3) und (4)] werden ab Versicherungsbeginn gerechnet.

(2) Die allgemeine Wartezeit beträgt 3 Monate, in der Gruppenversicherung 1 Monat. Sie entfällt:

a) bei Unfällen, ausgenommen Bauch- oder Unterleibsbrüche, die durch einen Unfall verschlechtert wurden;

b) bei folgenden akuten Infektionskrankheiten:

Röteln, Masern, Windpocken (Varicellen), Scharlach, Diphtherie, Keuchhusten, Mumps, spinale Kinderlähmung, Meningitis, Ruhr, Paratyphus, Flecktyphus (Fleckfieber), Typhus, Cholera, Pocken, Rückfallfieber, Malaria, Milzbrand, Rotlauf, Gelbfieber, Pest, Tularämie, Psittakose.

(3) Besondere Wartezeiten werden für folgende Versicherungsfälle vorgeschrieben, sofern die Besonderen Versicherungsbedingungen (BVB) Leistungen hierfür vorsehen:

- a) Für Schwangerschaften, Entbindungen und damit im Zusammenhang stehende medizinisch notwendige Untersuchungen und medizinisch notwendige Heilbehandlungen sowie für Fehlgeburten besteht Versicherungsschutz erst nach Ablauf einer besonderen Wartezeit von 9 Monaten.
- b) Für Zahnbehandlungen, Zahnersatz und Kieferorthopädie werden Leistungen erbracht, wenn die Behandlung nach Ablauf einer besonderen Wartezeit von 6 Monaten begonnen hat.
- c) Werden Krankheiten oder Unfallfolgen in den Versicherungsschutz eingeschlossen, die sowohl dem Versicherungsnehmer, dem Versicherten und Mitversicherten, als auch dem Versicherer zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses bekannt sind, besteht Anspruch auf Leistungen erst nach Ablauf einer besonderen Wartezeit von höchstens 3 Jahren. Das Gleiche gilt für Krankheiten und Unfallfolgen, die in der Wartezeit erstmalig behandelt werden [§ 6 (4)] und die die Voraussetzungen des § 3 nicht erfüllen.

(4) Liegen die Voraussetzungen des § 3 nicht vor, so besteht bei Übertritt in eine höhere Tarifklasse der Anspruch auf höheren Versicherungsschutz nur für solche Versicherungsfälle, die nach neuerlichem Ablauf der Wartezeiten eintreten.

§ 5 Art und Umfang des Versicherungsschutzes

(1) Art und Umfang des Versicherungsschutzes ergeben sich aus dem Tarif (den Besonderen Versicherungsbedingungen - BVB) und dem Versicherungsschein. Soweit dort Leistungen für ambulante und/oder stationäre Heilbehandlung vorgesehen sind, gelten folgende Bestimmungen:

A Leistungen für ambulante Heilbehandlung

(2) Der Versicherte (Mitversicherte) hat freie Wahl unter den niedergelassenen, zur selbständigen Ausübung des ärztlichen Berufes zugelassenen Ärzten.

(3) Bei Eigenbehandlung, Behandlung durch Ehegatten, Lebensgefährten, Partner eingetragener Partnerschaften, Eltern, Geschwister oder (Schwieger-, Stief-, Enkel-) Kinder des Versicherten wird keine Versicherungsleistung gewährt.

(4) Die Kosten diagnostischer Untersuchungen (z.B. Labordiagnostik, bildgebende Diagnostik, Ultraschalluntersuchungen) und die Kosten ärztlich verordneter physikalischer Heilbehandlungen werden erstattet, wenn sie durch einen Arzt oder einen zur Heilbehandlung am Kranken Berechtigten durchgeführt wurden. Zusätzliche Kosten für Ordinationen oder Hausbesuche werden hierbei nicht vergütet.

(5) Eine Versicherungsleistung wird für Kosten nachfolgender Heilbehelfe (Hilfsmittel) gewährt: Brillen, Kontaktlinsen, Bruchbänder, Gliederprothesen, Hörapparate, orthopädische Korsette, orthopädische Schuheinlagen und die orthopädische Ausstattung von Schuhen, Bandagen und Kompressionswäsche. Hat der Versicherer für Heilbehelfe, Hilfsmittel und refraktive Augenoperationen Kostenersatz geleistet, so besteht ein neuerlicher Anspruch auf Leistung erst nach Ablauf der üblichen Nutzungsdauer, sofern nicht zu einem früheren Zeitpunkt aus medizinischen Gründen eine Neuanschaffung notwendig ist. Bei Sehbehelfen ist ferner zu beachten: Versicherungsfall ist der medizinisch notwendige Sehbehelf wegen Fehlsichtigkeit und wird diese in Dioptrien angegeben. Die Fehlsichtigkeit wird durch einen Sehbehelf korrigiert, wobei für Brillen der Versicherer in den Besonderen Versicherungsbedingungen (BVB) eine übliche Nutzungsdauer festsetzt. Während der üblichen Nutzungsdauer kann nur dann ein neuerlicher Anspruch auf Versicherungsleistung entstehen, wenn sich die Dioptrien ändern und der tarifliche Höchstsatz in den jeweiligen gültigen Besonderen Versicherungsbedingungen (BVB) noch nicht erreicht wurde. Auch in diesem Fall werden jedoch die Leistungen, die innerhalb der Nutzungsdauer bereits erbracht wurden, auf den Höchstsatz angerechnet.

(6) Keine Versicherungsleistung wird insbesondere für Kosten nachfolgender Heilbehelfe gewährt: Irrigatoren, Inhalationsapparate, Milchpumpen, Mundduschen, Eisbeutel, Heizkissen, Fieberthermometer, Blutdruckmessgeräte, Behelfe zur Korrektur von Zahn- und Kieferfehlstellungen sowie alle sonst zur Körper- und Krankenpflege dienenden Apparate und Behelfe.

Von der Versicherung sind ebenfalls Heilbehelfe ausgeschlossen, die Organe in ihrer Funktion ersetzen.

(7) Die Kosten der im Rahmen einer Heilbehandlung ärztlich verordneten und aus einer Apotheke bezogenen Arzneimittel werden dem Grunde und der Höhe nach entsprechend des Tarifs ersetzt, sofern diese in Österreich oder Italien registriert sind und aus Österreich oder Italien bezogen wurden. Nicht erstattet werden die Kosten für Heil- und Mineralwässer, Medizinalweine, Nahrungsmittel, Lebensmittel für Sonderernährung, Nahrungsergänzungsmittel, geriatrische Heilmittel, Tonika, kosmetische Mittel und alle nicht in Österreich oder Italien zugelassenen Arzneimittel.

B Leistungen für stationäre Heilbehandlung

(8) Stationäre Heilbehandlung im Sinne dieser Versicherungsbedingungen ist eine Heilbehandlung im Rahmen eines medizinisch notwendigen stationären Aufenthaltes in behördlich 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 ununterbrochenen Aufenthalt von mindestens 24 Stunden in einem Krankenhaus erfordert.

Stationäre Aufenthalte für Zahnbehandlung und Zahnersatz sowie zahn- und kieferchirurgische Eingriffe gelten nur dann als medizinisch notwendig, wenn eine ambulante Heilbehandlung aus medizinischen Gründen nicht möglich ist.

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

(9) Stationäre Heilbehandlungen in den nachstehend angeführten Krankenanstalten bzw. den entsprechenden Organisationseinheiten und Betriebsformen aller Art sind von der Versicherung ausgeschlossen:

- die nicht nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft arbeiten;
- für psychische Erkrankungen bzw. für psychosomatische Behandlungen oder in Zentren für seelische Gesundheit;
- in denen ausschließlich stationäre Langzeitbehandlungen durchgeführt werden;
- in denen Maßnahmen der Palliativmedizin durchgeführt werden;
- in die denen Rehabilitationsmaßnahmen durchgeführt werden;
- für Alkohol- und Drogenabhängige;
- Krankenabteilungen in Justizanstalten (Inquisitenspitälern);
- für geistig abnorme Rechtsbrecher;
- Kuranstalten, Erholungs-, Diät- und Genesungsheimen sowie Gesundheitszentren;
- zur Pflege wegen Alters, Geriatrie oder mangels häuslicher Pflege;
- Hospiz-/Pflegeeinrichtungen;

C Gemeinsame Bestimmungen

(10) 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.

Kein Anspruch auf Kostenersatz besteht für die Kosten von Körperersatzstücken, Implantaten und sonstigen therapeutischen Behelfen wie insbesondere Apparaturen, die Organe ersetzen oder in ihrer Funktion unterstützen.

D Besondere Bestimmungen

(11) Schwangerschaft und Entbindung

Im Versicherungsfall der Schwangerschaft und Entbindung, einschließlich damit im Zusammenhang stehender medizinisch notwendiger Untersuchungen und medizinisch notwendiger Heilbehandlungen sowie Fehlgeburten werden Leistungen nur erbracht, wenn für die weibliche Versicherte (Mitversicherte) die Prämie für erwachsene Frauen bezahlt wird. Besteht aufgrund der tariflichen Bestimmungen Anspruch auf Geburtskostenbeihilfe, so ist dadurch ein 10tägiger stationärer Krankenhausaufenthalt abgegolten.

(12) Begleitperson

In Tarifen (Besonderen Versicherungsbedingungen - BVB), in denen Leistungen für diesen Versicherungsfall vorgesehen sind, werden bei stationärem Krankenhausaufenthalt eines mitversicherten Kindes bis zum vollendeten 12. Lebensjahr zusätzlich die Kosten des Krankenhausaufenthaltes für eine Begleitperson übernommen, wenn sowohl die Begleitperson als auch das Kind nach einem entsprechenden Krankenversicherungstarif (letzte Anpassungsstufe) versichert sind und Versicherungsschutz besteht.

§ 6 Einschränkung des Versicherungsschutzes

(1) Vom Versicherungsschutz ausgenommen sind Heilbehandlungen, die vor Versicherungsbeginn begonnen haben.

(2) Krankheiten und Unfallfolgen, die vor Versicherungsbeginn entstanden sind, aber erst nach Versicherungsbeginn zu einer Heilbehandlung führen, sind nur nach Maßgabe des § 10 in den Versicherungsschutz einbezogen. Der Versicherer kann von den Bestimmungen des § 10 Pkt. A und B (1) bis (6) keinen Gebrauch machen, wenn seit Abschluss des Vertrages 3 Jahre verstrichen sind.

(3) Für Krankheiten und Unfallfolgen, die während der Wartezeit (§ 4) erstmalig behandelt worden sind, und auf die die Voraussetzungen des § 3 nicht zutreffen, besteht bis zur Beendigung des Versicherungsfalles, längstens bis 3 Jahre nach Abschluss (Beitrittsbeginn) kein Versicherungsschutz; dasselbe gilt für Krankheiten und Unfallfolgen, die mit diesen in einem unmittelbar ursächlichen Zusammenhang stehen.

(4) Krankheiten und Unfallfolgen gemäß (1) bis (3) können nach Entscheidung des Versicherers bei der Vereinbarung des Versicherungsvertrages zu besonderen Bedingungen (höhere Prämie, besondere Wartezeiten) in den Versicherungsschutz eingeschlossen werden.

(5) Kein Versicherungsschutz besteht für die Heilbehandlung:

- von Krankheiten und Unfällen, die als Folge des Genusses von Alkohol oder Suchtgiften eintreten, sowie für Entziehungmaßnahmen und Entziehungskuren;

- bei Unterbringung wegen Selbst- oder Fremdgefährdung;

- von Krankheiten und Unfällen sowie deren Folgen, die durch aktive Beteiligung an Unruhen, durch schuldhaftige Beteiligung an Schlägereien oder bei der Begehung einer gerichtlich strafbaren Handlung, die Vorsatz voraussetzt, entstehen;

- bei Folgen von Selbstmordversuchen;

- von Krankheiten und Unfällen und deren Folgen, die der Versicherungsnehmer oder der Versicherte (Mitversicherte) hinsichtlich der eigenen Person vorsätzlich herbeigeführt haben.

Hat der Versicherungsnehmer (Versicherte) die Krankheit oder den Unfall und deren Folgen hinsichtlich eines Versicherten (Mitversicherten) vorsätzlich herbeigeführt, bleibt die Leistungspflicht des Versicherers bestehen. Der Schadenersatzanspruch des Versicherten (Mitversicherten) gegen den Versicherungsnehmer (Versicherten) geht in sinngemäßer Anwendung des § 67 VersVG auf den Versicherer über.

- von Krankheiten und Unfällen sowie deren Folgen, die durch Kriegereignisse jeder Art, einschließlich Neutralitätsverletzungen, entstehen.

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

(7) Geht die Heilbehandlung über das medizinisch notwendige Maß hinaus, so ist der Versicherer berechtigt, die Erstattung auf die Dauer der medizinisch notwendigen Heilbehandlung herabzusetzen

(8) Sofern es der Schutz der Gesundheit des Versicherten erfordert, kann der Versicherer in begründeten Fällen bestimmte Behandlungen durch bestimmte Ärzte bzw. medizinisch nicht geeignete Personen bzw. in bestimmten Krankenanstalten oder in bestimmten Organisationseinheiten und Betriebsformen von Krankenanstalten vom Versicherungsschutz ausnehmen.

(9) Sofern in den BVB nicht Abweichendes vereinbart wird, wird eine Versicherungsleistung ausschließlich in jenen Fällen erbracht, in denen die öffentliche Krankenversicherung eine Leistung vorsieht. In dem Umfang, in dem der Berechtigte in Bezug auf den jeweiligen Versicherungsfall aus dem System der öffentlichen Gesundheitsversicherung eine Leistung erhielt bzw. die gegenständliche Behandlung, Arzneimittel oder Heilbehelfe (Hilfsmittel) erstattet bekommt, ist die Versicherungsleistung ausgeschlossen. Allfällige Leistungen des Sozialversicherungsträgers oder eines Sozialversicherungersatztarifs werden in Abzug gebracht.

§ 7 Auszahlung der Versicherungsleistungen

(1) Die Auszahlung der Versicherungsleistung erfolgt aufgrund von saldierten Originalrechnungen oder Aufenthaltsbestätigungen für die versicherte Person oder die volljährige Begleitperson in Krankenhäusern bzw. von weiteren in den Besonderen Versicherungsbedingungen aufgeführten Belegen. Diese Belege müssen den Vor- und Zunamen, die Adresse, die Steuernummer, das Geburtsdatum der behandelten Person, die Bezeichnung der Krankheit und der erbrachten Leistungen, und die Daten der Behandlungen und der bezahlten Betrag enthalten.

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

Sofern nicht anders festgesetzt ist, sind die Kosten für die Übermittlung der erforderlichen Unterlagen zum Nachweis der Erfüllung der entsprechenden Bedingungen von der versicherten Person zu tragen.

(2) Der Versicherer darf den Überbringer von Belegen als zum Empfang der darauf entfallenden Versicherungsleistungen berechtigt ansehen.

(3) Die Belege gehen in das Eigentum des Versicherers über.

(4) Der Versicherer darf nur solche Gebühren verlangen, die der Abgeltung von Mehraufwendungen dienen, die durch das Verhalten des Versicherungsnehmers (Versicherten, Mitversicherten) veranlasst worden sind (z. B. Kosten für Übersetzungen).

(5) Die nicht in Eurowährung entstandenen Kosten werden zum Referenzkurs der Europäischen Zentralbank des letzten Behandlungstages in Euro umgerechnet.

(6) Der Versicherungsnehmer (Versicherte) kann seine Forderung gegen eine Prämienforderung des Versicherers nicht aufrechnen.

Der Versicherer ist berechtigt, fällige Prämienforderungen oder sonstige Forderungen (wie zB. Selbstbehalte) aus derselben Versicherung gegen die Versicherungsleistung aufzurechnen und zwar auch wenn die Versicherungsleistung einem Dritten geschuldet wird.

(7) Der Versicherer ist von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Anspruch auf die Leistung nicht innerhalb eines Jahres gerichtlich geltend gemacht wird. Die Frist beginnt erst, nachdem der Versicherer dem Versicherungsnehmer (Versicherten, Mitversicherten) gegenüber den erhobenen Anspruch unter Angabe der mit dem Ablauf der Frist verbundenen Rechtsfolgen schriftlich abgelehnt hat. Diese Ablehnung muss zumindest mit einer ihr zugrunde gelegten Tatsache und gesetzlichen oder vertraglichen Bestimmung begründet sein. Die Frist zur Geltendmachung ist für die Dauer von Vergleichsverhandlungen über den erhobenen Anspruch und für die Zeit, in der der Versicherungsnehmer (Versicherte, Mitversicherte) ohne sein Verschulden an der rechtzeitigen gerichtlichen Geltendmachung des Anspruches gehindert ist, gehemmt.

(8) Die Ansprüche auf die Versicherungsleistungen verjähren in drei Jahren. Steht der Anspruch einem Dritten zu, so beginnt die Verjährung zu laufen, sobald diesem sein Recht auf die Leistung des Versicherers bekannt geworden ist. Ist dem Dritten dieses Recht nicht bekannt geworden, so verjähren seine Ansprüche erst nach 10 Jahren.

§ 8 Ende des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherungsschutz endet mit der Beendigung des Versicherungsvertrages. Dies gilt auch für bereits vor Beendigung des Versicherungsvertrages eingetretene und über die Beendigung des Versicherungsvertrages hinaus andauernde Versicherungsfälle und die daraus resultierenden Kosten.

(2) Kündigt der Versicherer gemäß § 13 (1) oder (2), so besteht Versicherungsschutz für alle vor Beendigung des Versicherungsvertrages eingetretenen Versicherungsfälle, bis zum Ablauf des 3. Monats nach Beendigung des Versicherungsvertrages, in der Gruppenversicherung bis zum Ablauf des ersten Monats nach Beendigung und/oder Ausscheiden aus dem Gruppenversicherungsvertrag, nicht aber für einen längeren Zeitraum oder in einem höheren Ausmaß, als der Schutz des Versicherers nach den Versicherungsbedingungen überhaupt besteht.

PFLICHTEN DES VERSICHERUNGSNEHMERS

§ 9

A Prämien und Gebühren

(1) Die Prämie ist eine Jahresprämie und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet.

Die Prämie ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten, kann aber auch in gleichen monatlichen Prämienraten bezahlt werden, die jeweils bis zur Fälligkeit der Prämienrate gestundet gelten. In diesem Fall sind die Prämienraten am 1. eines jeden Monats fällig. Die erste Prämie samt Nebengebühren ist spätestens bei Aushändigung bzw. Angebot des Versicherungsscheines fällig.

(2) Ein angefangenes Lebensjahr wird voll berechnet, wenn bei Versicherungsbeginn 6 Monate bereits überschritten sind. Dies entspricht dem versicherungstechnischen Alter.

Hat ein mitversichertes Kind das versicherungstechnische Alter von 19 Jahren erreicht, so sind ab dem nächstfolgenden Monatsersten die Prämien zu bezahlen, die für erwachsene Personen zu entrichten sind.

(3) Die Prämien sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten. Der Versicherer darf neben der Prämie nur solche Gebühren verlangen, die der Abgeltung von Mehraufwendungen dienen, die durch das Verhalten des Versicherungsnehmers (Versicherten) veranlasst worden sind.

Sämtliche fremdsprachige Dokumente (d.h. Dokumente in anderer als italienischer, deutscher oder englischer Sprache), welche der Versicherungsnehmer oder der Berechtigte dem Versicherer im Zusammenhang mit dem Abschluss oder der Erfüllung des Versicherungsvertrags vorlegt, sind amtlich (durch einen beeidigten Übersetzer) zu übersetzen; anderweitig vorgelegte Dokumente werden nicht berücksichtigt. Die Kosten für Übersetzung fremdsprachiger Dokumente sind vom Versicherungsnehmer zu tragen, bzw. vom Berechtigten bei der Geltendmachung eines Anspruchs auf Versicherungsleistung. Legt der Versicherungsnehmer oder der Berechtigte das fremdsprachige Dokument nicht in amtlicher Übersetzung vor und wendet der Versicherer aufgrund seiner eigenen Entscheidung Kosten für eine solche Übersetzung auf, so ist er berechtigt, nach dem Versicherungsnehmer bzw. dem Berechtigten Ersatz der in dieser Weise anfallenden Kosten zu verlangen.

B Zahlungsverzug und dessen Folgen

(4) Ist die erste Prämie oder Prämienrate nicht innerhalb von 14 Tagen nach dem Abschluss des Versicherungsvertrages und nach Aufforderung zur Prämienzahlung gezahlt, so ist der Versicherer 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.

Ist die erste Prämie oder Prämienrate zur Zeit des Eintrittes des Versicherungsfalles und nach Ablauf der Frist von 14 Tagen noch nicht bezahlt, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei. Die Aufforderung zur Prämienzahlung hat die Rechtsfolgen der Rücktrittsmöglichkeit und Leistungsfreiheit nur, wenn der Versicherer darauf hingewiesen hat.

(5) Wird in der Folge eine fällige Prämie oder eine fällige Prämienrate nicht rechtzeitig bezahlt, so kann der Versicherer den Versicherungsnehmer (Versicherten) unter Angabe der Höhe der Prämien- und Kostenschuld und der Rechtsfolgen weiterer Säumnis schriftlich auffordern, die Schuld innerhalb einer Zahlungsfrist von 2 Wochen, vom Empfang der Aufforderung an gerechnet, an die vom Versicherer bezeichnete Stelle ohne Abrechnung von Überweisungsspesen zu bezahlen.

Neben Postgebühr und Mahnspesen können Verzugszinsen in Höhe der gesetzlichen Verzugszinsen eingehoben werden. Nach Ablauf der Zahlungsfrist von 2 Wochen werden, wenn bis dahin der eingemahnte Betrag nicht bezahlt ist, die gestundeten Prämienraten des laufenden Versicherungsjahres fällig.

(6) Tritt der Versicherungsfall nach Ablauf der Zahlungsfrist ein und ist der Versicherungsnehmer (Versicherte) zu dieser Zeit mit der Zahlung der Prämie im Verzug, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei.

Die Leistungspflicht des Versicherers lebt nach Bezahlung aller rückständigen Prämien wieder auf, jedoch besteht für Versicherungsfälle, die nach Ablauf der Zahlungsfrist und vor Nachzahlung der rückständigen Prämien eingetreten sind, und deren Folgen kein Anspruch auf Leistung.

(7) Der Versicherer ist berechtigt, den Versicherungsvertrag ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist zu kündigen, wenn der Versicherungsnehmer (Versicherte) nach Ablauf der Frist mit der Zahlung der Prämie im Verzug ist. Der Versicherer kann bereits bei der Bestimmung der Zahlungsfrist das Versicherungsverhältnis so kündigen, dass die Kündigung mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer (Versicherte) in diesem Zeitpunkt mit der Zahlung im Verzug ist.

(8) Die Wirkungen der Kündigung fallen fort, wenn der Versicherungsnehmer (Versicherte) innerhalb eines Monats nach Kündigung, oder falls die Kündigung mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach dem Ablauf der Zahlungsfrist, die Zahlung nachholt, sofern der Versicherungsfall nicht bereits eingetreten ist.

(9) Die Leistungsfreiheit nach Abs. (4) und (6) tritt nicht ein, wenn der Versicherungsnehmer (Versicherte) bloß ohne sein Verschulden an der rechtzeitigen Zahlung gehindert war oder mit nicht mehr als 10 % der

Jahresprämie, maximal aber mit dem gesetzlichen Höchstbetrag, im Verzug ist. Die Nichtzahlung von Zinsen und Kosten löst die Möglichkeit des Rücktritts, der Kündigung sowie die Leistungsfreiheit nicht aus.

§ 10 Obliegenheiten

A Anzeigepflicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages

(1) Der Versicherungsnehmer und der Versicherte (Mitversicherte) haben bei der Antragstellung und zwischen Antragstellung und Zustellung (Aushändigung) des Versicherungsscheines alle erheblichen Gefahrenumstände, anzuzeigen. Jeder Gefahrenumstand, nach dem der Versicherer ausdrücklich in schriftlicher Form gefragt hat, gilt im Zweifel als erheblich.

B Folgen der Verletzung der Anzeigepflicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages

(2) Hat der Versicherungsnehmer oder ein Versicherter (Mitversicherter) die Anzeigepflicht über erhebliche Gefahrenumstände schuldhaft verletzt, so kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten. Die Anzeigepflicht ist auch dann verletzt, wenn Fragen um Gefahrenumstände unrichtig und unvollständig beantwortet werden.

Hat der Versicherungsnehmer (Versicherte, Mitversicherte) einen Umstand nicht angezeigt, nach dem der Versicherer nicht ausdrücklich und genau umschrieben gefragt hat, ist ein Rücktritt nur bei vorsätzlicher oder grobfahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht möglich.

(3) Der Rücktritt vom Versicherungsvertrag ist innerhalb eines Monats von dem Tag an zulässig, an dem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erlangt hat.

(4) Tritt der Versicherer zurück, nachdem ein Versicherungsfall eingetreten ist, so bleibt der Versicherungsschutz bestehen, wenn der Umstand, in Ansehung dessen die Anzeigepflicht verletzt wurde, keinen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalles oder soweit er keinen Einfluss auf den Umfang der Leistung des Versicherers gehabt hat. Der Versicherungsschutz erstreckt sich jedoch keinesfalls über den Zeitpunkt des Rücktritts hinaus. Der Versicherer kann jedoch die Rückzahlung der Leistungen verlangen, die sich auf Tatsachen beziehen, die zum Rücktritt geführt haben und zwar bis zu der Höhe bis zu der sie Einfluss gehabt haben.

(5) Im Falle des Rücktrittes hat der Versicherer Anspruch auf die Prämien bis zum Ende der verstrichenen Vertragslaufzeit.

(6) Treffen die Voraussetzungen für den Rücktritt nur auf einzelne 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. In der Gruppenversicherung ist dieses Recht auf Antwortkündigung auf den einzelnen Gruppenversicherten und seine Mitversicherten beschränkt.

(7) Das Recht des Versicherers, den Vertrag wegen Arglist anzufechten, wird durch die vorstehenden Bestimmungen nicht berührt.

(8) Bei schuldloser Verletzung der Anzeigepflicht kann der Versicherer, wenn nach den für den Geschäftsbetrieb des Versicherers maßgebenden Grundsätzen bei Vorliegen der ihm unbekannt gebliebenen Gefahrenumstände eine höhere Prämie vorgesehen ist, von Beginn der laufenden Versicherungsperiode an die entsprechend höhere Prämie verlangen.

C Pflichten des Versicherungsnehmers und des Versicherten (Mitversicherten) während des Bestehens des Versicherungsvertrages

(9) Der Versicherungsnehmer und der Versicherte (Mitversicherte) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Art und des Umfangs des Versicherungsschutzes erforderlich ist. Dies umfasst auch die Verpflichtung des Versicherten (Mitversicherten), sich auf Verlangen des Versicherers durch einen von diesem beauftragten Arzt untersuchen zu lassen und die Verpflichtung des Versicherungsnehmers bzw. des Versicherten vom Versicherer geforderte Unterlagen diesem zur Verfügung zu stellen.

(10) Wird für eine versicherte Person bei einem anderen Versicherer ein Krankenversicherungsvertrag abgeschlossen, so ist der Versicherer vom weiteren Versicherungsvertrag unverzüglich zu unterrichten.

D Folgen der Verletzung von Pflichten während des Bestehens des Versicherungsvertrages

(11) Verletzt der Versicherungsnehmer oder der Versicherte (Mitversicherte) die Auskunftspflicht des § 10 (9), so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, sofern die Verletzung vorsätzlich oder grob fahrlässig erfolgt ist.

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.

(12) Wird die in §10(10) genannte Informationspflicht schuldhaft verletzt, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Erbringung von Summenleistungen, wie z. B. Krankenhaustagegeld, 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.

§ 11 Subsidiaritätsklausel/Anspruch gegen Dritte

(1) Alle Versicherungsleistungen werden nur erbracht, soweit nicht aus anderen privatrechtlichen Versicherungsverträgen eine Leistung beansprucht werden kann. (Der Versicherungsschutz unter diesem Versicherungsvertrag ist auch dann nachrangig, wenn in dem anderen Versicherungsvertrag ebenfalls eine nachrangige Leistung vereinbart ist.)

(2) 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 zu bestätigen.

(3) 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.

(4) Die Absätze (1), (2) und (3) gelten nicht für Leistungen, die auch ohne Kostennachweis gebühren.

(5) 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.

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

ENDE DES VERSICHERUNGSVERTRAGES

§ 12 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

(1) Der Versicherungsvertrag wird auf Lebenszeit des Versicherungsnehmers abgeschlossen. Der Versicherungsnehmer hat das Recht, den Versicherungsvertrag zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer, mit einer Frist von zwei Monaten zu kündigen.

(2) Das Versicherungsjahr richtet sich nach dem ursprünglichen Versicherungsbeginn (Beitrittsbeginn), das ist der Versicherungsbeginn (Beitrittsbeginn) (§ 3) der ersten bei dem Versicherer unter einer Versicherungsnummer abgeschlossenen Krankheitskosten- oder Krankenhaustagegeldversicherung.

(3) Das Kündigungsschreiben ist an die in § 15 (3) dieser Bedingungen aufgeführte Anschrift des Versicherers bzw. an eine andere Anschrift, die der Versicherer dem Versicherungsnehmer schriftlich mitteilt, zu richten.

(4) Kündigt der Versicherungsnehmer den Versicherungsvertrag hinsichtlich einzelner Personen, hat der Versicherer das Recht, innerhalb einer Frist von einem Monat den Versicherungsvertrag hinsichtlich der übrigen Personen zum gleichen Termin zu kündigen.

(5) Werden vom Versicherer Prämien einseitig erhöht oder Leistungen einseitig vermindert [§ 17 (1) und § 10 B (8)], 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.

(6) Wird ein Versicherungsnehmer oder ein Versicherter (Mitversicherter) 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.

§ 13 Kündigung durch den Versicherer

(1) In der Krankengeldversicherung hat der Versicherer das Recht, den Versicherungsvertrag zur Gänze oder nur hinsichtlich einzelner versicherter Personen mit einer Frist von zwei Monaten zum Ende eines jeden Versicherungsjahres zu kündigen.

(2) Wenn der Versicherungsnehmer oder ein Versicherter (Mitversicherter) durch wissentlich falsche Angaben, insbesondere durch Vortäuschung einer Krankheit, Versicherungsleistungen erschleicht oder zu erschleichen versucht oder bei einer solchen Handlung mitwirkt, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei und hat das Recht, den Versicherungsvertrag fristlos zu kündigen. Das Gleiche gilt, wenn der Versicherte (Mitversicherte) im Krankheitsfall den vom Arzt oder vom Versicherer gegebenen zumutbaren Verhaltensmaßregeln vorsätzlich oder grob fahrlässig nicht Folge leistet.

(3) Kündigt der Versicherer nach § 13 (1) oder (2) den Versicherungsvertrag hinsichtlich einzelner Personen, hat der Versicherungsnehmer das Recht, den Versicherungsvertrag hinsichtlich der übrigen Personen innerhalb einer Frist von einem Monat zum gleichen Termin zu kündigen.

§ 14 Sonstige Beendigungsgründe

A Einzelversicherung

(1) Der Versicherungsvertrag endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die Versicherten haben jedoch das Recht, binnen zweier Monate die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses nach dem Versicherungsnehmer zu erklären.

(2) Beim Tod eines Versicherten endet der Versicherungsvertrag hinsichtlich dieser Person.

(3) Bei Verlegung des Hauptwohnsitzes des Versicherungsnehmers oder des Versicherten ins Ausland (d.h. außerhalb des Gebiets der Autonomen Provinz Bozen-Südtirol) hat der Versicherungsnehmer den Versicherer davon unverzüglich schriftlich in Kenntnis zu setzen, spätestens jedoch innerhalb von 10 Werktagen. Bei Wohnsitzverlegung ins Ausland endet der Versicherungsvertrag mit Ende des Monats, in dem der Verzug durch entsprechende Belege nachgewiesen wird, sofern keine andere Vereinbarung getroffen wird.

(4) Endet das Versicherungsverhältnis aus sonstigen Gründen, ohne dass der Vertrag durch Rücktritt des Versicherers wegen Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht (§ 10) oder Nichtzahlung der Erstprämie [§ 9 (4)] oder sonst durch dessen Kündigung aus anderem wichtigen Grund [z. B. § 12 (4) und § 13 (2)], so sind die Versicherten ebenfalls berechtigt, die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses nach dem Versicherungsnehmer binnen zweier Monate zu erklären.

B Gruppenversicherung

(5) Der Gruppenversicherungsvertrag erlischt, wenn die Zahl der Versicherten unter die im Gruppenversicherungsvertrag vereinbarte Mindestanzahl sinkt, zum Ende des Monats, in welchem, aus welchen Gründen immer, dies eintritt.

Der Gruppenversicherungsvertrag endet weiters durch Kündigung des Versicherers infolge Eröffnung des Konkurses, Ausgleiches oder Zwangsverwaltung, wenn der Gruppenversicherungsvertrag für Dienstnehmer eines Unternehmens besteht, oder bei Liquidation der juristischen Person, für deren Mitglieder der Gruppenversicherungsvertrag besteht.

(6) Mit Beendigung des Gruppenversicherungsvertrages und mit Ausscheiden aus der Gruppenversicherung wird der Vertrag des Gruppenversicherten unter Entfall des Gruppenrabattes fortgesetzt. Dies gilt insbesondere bei Beendigung des Dienstverhältnisses oder Pensionierung.

(7) Mit dem Ausscheiden des Gruppenversicherten aus der Gruppenversicherung scheiden auch die Mitversicherten aus der Gruppenversicherung aus. Die Mitversicherung endet ferner mit der Scheidung der Ehe bzw. Auflösung der Lebensgemeinschaft mit dem Gruppenversicherten und bei Ausscheiden des desselben aus der Gruppenversicherung.

SONSTIGE BESTIMMUNGEN

§ 15 Form und Empfänger von Willenserklärungen und Anzeigen

(1) Anzeigen und Erklärungen des Versicherungsnehmers, des Versicherten oder sonstiger Dritter haben in geschriebener Form (per E-Mail, Brief, Fax) zu erfolgen, soweit nicht Schriftform (Original der Anzeigen und Erklärungen mit eigenhändiger Unterschrift bzw. elektronischer Signatur) vereinbart wurde oder das Gesetz Schriftform vorsieht.

(2) Hat der Versicherungsnehmer (Versicherte, Mitversicherte) seinen Wohnsitz gewechselt, dies aber nicht dem Versicherer mitgeteilt, so genügt zur Rechtswirksamkeit von Willenserklärungen des Versicherers dem

Versicherungsnehmer (Versicherten, Mitversicherten) gegenüber die Absendung des Briefes an die letzte dem Versicherer bekanntgegebene Anschrift.

(3) Der Versicherungsnehmer (Versicherte) ist verpflichtet, alle Schriftstücke für den Versicherer an folgende Anschrift zu senden: Merkur Versicherung AG, Regionaldirektion West, Leopoldstraße 17, 6020 Innsbruck. Der Versicherer ist berechtigt, dem Versicherungsnehmer (Versicherten, Berechtigten) schriftlich eine andere Anschrift mitzuteilen. In solch einem Fall ist der Versicherungsnehmer (Versicherte) vom Zeitpunkt der Zustellung einer derartigen Mitteilung verpflichtet, alle Schriftstücke an die neu mitgeteilte Anschrift des Versicherers zu senden.

§ 16 Erfüllungsort, Gerichtsstand, anwendbares Recht

(1) Erfüllungsort für die beiderseitigen Verpflichtungen aus dem Versicherungsvertrag ist der Sitz des Versicherers in Graz.

(2) Für sämtliche Streitigkeiten aus oder im Zusammenhang mit dem Vertragsverhältnis zwischen Versicherer und Versicherungsnehmer bzw. versicherter Personen ist für allfällige Klagen des Versicherungsnehmers bzw. der versicherten Personen das Gericht an deren Wohnsitz oder das Gericht am Sitz des Versicherers in Graz zuständig.

Für sämtliche Streitigkeiten aus oder im Zusammenhang mit dem Vertragsverhältnis zwischen Versicherer und Versicherungsnehmer bzw. versicherter Personen ist für allfällige Klagen des Versicherers das Gericht am Wohnsitz des Versicherungsnehmers bzw. der versicherten Personen zuständig.

(3) Das Vertragsverhältnis zwischen Versicherer und Versicherungsnehmer bzw. versicherter Person unterliegt österreichischem Recht, unter Ausschluss der Verweisnormen des internationalen Privatrechts. Für den Fall, dass zwingende Regelungen des italienischen Rechts für den Versicherungsnehmer günstiger sind, gehen diese dem österreichischen Recht vor.

§ 17 Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, der Prämie und des Versicherungsschutzes, Leistungs- und Prämienanpassung

(1) Das Versicherungsunternehmen ist berechtigt, einmal jährlich die Versicherungs- bzw. Leistungssummen, die Selbstbehalte und die Prämie anzupassen. Die maßgebenden Umstände dieser Anpassung sind:

a) Die Steigerung der Kosten im Gesundheitswesen, die sich aus dem Index des gewogenen Durchschnitts der Indizes „Honorare von Spezialisten“, „diagnostische Untersuchungen“ und „Kosten in der Klinik“ ergeben. Diese Indizes werden vom zentralen Statistikinstitut ISTAT entnommen.

Als Anfangsreferenzwert und für die nachfolgenden Aktualisierungen wird der Index des Monats Juni des Vorjahres herangezogen.

Wenn dieser Index nicht mehr verfügbar sein sollte, wird der Versicherer den Index gleichwertig anpassen, nachdem der Versicherungsnehmer davon informiert wurde.

b) Die prozentuelle Veränderung der durchschnittlichen Lebenserwartung in der Autonomen Provinz Bozen-Südtirol, wobei hierfür ein Maximalprozentsatz von 2,5% herangezogen wird.

c) Die prozentuelle Veränderung der Häufigkeit der Inanspruchnahme von Leistungen nach Art der tariflich vorgesehenen und deren Aufwendigkeit, bezogen auf die zu diesem Tarif Versicherten. Hierfür wird ein Maximalprozentsatz von 2,5% herangezogen.

d) Eine Veränderung der durch Gesetz, Verordnung, sonstigen behördlichen Akt oder durch Vertrag zwischen dem Versicherer und im Versicherungsvertrag bezeichneten Einrichtungen des Gesundheitswesens festgesetzten Entgelte für die Inanspruchnahme dieser Einrichtungen.

Zur Berechnung der jährlichen Anpassung wird die Summe der vorstehenden maßgebenden Umstände gebildet und angewandt.

(2) Die Versicherungsprämie (Gesamtprämie) setzt sich zusammen aus der tariflichen Grundprämie sowie aus etwaigen Risikozuschlägen, Rabatten und etwaigen Ergänzungstarifen. Durch den zusätzlichen Abschluss eines Ergänzungstarifs kann es zu einer weiteren Erhöhung der Prämien- und Leistungsanpassung kommen. Zur konkreten Berechnungsmethode von Ergänzungstarifen wird auf die jeweiligen BVB verwiesen. Eine Veränderung der maßgebenden Umstände im Sinne des Abs 1. bezieht sich auf die Grundprämie und bildet diese dann wieder die Basis für etwaige Rabatte und Risikozuschläge.

(3) Die Erhöhungen der Prämie gelten ab jenem nachfolgenden Monatsersten, an dem der Versicherungsnehmer die Anpassungspolize erhalten hat.

(4) Der Versicherungsnehmer ist berechtigt, der Anpassung innerhalb vier Wochen nach Erhalt der Anpassungspolize, zu widersprechen. Dieser Widerspruch erfolgt durch Unterfertigung eines entsprechenden Vermerks auf der Anpassungspolize und Rückübermittlung derselben an den Versicherer. Der Versicherungsnehmer hat das Recht, die Fortsetzung des Vertrages mit höchstens gleichbleibender Prämie und angemessenen geänderten Leistungen zu verlangen. Widerspricht der in der Gruppenversicherung einzelne Versicherte hinsichtlich seiner Person und/oder eines Mitversicherten, so entfällt der bei Beitritt zum Gruppenversicherungsvertrag vereinbarte Rabatt.

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

(6) Zur Nachvollziehbarkeit der Prämienanpassung wird auf ein Berechnungsbeispiel, zu finden auf www.merkur-versicherung.it, verwiesen.