

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung

(AVB MST 2020 / Fassung Autonome Provinz Bozen - Südtirol Jänner 2026)

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen sind Bestandteil des einzelnen Versicherungsvertrages

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 Zahlungsmodalitäten 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

Ausland ist jeder Ort außerhalb des Gebietes der Autonomen Provinz Bozen-Südtirol.

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(sklausel)** 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-Hötendorf-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.

Das **versicherungstechnische Alter** wird wie folgt festgestellt: Ein angefangenes Lebensjahr wird dann voll berechnet, wenn ab dem letzten Geburtstag der versicherten Person bereits mehr als 6 Monate vergangen sind (zum Beispiel: das versicherungstechnische Alter von 19 Jahren wird erreicht, sobald ab dem 18. Geburtstag des Versicherungsnehmers mehr als 6 Monate vergangen sind).

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 Versicherungsleistung im Rahmen der gewählten Tarife (Besonderen Versicherungsbedingungen -BVB).

Der Anspruch auf die Versicherungsleistung steht dem Versicherten (Mitversicherten) zu.

(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 hinsichtlich dieser neuen Krankheit oder Unfallfolgen ein neuer Versicherungsfall.

b) Als Versicherungsfall gelten ferner die Schwangerschaft und Entbindung, einschließlich damit im Zusammenhang stehende medizinisch notwendige Heilbehandlungen und medizinisch notwendige Untersuchungen, sowie Fehlgeburten.

c) Als Versicherungsfall gelten auch Leistungen, welche der ausgewählte Tarif (die Besonderen Versicherungsbedingungen - BVB) vorsieht. Dies können beispielsweise sein:

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

In solchen Fällen sind die Bestimmungen der §§ 4 (2) und 5 D anzuwenden.

d) Als Versicherungsfall gelten nicht:

- kosmetische Behandlungen und Operationen und deren Folgen, soweit diese Maßnahmen nicht der Behebung einer Fehlfunktion des Körpers und damit der Heilung einer therapiebedürftigen Erkrankung dienen, sondern Zweck der kosmetischen Behandlung die Ästhetik ist (z.B. Brustverkleinerung,-straffung,-vergrößerung, Facelifting, Fettabsaugung, Lidkorrektur)
- 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, und der Heilpädagogik;
- alle Formen der künstlichen Befruchtung (z. B. Invitrofertilisation, Insemination) sowie die damit im ursächlichen Zusammenhang stehenden Maßnahmen und Folgen.

(3) Heilbehandlung [Abs. (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) Unfall ist jedes vom Willen des Versicherten (Mitversicherten) unabhängige Ereignis, das, plötzlich von außen, mechanisch oder chemisch einwirkend, eine körperliche Schädigung des Versicherten (Mitversicherten) 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;
- als Unfall gilt auch, wenn durch erhöhte Kraftanstrengung an Gelenken oder Wirbelsäule ein Gelenk verrenkt wird oder Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerrt oder gerissen werden.
- Wundstarrkrampf und Tollwut, verursacht durch einen Unfall und die Folgen von Insektenstichen und – bissen sowie von Schlangenbissen gelten ebenfalls als Unfall.

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

Der Versicherungsschutz erstreckt sich 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 Beendigung 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.

(6) Versichert können, vorbehaltlich der Regelung in § 14 Abs. 3, nur Personen werden, die in der autonomen Provinz Bozen-Südtirol ihren Hauptwohnsitz haben.

(7) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Versicherungsfälle auf der ganzen Erde, falls **die Besonderen Versicherungsbedingungen (BVB) der einzelnen Tarife** keine **Einschränkung dieses örtlichen Geltungsbereiches** vorsehen.

§ 2 Abschluss des Versicherungsvertrages

(1) Der Versicherungsvertrag wird auf Lebenszeit des Versicherungsnehmers abgeschlossen.

Versicherungsnehmer bzw. Versicherter kann nur eine Person sein, die in der autonomen Provinz Bozen-Südtirol ihren Hauptwohnsitz hat, sofern nicht gem. § 14 Abs. 3 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) Stellt die zu versichernde Person ein **erhöhtes Risiko** dar, hat der Versicherer das Recht auf Festlegung eines **Prämienzuschlags, Leistungsausschlusses oder einer Wartezeit**. Die Annahme des Antrages kann auch von einer ärztlichen Untersuchung oder von der Beibringung eines ärztlichen Zeugnisses abhängig gemacht werden.

(4a) Über die Antragsannahme entscheidet die Geschäftsleitung des Versicherers. Anträge 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 Versicherungsvertrages besteht kein Versicherungsschutz.**

(4b) Weicht der Inhalt der Polizze vom Antrag oder den getroffenen Vereinbarungen ab, wird der Versicherungsnehmer **durch den Vermerk Stern (*) und in Fettdruck** auf der Polizze oder durch gesonderte Mitteilung darauf hingewiesen. **Die Abweichung gilt als genehmigt, wenn der Versicherungsnehmer nicht innerhalb eines Monats nach Empfang der Polizze schriftlich widerspricht.**

(5) Bei neugeborenen Kindern verzichtet der Versicherer in der Krankheitskostenversicherung unter folgenden Voraussetzungen auf das Recht der Ablehnung [§2 Abs. (4)] und auf einen Leistungsausschluss gem. §6 Abs. (1) und (2):

- a) Die Eltern des Kindes müssen **seit mindestens drei Monaten** nach Tarifen versichert sein, die dem für das Kind beantragten Versicherungsschutz entsprechen;
- b) der für das Kind beantragte Versicherungsschutz basiert auf zum Geburtszeitpunkt abschließbaren Tarifen;
- c) **die Mitversicherung des Kindes muss innerhalb eines Monats nach der Geburt mit Wirkung ab dem Geburtsmonat beantragt werden;**
- d) wenn schon Kinder vorhanden sind, müssen **alle im gemeinsamen Haushalt lebenden Kinder** unter 18 Jahren im Anschluss an die Versicherung der Eltern schon mitversichert sein.

Das Recht auf einen **Prämienzuschlag in Form eines Risikozuschlags, wenn das Kind ein erhöhtes Risiko** darstellt, bleibt davon unberührt.

§ 3 Beginn des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherungsschutz beginnt mit Abschluss des Versicherungsvertrages, **nicht vor Ablauf der Wartezeiten und nicht vor dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt** (Versicherungsbeginn)

(2) Wird die erste und einmalige **Prämie innerhalb von 14 Tagen** nach Abschluss des Versicherungsvertrages und nach Aufforderung zur Prämienzahlung bezahlt, so beginnt der Versicherungsschutz mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Datum.

(3) **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 erst nach 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) **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 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 individuell zu vereinbarenden Wartezeit von höchstens 3 Jahren.**

(4) **Bei Übertritt in eine höhere Tarifklasse besteht Anspruch auf höheren Versicherungsschutz bei Versicherungsfällen**, die dem Versicherungsnehmer, dem Versicherten oder Mitversicherten bereits vor dem Wechsel bekannt oder erkennbar waren, erst nach **neuerlichem Ablauf der individuell zu vereinbarenden Wartezeiten**.

§ 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 und Dentisten. Bei medizinischer Notwendigkeit werden während eines Versicherungsfalles auch die Kosten der Beiziehung mehrerer Ärzte erstattet.

(3) Bei Eigenbehandlung, Behandlung durch Ehegatten, Lebensgefährten, Partner eingetragener Partnerschaften, Eltern oder Kinder des Versicherten (Mitversicherten) 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 hiebei nicht vergütet.**

(5) Die Kosten für jene Heilbehelfe (Hilfsmittel), die eine individuelle Anpassung an den Versicherten bedingen, werden ersetzt. Dies sind beispielsweise:

Brillen, Kontaktlinsen, Bruchbänder, Gliederprothesen, Hörapparate, orthopädische Korsette, orthopädische Schuhinlagen und die orthopädische Ausstattung von Schuhen.

Hat der Versicherer **für Heilbehelfe, Hilfsmittel und refraktive Augenoperationen** einen Kostenersatz geleistet, so besteht ein neuerlicher Anspruch auf Leistung **erst nach Ablauf der vom Versicherer in den Besonderen Versicherungsbedingungen (BVB) festgesetzten 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, welche in Dioptrien angegeben wird. Die Fehlsichtigkeit wird durch einen Sehbehelf korrigiert, wobei der Versicherer für Brillen in den Besonderen Versicherungsbedingungen (BVB) eine Nutzungsdauer festsetzt. Während der festgesetzten 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 und nur noch der verbleibende Betrag bis zum Erreichen des Höchstsatzes ersetzt.**

(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 ersetzt, sofern diese **in Österreich oder Italien registriert sind und aus Österreich oder Italien bezogen wurden**. **Nicht erstattet werden die Kosten für Nähr- und Stärkungsmittel, Vitaminpräparate, Nahrungsergänzungsmittel, Lebensmittel, Produkte aus einem natürlichen Heilvorkommen, Medizinalweine, Tonika, kosmetische Mittel. Alle nicht in Österreich oder Italien registrierten Arzneimittel und alle weiteren, nicht ausdrücklich genannten Stoffe, die keine pharmakologische Wirkung entfalten.**

B Leistungen für stationäre Heilbehandlung

(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, 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** 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 nicht, wenn er lediglich zu Zwecken der Pflege dient.

(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 stationäre Langzeitbehandlungen durchgeführt werden;
- in denen Maßnahmen der Palliativmedizin durchgeführt werden;
- in denen Rehabilitationsmaßnahmen durchgeführt werden;
- für Alkohol- und Drogenabhängige;
- Krankenabteilungen in Justizanstalten (Inquisitenspitalern);
- 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.

(12) Begleitperson

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

Bei direkter Verrechnung mit Vertragskrankenhäusern des Versicherers werden die vollen Verpflegungskosten vergütet. Ansonsten wird höchstens das tägliche Krankenhaus-Ersatztagegeld für Erwachsene, das im kostendeckenden Tarif für das Kind vorgesehen ist, bezahlt.

§ 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 Abs. (3) nicht zutreffen, besteht bis zur Beendigung des Versicherungsfalles, längstens bis 3 Jahre nach Abschluss des Versicherungsvertrages 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 zu besonderen Bedingungen (höhere Prämie, 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 Entziehungsmaßnahmen und Entziehungskuren;

- bei Unterbringung wegen Selbst- oder Fremdgefährdung;

- von Krankheiten und Unfällen sowie deren Folgen, die durch aktive Beteiligung an Unruhen, durch schuldhafte 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 auf den Versicherer über.

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

- von Krankheiten und Unfällen sowie deren Folgen, die auf Reisen eintreten, die trotz Reiserwarnung der österreichischen Bundesregierung bzw. der Regierung der Italienischen Republik angetreten wurden.

- von Krankheiten und Unfällen sowie deren Folgen, die aufgrund der Ausübung von Extremsportarten (insbesondere Base-Jumping, Klippenspringen, Downhill-Biking, Free-Solo-Klettern, Slacklinen in großer Höhe, Inline Speedskating, Tauchen in mehr als 40 Meter Tiefe oder bei Tauchgängen unter besonders gefährlichen Verhältnissen wie z.B. Apnoe-Tauchen), Expeditionen in entlegene, unerforschte oder schwer zugängliche Gebiete mit kaum vorhandener Infrastruktur, Bergfahrten bzw. Bergbesteigungen ab 4.000m Höhe über dem Meeresspiegel, Montagearbeiten und dgl. 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, welches sich aus der durchschnittlichen Verweildauer der jeweiligen Behandlung und der Einschätzung unserer Vertrauensärzte ergibt, so ist der Versicherer berechtigt, die Erstattung auf das angemessene Ausmaß herabzusetzen.

(8) Der Versicherer kann bestimmte Behandlungen durch bestimmte Ärzte oder Dentisten bzw. in bestimmten Krankenanstalten bzw. in den entsprechenden Organisationseinheiten und Betriebsformen von Krankenanstalten aller Art vom Versicherungsschutz ausnehmen. Das gilt für Behandlungen, die nach Zustellung einer Mitteilung vom Versicherer in schriftlicher oder in geschriebener Form durchgeführt werden. Für laufende Versicherungsfälle besteht Versicherungsschutz bis zum Ablauf des 3. Monats nach Zustellung dieser Mitteilung.

(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 Sozialversicherungssatztarifs (zB des Landesgesundheitsdienstes Südtirol) 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 sowie die Bezeichnung der Krankheit und der erbrachten Leistungen und die Daten der Behandlungen und den bezahlten Betrag enthalten.

Ist der Versicherte (Mitversicherte) noch anderweitig (gesetzlich oder privat) krankenversichert, können auch Zweischriften 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, soweit dieser Versicherungsnehmer, versicherte Person, Mitversicherter ist oder eine vom Versicherungsnehmer gesondert zum Empfang von Leistungen bekannt gegebene Person ist, 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. Anfragen beim zentralen Melderegister für beim Versicherer nicht bekannt gegebenen Adressänderungen, Kosten für Übersetzungen von allfälligen Krankenunterlagen und zugehörige Rechnungen).

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

(6) Der Versicherer ist von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Anspruch auf die Leistung nicht innerhalb von zwei Jahren gerichtlich geltend gemacht wird. Die Frist beginnt erst, nachdem der Versicherer dem Versicherungsnehmer (Versicherten, Mitversicherten) gegenüber den erhobenen Anspruch unter Angabe der Frist zur gerichtlichen Geltendmachung sowie 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.

(7) Die Ansprüche auf die Versicherungsleistungen verjähren in drei Jahren ab Fälligkeit der Leistung. 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 (siehe §§ 12, 13 und 14). 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, nicht aber für einen längeren Zeitraum oder in einem höheren Ausmaß, als der Schutz des Versicherten nach den Versicherungsbedingungen überhaupt besteht.

PFLICHTEN DES VERSICHERUNGSSNEHMERS

§ 9 Zahlungsmodalitäten und Gebühren

A Prämien und Gebühren

(1) Die Prämie ist eine Jahresprämie und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Die erste Prämie wird mit Zustellung des Versicherungsscheins, nicht aber vor Versicherungsbeginn fällig und ist sodann nach Aufforderung durch den Versicherer **binnen 14 Tagen zu bezahlen. Die Folgeprämien sind gemäß der vereinbarten Zahlweise jeweils am Monatsersten fällig.**

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

(3) Die Prämien sind an die vom Versicherer bekannt gegebene Bankverbindung 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. **Die Höhe der Gebühren für Rückbuchen im Lastschriftverfahren oder Mahnungen können dem Angebot entnommen werden.**

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, vom Versicherungsnehmer bzw. 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 – solange die Zahlung nicht bewirkt ist – berechtigt, vom Versicherungsvertrag zurückzutreten. Es gilt als Rücktritt, wenn der Anspruch auf die Prämie nicht innerhalb von sechs Monaten 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, es sei denn der Versicherungsnehmer (Versicherte) war an der rechtzeitigen Zahlung ohne Verschulden verhindert. Die Rechtsfolgen der Rücktrittsmöglichkeit und der Leistungsfreiheit stehen dem Versicherer nur zu, wenn der Versicherer in der Aufforderung zur Prämienzahlung den Versicherungsnehmer darauf hingewiesen hat.

(5) Wird in der Folge eine fällige Prämie oder eine fällige Prämienrate nicht rechtzeitig bezahlt, so wird der Versicherer den Versicherungsnehmer (Versicherten) **auf dessen Kosten schriftlich mahnen und ihn auffordern, die Schuld innerhalb einer **Zahlungsfrist von mindestens 2 Wochen**, vom Empfang der Aufforderung an gerechnet, an den Versicherer kostenfrei zu bezahlen.**

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 in der Mahnung gesetzten 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, es sei denn der Versicherungsnehmer (Versicherte) war an der rechtzeitigen Zahlung ohne Verschulden verhindert. Darauf wird der Versicherer in der Mahnung ausdrücklich hinweisen.

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) sind verpflichtet, den Antrag und die damit verbundenen Fragen wahrheitsgemäß und vollständig auszufüllen bzw. zu beantworten und bei der Antragstellung und zwischen Antragstellung und Zustellung (Aushändigung) des Versicherungsscheines alle ihnen bekannten Umstände, die für die Übernahme der Gefahr erheblich sind, anzugeben. Erheblich sind jene Gefahrenumstände, die geeignet sind, auf den Entschluss des Versicherers, den Versicherungsvertrag überhaupt oder zu den vereinbarten Bestimmungen abzuschließen, einen Einfluss auszuüben. 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 innerhalb von drei Jahren seit Abschluss des Versicherungsvertrages von diesem zurücktreten. Die Anzeigepflicht ist auch dann verletzt, wenn Fragen um Gefahrenumstände unrichtig und unvollständig beantwortet werden. Das gleiche gilt, wenn die Anzeige eines erheblichen Umstandes deshalb unterblieben ist, weil sich der Versicherungsnehmer oder Versicherte der Kenntnis des Umstandes arglistig entzogen hat.

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. Der Versicherer kann dann nicht vom Versicherungsvertrag zurücktreten, wenn er von der Unrichtigkeit oder Unvollständigkeit der Angaben bzw. vom Eintritt des Versicherungsfalles Kenntnis hatte oder wenn die unrichtige oder unvollständige Anzeige ohne Verschulden des Versicherungsnehmers erfolgt ist.

(4) Tritt der Versicherer zurück, nachdem ein Versicherungsfall eingetreten ist, so bleibt die Verpflichtung zur Leistung 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 Versicherer kann jedoch die Rückzahlung solcher Behandlungskosten verlangen, die er zur Behandlung von Erkrankungen oder Verletzungen erbracht hat, in Ansehung deren die Anzeigepflicht verletzt wurde.

(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 ist der Rücktritt auf diese beschränkt. Der Versicherungsnehmer hat in diesem Fall das Recht, innerhalb eines Monats nach Erhalt der Rücktrittserklärung den Versicherungsvertrag mit sofortiger Wirkung zur Gänze zu kündigen.

(7) Das Recht des Versicherers, den Versicherungsvertrag 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. 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 drei Monaten kündigen.

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 Umfanges des Versicherungsschutzes erforderlich ist. Dies umfasst auch die Verpflichtung des Versicherten (Mitversicherten), auf Verlangen des Versicherers **geforderte Unterlagen diesem zur Verfügung zu stellen.**

(10) Wird für eine versicherte Person bei einem anderen Versicherer ein Interesse gegen dieselbe Gefahr versichert, so ist der Versicherer vom weiteren Versicherungsvertrag unverzüglich zu informieren.

D Folgen der Verletzung von Pflichten während des Bestehens des Versicherungsvertrages

(11) Erfüllt der Versicherungsnehmer oder der Versicherte (Mitversicherte) die Auskunftspflicht des § 10 C Abs (9) nicht, so wird die Versicherungsleistung erst mit Erfüllung der Auskunftspflicht fällig. Hat die Nicht-Erfüllung der Auskunftspflicht weder auf die Feststellung des Versicherungsfalles noch auf die Feststellung oder den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung Einfluss, so bleibt der Versicherer zur Leistung verpflichtet.

E Anzeigepflicht hinsichtlich des Wohnorts

(12) Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer jede Verlegung seines Wohnsitzes oder des Wohnsitzes einer mitversicherten Person unverzüglich zu melden. Dies gilt insbesondere im Fall der Wohnsitzverlegung an einen Ort außerhalb der Autonomen Provinz Bozen-Südtirol bzw. in einen anderen Staat. Unbeschadet der Beendigung des Vertrags gem. § 14 (3) haftet der Versicherungsnehmer für alle eventuellen nachteiligen Folgen (Verwaltungsstrafen, Schäden), die dem Versicherer aufgrund der unterlassenen Mitteilung der Wohnsitzverlegung in einen anderen Staat entstehen.

§ 11 Subsidiaritätsklausel/Anspruch gegen Dritte

(1) Versicherungsleistungen werden nur erbracht, soweit der Versicherungsnehmer (Versicherte) nicht aus anderen privatrechtlichen Versicherungsverträgen eine Leistung erhält. Die Versicherungsleistung unter diesem Versicherungsvertrag ist daher **nachrangig**.

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

(5) 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 Versicherungsnehmer kann den Versicherungsvertrag **zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer **Kündigungsfrist von 60 Tagen** kündigen.**

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

(3) 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.

(4) Werden vom Versicherer Prämien einseitig erhöht oder Leistungen einseitig vermindert [§ 10 B Abs (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.**

(5) Wird ein Versicherungsnehmer oder ein Versicherter (Mitversicherter) in eine Pflegeanstalt für chronisch Kranke, in ein Pflegeheim oder in eine dauerhafte häusliche Pflegebetreuung aufgenommen, so hat der Versicherungsnehmer das Recht, den Versicherungsvertrag **zum Ende des Monats zu kündigen, in welchem er die **Aufnahme in eine solche Anstalt bzw. Übernahme nachweist.****

(6) Ferner kann der Versicherungsvertrag im Falle der Arbeitslosigkeit des Versicherungsnehmers hinsichtlich seiner Person oder zur Gänze gekündigt werden. Im Falle der Arbeitslosigkeit des Versicherten (Mitversicherten) kann der Versicherungsvertrag nur hinsichtlich dieses Versicherten (Mitversicherten) gekündigt werden. Hierfür sind jeweils eine **Bestätigung des Arbeitsmarktservice oder ein **Versicherungsdatenauszug** oder andere, von öffentlichen Behörden erlassene Bestätigungen zur Arbeitslosigkeit vorzulegen. Nach Übermittlung dieser Nachweise wird die Beendigung des Versicherungsvertrages zu dem auf den Übermittlungszeitpunkt folgenden Monatsletzten ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist durchgeführt.**

(7) Im Falle der Kündigung wird kein Rückkaufswert ausbezahlt. Es besteht somit auch kein Anspruch auf die anteilige Altersrückstellung.

§ 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) in der Krankenversicherung 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 gegebenen zumutbaren Verhaltensmaßregeln vorsätzlich oder grob fahrlässig nicht Folge leistet.

(3) Kündigt der Versicherer nach Abs. (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

Einzelversicherung

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

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

(3) **Durch Verlegung des Hauptwohnsitzes des Versicherungsnehmers oder des Versicherten ins Ausland (außerhalb des Gebietes der Autonomen Provinz Bozen-Südtirol) endet der Versicherungsvertrag mit Ende des Monats, in dem der Verzug ins Ausland durch entsprechende Belege nachgewiesen wird, sofern nicht eine andere Vereinbarung getroffen wurde.** Betrifft die Verlegung des Hauptwohnsitzes nur einen Versicherten, endet der Versicherungsvertrag nur hinsichtlich dieser Person. **Die Bestimmungen des Abs. (1) gelten sinngemäß.**

(4) Das Ende des Versicherungsvertrags infolge von Rücktritt des Versicherers wegen Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht (§ 10), Nichtzahlung der Erstprämie [§ 9 Abs. (4)] oder Kündigung aus anderem wichtigen Grund [z. B. § 12 Abs. (3) und § 13 Abs. (2)] beendet auch das Versicherungsverhältnis gegenüber den anderen Versicherten. Endet der Versicherungsvertrag aus anderen als den vorgenannten Gründen sind die Versicherten entsprechend Absatz (1) **binnen zweier Monate** berechtigt, **die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses als neue Versicherungsnehmer ab dem Beendigungstermin zu erklären.**

B Gruppenversicherung

(5) Wird mit der Antragstellung die Aufnahme in eine Gruppenversicherung begehrt, kommen die nachfolgenden Regelungen zur Anwendung.

(6) Mit Aufnahme in eine Gruppenversicherung hat der Versicherungsnehmer Anspruch auf die im jeweiligen Gruppen-Krankenversicherungsvertrag festgelegten Sonderkonditionen (Gruppenrabatt). Abhängig vom jeweiligen Gruppen-Krankenversicherungsvertrag haben auch mitversicherte Personen einen Anspruch auf die Sonderkonditionen gemäß dem Gruppen-Krankenversicherungsvertrag.

(7) Das Ausscheiden des Versicherungsnehmers oder einer mitversicherten Person aus dem vom Gruppen-Krankenversicherungsvertrag erfassten Personenkreis ist dem Versicherer **binnen eines Monats nach dem Ausscheiden vom Versicherungsnehmer** anzugeben.

Scheidet der Versicherungsnehmer aus der Gruppenversicherung aus, so scheiden gleichzeitig auch sämtliche mitversicherte Personen aus dem Gruppen-Krankenversicherungsvertrag aus. Das Ausscheiden aus dem Gruppen-Krankenversicherungsvertrag führt zum Verlust der gewährten Sonderkonditionen.

Mit Kündigung des Gruppen-Krankenversicherungsvertrags durch den Versicherer oder die Gruppenspitze erlischt auch der Anspruch auf die darin gewährten Sonderkonditionen. Abgesehen davon kann der Gruppen-Krankenversicherungsvertrag noch weitere Fälle vorsehen, in denen es zu einer Minderung oder einem Erlöschen des Anspruchs auf die Sonderkonditionen kommt (z.B. wenn die Zahl der Versicherten unter die im

Gruppen-Krankenversicherungsvertrag vereinbarte Mindestanzahl sinkt). Hinsichtlich dessen, wird auf die Regelung des jeweiligen Gruppen-Krankenversicherungsvertrages verwiesen.

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 der Erklärung an die letzte dem Versicherer bekannte Anschrift.

§ 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, der versicherten Personen und 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. Für den Fall, dass zwingende Regelungen des italienischen Rechts für den Versicherungsnehmer oder den Versicherten günstiger sind, gehen diese dem österreichischen Recht vor.

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

A Leistungs- und Prämienanpassung

(1)

Das Versicherungsunternehmen ist berechtigt, die Prämie oder den Versicherungsschutz nach Vertragsabschluss einseitig zu ändern, wenn dies aufgrund von „maßgebenden Umständen“ erforderlich ist. Dies erfolgt durch Anpassung der Prämienhöhe, der Versicherungs- bzw. Leistungssumme und/oder der Selbstbehalte. Als maßgebende Umstände für die Anpassung gilt die Veränderung eines der folgenden Faktoren:

a) Kosten im Gesundheitswesen, die sich aus dem aktuellen Verbraucherpreisindex für alle privaten Haushalte (NIC) des zentralen Statistikinstituts (ISTAT) ergeben. Dabei werden insbesondere die folgenden Indexziffern in Bezug auf das Gesundheitswesen (06) herangezogen: „Medical Products, Appliances and Equipment“ (06.1), „Out-Patient Service“ (06.2) sowie „Hospital Services“ (06.3).

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

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

c) Häufigkeit der Inanspruchnahme von Leistungen im tariflich vorgesehenen Ausmaß sowie der entsprechende Aufwand, in Bezug auf den jeweilig zu diesem Tarif Versicherten. Hierfür wird ein Maximalprozentsatz von 2,5% herangezogen.

d) Entgelt für die Inanspruchnahme der im Versicherungsvertrag genannten Einrichtungen des Gesundheitswesens, das gesetzlich oder behördlich festgelegt bzw. zwischen dem Versicherer und der betreffenden Einrichtung vertraglich vereinbart wird .

Für den Fall, dass eine der in lit. a) genannten Indexziffern nicht mehr verfügbar ist, wird der Versicherer Sie **darüber informieren und** für die Anpassung eine **gleichwertige Berechnungsgrundlage** heranziehen. Die jährliche Anpassung berechnet sich aus der Summe der vorstehenden maßgebenden und konkret anwendbaren Umstände.

(2) Die Versicherungsprämie (Gesamtprämie) setzt sich zusammen aus der tariflichen Grundprämie sowie aus etwaigen Risikozuschlägen, Rabatten und etwaigen Ergänzungstarifen. Bei Abschluss eines Ergänzungstarifs kann es zu einer zusätzlichen 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. Diese bildet dann wieder die neue Basis für etwaige Rabatte und Risikozuschläge.

(3) Die Erklärung der Änderung der Prämie oder des Versicherungsschutzes gemäß Abs. 1 **wirkt ab dem in der Anpassungspolizze genannten Zeitpunkt**.

(4) Der Versicherungsnehmer ist berechtigt, der Anpassung **innerhalb eines Monats ab Erhalt der Anpassungspolizze, zu widersprechen**. Dieser Widerspruch erfolgt durch **Unterfertigung eines entsprechenden Vermerks auf der Anpassungspolizze 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 oder ganz vom Vertrag zurückzutreten**. Erfolgt der Widerspruch bei der Gruppenversicherung seitens eines einzelnen Versicherten hinsichtlich seiner Person und/oder eines Mitversicherten, so **entfällt der für den Gruppenversicherungsvertrag vereinbarte Rabatt für alle Mitversicherten**.

(5) Die vorstehenden **Absätze 3 und 4 gelten nicht für eine Anhebung der Prämie auf der Grundlage einer zwischen dem Versicherungsnehmer (Versicherten) und dem Versicherer getroffenen Vereinbarung, 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 (bei Umstellung auf die Erwachsenenprämie, wobei dieses Lebensalter nicht über 19 Jahren liegen darf [Abs. 11])**.

(6) Der Widerspruch kann 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 wieder in Kraft.

(7) Änderungen der Prämie oder des Versicherungsschutzes gemäß Abs. 1 können zu folgenden Stichtagen erfolgen: 1. Jänner, 1. April, 1. Juli, 1. Oktober.

B Umstellung von der Kinder- zur Erwachsenenprämie

(8) Allein und mitversicherte Kinder zahlen bis zur Erreichung des versicherungstechnischen Alters von 19 Jahren nur die Kinderprämie. **Während der Dauer der Zahlung der Kinderprämie besteht nur Anspruch auf Leistungen in dem für Kinder vorgesehenen Ausmaß**.

(9) Der Versicherungsnehmer kann die Umstellung auf die Erwachsenenprämie für das allein oder mitversicherte Kind beantragen. Die Umstellung erfolgt zum der Beantragung folgenden Monatsersten. **Nach erfolgter Umstellung auf die Erwachsenenprämie ist eine Rück-Umstellung auf die Kinderprämie nicht mehr möglich**. Die in § 4 genannten Wartezeiten beginnen mit der Umstellung auf die Erwachsenenprämie nicht neu zu laufen. Sollte bei Beantragung der Umstellung auf die Erwachsenenprämie bei dem versicherten Kind eine **Schwangerschaft bestehen**, so ist eine Umstellung **nur mit gesonderter Vereinbarung möglich**.

(10) Hat ein allein oder mitversichertes Kind das versicherungstechnische Alter von 19 Jahren erreicht, so wird die Prämie ab dem nächstfolgenden Monatsersten, in dem das versicherungstechnische Alter von 19 Jahren erreicht wird, auf denjenigen Betrag angehoben, den der betreffende Tarif für Versicherte vorsieht, die mit diesem Alter in die Versicherung eintreten (Erwachsenenprämie). Von einer solchen Prämienanhebung wird der Versicherer den Versicherungsnehmer mindestens sechs Wochen vor Wirksamkeit der Anhebung unter Bekanntgabe der angehobenen Prämie verständigen und ihm die Möglichkeit einräumen, den Versicherungsvertrag vom Zeitpunkt des Erhalts der Verständigung binnen 30 Tage zu kündigen, ohne dass die Prämienanhebung wirksam wird. Die in § 4 genannten Wartezeiten beginnen mit der Umstellung auf die Erwachsenenprämie nicht neu zu laufen.