

ANMELDUNG ZUR KRANKENKOSTENVERSICHERUNG § 48B

An die
 Ärztekammer Salzburg
 Wohlfahrtsfonds
 Faberstraße 10
 5020 Salzburg

Sie können den Antrag gerne auch via Fax (0662 871327-10) oder eingescannt via Email (schoepf@aeksbg.at) übermitteln

Antragssteller/in Anspruchsberechtigter – Versicherungsnehmer P1

Titel und Nachname	
Vorname	
Straße	
PLZ und Ort	
Sozialversicherungsnummer	
Geburtsdatum	
Telefonnummer	
Email	

Mitzuversichernde Personen – Partner und Kinder P2 bis Pn

Anmerkung: Ehe bzw. Ehegatte/Gattin wird der Eingetragenen Partnerschaft bzw. dem eingetragenen Partner/in gleichgestellt.

Ehegatte/Ehegattin in aufrechter Ehe	
Sozialversicherungsnummer inkl. Geburtsdatum	

Ich bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben. Ich bestätige den Erhalt der allgemeinen und besonderen Versicherungsbedingungen und des Vertragskrankenhausverzeichnisses. Alle diese Informationen sind auch auf der Homepage der Ärztekammer für Salzburg als Download verfügbar.

 Ort und Datum

 Unterschrift Antragsteller

Wenn auch Kinder mitzuversichern sind:

Personaldaten Kinder

Nachname, Vorname	
Sozialversicherungsnummer bzw. Geburtsdatum	

Nachname, Vorname	
Sozialversicherungsnummer bzw. Geburtsdatum	

Nachname, Vorname	
Sozialversicherungsnummer bzw. Geburtsdatum	

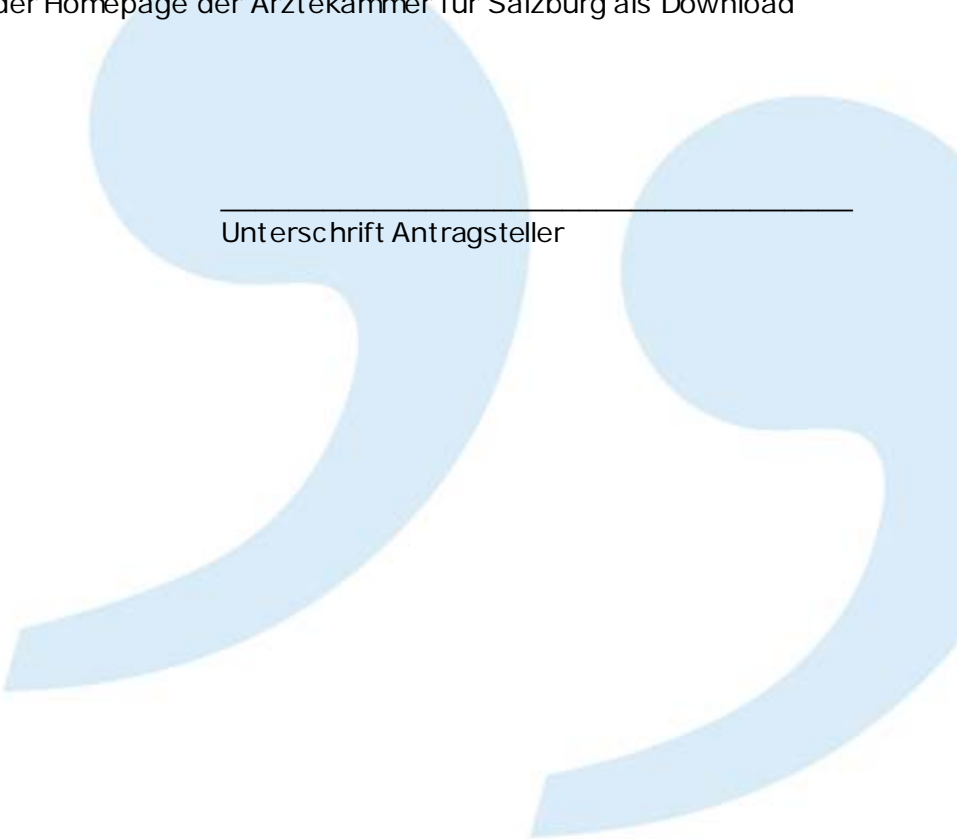
Nachname, Vorname	
Sozialversicherungsnummer bzw. Geburtsdatum	

Anmeldung bzw. Versicherungsbeginn (Immer Monatserster!)	
--	--

Ich bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben. Ich bestätige den Erhalt der allgemeinen und besonderen Versicherungsbedingungen und des Vertragskrankenhausverzeichnisses. Alle diese Informationen sind auch auf der Homepage der Ärztekammer für Salzburg als Download verfügbar.

Ort und Datum

Unterschrift Antragsteller



Informationen und relevante Satzungsbestimmungen

§ 48b der Satzung:

Krankenunterstützung gem. § 106 Abs.7 ÄrzteG - Krankenkostenversicherung

(1) Teilnehmer an dieser Leistung sind Fondsteilnehmer, welche den ärztlichen Beruf ausschließlich als niedergelassene Ärzte (§ 45 Abs.2 ÄrzteG) oder als Wohnsitzärzte (§ 47 Abs.1 ÄrzteG) ausüben, es sei denn, dass eine gesetzliche Krankenversicherung oder eine Selbstversicherung nach § 16 ASVG besteht oder der Fondsteilnehmer sich für die Versicherungen gem. §§ 14a oder 14b GSVG nach den Bestimmungen des § 2 Abs.1 Z.4 GSVG entschieden hat, und dies jeweils der Ärztekammer durch Vorlage einer Bestätigung des zuständigen Krankenversicherungsträgers nachgewiesen wird, wobei diese Ausnahme für die Dauer des Bestehens einer solchen Versicherung gilt.

(2) Die Bestimmungen des Abs.1 gelten sinngemäß auch für die nachstehenden Personen:

1. Ehegatten der Teilnehmer,
2. Kinder der Teilnehmer unter den in § 34 genannten Voraussetzungen,
3. Bezieher einer Alters- oder Invaliditätsversorgung gem. § 27 Abs.1 Z.1 und 2 einschließlich deren Ehegatten und Kinder unter den in § 34 genannten Voraussetzungen.
4. Bezieher einer Witwen- oder Witwerversorgung gem. § 27 Abs.1 Z.4a einschließlich deren Kinder, denen eine Waisenversorgung gem. § 27 Abs.1 Z.4b gewährt wird, bzw. Bezieher einer solchen.

(3) Der Versicherungsschutz umfasst im Leistungsfall die Inanspruchnahme der Allgemeinen Gebührenklasse bei stationärem Aufenthalt in einer Krankenanstalt und ambulanter ärztlicher Leistungen, wobei die Höhe der Beiträge und die Versicherungsbedingungen durch einen Gruppenvertrag geregelt sind, der von der Ärztekammer Salzburg mit Versicherungsunternehmen abzuschließen ist.



Vereinbarung zur Form von Erklärungen und anderen Informationen

Schriftform: Folgende Erklärungen und Mitteilungen des Versicherungsnehmers bzw. Versicherten oder sonstiger Dritter sind nur in Schriftform wirksam: Anträge auf Änderung des Tarifs, Kündigungen, Widersprüche, Anträge auf Ruhendstellung des Versicherungsvertrages, Abtretungserklärungen, Anzeigen des Wegfalls des versicherten Interesses / Risikos, Anträge auf Änderung des Anspruchsberechtigten für den Erhalt von Versicherungsleistungen (z. B. Bezugsrechtsänderung) sowie sämtliche Erklärungen und Anträge im Zusammenhang mit der Leistungsabwicklung bzw. Auszahlung von Versicherungsleistungen. Schriftform bedeutet, dass dem Erklärungsempfänger das Original der Erklärung mit eigenhändiger Unterschrift des Erklärenden zugehen muss.

Geschriebene Form: Für alle anderen Erklärungen und Informationen des Versicherungsnehmers bzw. Versicherten oder sonstiger Dritter im Zusammenhang mit den beantragten Versicherungen genügt es zur Wirksamkeit, wenn sie in geschriebener Form erfolgen und zugehen. Der geschriebenen Form wird durch einen Text in Schriftzeichen, aus dem die Person des Erklärenden hervorgeht (z. B. Telefax oder E-Mail), entsprochen. Bloß mündlich oder schlüssig abgegebene Erklärungen und Informationen des Versicherungsnehmers, des Versicherten oder sonstiger Dritter sind nicht wirksam.

Der Antragsteller ist mit dieser Vereinbarung ausdrücklich einverstanden. (Person 1)

- Die zu versichernde Person ist mit dieser Vereinbarung ausdrücklich einverstanden. (Person 2)**
- Die zu versichernde Person ist mit dieser Vereinbarung ausdrücklich einverstanden. (Person 3)**
- Die zu versichernde Person ist mit dieser Vereinbarung ausdrücklich einverstanden. (Person 4)**
- Die zu versichernde Person ist mit dieser Vereinbarung ausdrücklich einverstanden. (Person 5)**

Einwilligungserklärung

Allgemeine Hinweise zur Datenverarbeitung

Der Antragsteller und die zu versichernden Personen bestätigen die Kenntnisnahme der umseitigen **Datenschutzbestimmungen** und dass ihre angegebenen personenbezogenen Daten für die darin dargestellten Zwecke ermittelt und automationsunterstützt gem. Art 6 Abs. 1 lit b DSGVO verarbeitet werden.

Für jede darüber hinausgehende Nutzung der personenbezogenen Daten und die Erhebung zusätzlicher Informationen bedarf es regelmäßig der Einwilligung des Betroffenen. Eine solche Einwilligung können Sie im folgenden Abschnitt freiwillig erteilen.

1. Zustimmung zur weiteren Nutzung der Daten

Der Antragsteller und die zu versichernden Personen willigen im Sinne des Datenschutzgesetzes bzw. der EU- Datenschutz-Grundverordnung und des Telekommunikationsgesetzes ausdrücklich ein, dass bekannt gegebene Daten (auch die E-Mail-Adresse; nicht jedoch besondere Kategorien personenbezogener Daten wie beispielsweise Gesundheitsdaten) von der Merkur Versicherung AG und ihren österreichischen Konzerngesellschaften entsprechend der Zustimmungserklärung in Punkt 1.2. der Datenschutzbestimmungen zu Werbezwecken, zur Beratung und Betreuung über Versicherungsprodukte, zur Markt- und Meinungsforschung und zur Übermittlung von Informationen über Produkte und Marketingaktionen der Konzern- und Partnergesellschaften (siehe Liste auf www.merkur.at/partner) verwendet werden dürfen.

Diese Zustimmung kann jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft per E-Mail an datenschutz@merkur.at oder mittels Brief an die Merkur Versicherung AG, Conrad-von-Hötzendorfstraße 84, 8010 Graz widerrufen werden.

Der Antragsteller ist mit dieser Vereinbarung ausdrücklich einverstanden. (Person1)

- Die zu versichernden Person ist mit dieser Vereinbarung ausdrücklich einverstanden. (Person2)
- Die zu versichernde Person ist mit dieser Vereinbarung ausdrücklich einverstanden. (Person3)
- Die zu versichernde Person ist mit dieser Vereinbarung ausdrücklich einverstanden. (Person4)
- Die zu versichernde Person ist mit dieser Vereinbarung ausdrücklich einverstanden. (Person5)

2. Zustimmung zur Ermittlung und Übermittlung von Gesundheitsdaten im Zuge des Vertragsabschlusses und im Versicherungsfall

Der Antragsteller und die zu versichernden Personen

- willigen ausdrücklich entsprechend Punkt 1.3. der **Datenschutzbestimmungen** ein, dass der Versicherer zur Beurteilung, ob und zu welchen Bedingungen dieser Versicherungsvertrag abgeschlossen oder geändert wird bzw. zur Beurteilung und Erfüllung von Ansprüchen aus einem konkreten Versicherungsfall und zur Überprüfung erbrachter Behandlungsleistungen personenbezogene Gesundheitsdaten durch unerlässliche Auskünfte von den untersuchenden oder behandelnden Ärzten, Krankenanstalten, sonstigen Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge, den bekannt gegebenen Sozialversicherungsträgern sowie versicherungs-spartenübergreifend Gesundheitsdaten die Person des Antragstellers/die zu versichernden Personen betreffend, welche der Merkur Versicherung AG evident sind, ermitteln darf;
- erteilen den Auftrag zur Direktverrechnung und stimmen ausdrücklich zwecks Einholung der Deckungszusage und zwecks Abrechnung und Überprüfung der Leistungen der Ermittlung notwendiger Gesundheitsdaten im Umfang des Punkt 1.3.3 der **Datenschutzbestimmungen** zu;
- entbinden die im Punkt 1.3.2. der **Datenschutzbestimmungen** genannten Befragten im Voraus von der ärztlichen und einer sonstigen beruflichen Schweigepflicht im Umfang der Zustimmungserklärung und des Direktverrechnungsauftrags gemäß Punkt 1.3.3 der „**Datenschutzbestimmungen**“;
- haben die Folgen Ihrer Zustimmung verstanden und haben den Hinweis auf das Recht zur Zustimmung im Einzelfall gem. § 11a VersVG (Punkt 1.3. der **Datenschutzbestimmungen**) und die damit einhergehenden Folgen zur Kenntnis genommen.

Diese Zustimmung kann jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft per E-Mail an merkur@merkur.at oder mittels Brief an die Merkur Versicherung AG, Conrad-von-Hötzendorfstraße 84, 8010 Graz widerrufen werden.

Der Antragsteller ist mit dieser Vereinbarung ausdrücklich einverstanden. (Person1)

- Die zu versichernden Person ist mit dieser Vereinbarung ausdrücklich einverstanden. (Person2)**
- Die zu versichernde Person ist mit dieser Vereinbarung ausdrücklich einverstanden. (Person3)**
- Die zu versichernde Person ist mit dieser Vereinbarung ausdrücklich einverstanden. (Person4)**
- Die zu versichernde Person ist mit dieser Vereinbarung ausdrücklich einverstanden. (Person5)**

Der Antragsteller bestätigt, dass er beim Erstkontakt die Information zum Datenschutz gem. Art. 13ff EU- Datenschutzgrundverordnung erhalten hat.

Mit meiner Unterschrift willige ich ausdrücklich ein, dass sämtliche, diesen Versicherungsvertrag betreffende Korrespondenz, wie beispielsweise Polizze, Rückfragen zu diesem Antrag, Abrechnungsschreiben udgl., auch wenn diese besondere Kategorien personenbezogener Daten (z.B. Gesundheitsdaten) enthält, über den Versicherungsnehmer als Vertragspartner des Versicherungsunternehmens abgewickelt wird.

Ich kann diese Einwilligung jederzeit schriftlich, per Post an Merkur Versicherung AG, A-8010 Graz, Conrad-von-Hötzendorfstraße 84, oder per E-Mail an datenschutz@merkur.at widerrufen.

Ich nehme zur Kenntnis, dass ein Widerruf ausschließlich für die Zukunft gilt und die Trennung des gegenständlichen gemeinsamen Versicherungsvertrages in Einzelverträge zur Folge hat. Darüber hinaus nehme ich zur Kenntnis, dass diese Trennung den Wegfall etwaiger, mit der Verbindung der Verträge in Zusammenhang stehender Rabatte und damit eine Änderung der Prämie mit sich ziehen kann.

_____ Ort, Datum	_____ Unterschrift der mitzuversichernden Personen ggf. als gesetzliche/r Vertreter	_____ Unterschrift Antragsteller (Vers.-Nehmer) ggf. als gesetzliche/r Vertreter
---------------------	---	--

1. Datenschutzbestimmungen

1.1. Verwendung personenbezogener Daten (Hinweis gemäß Art 13 ff DS-GVO)

Die Ermittlung und die Verwendung der von Ihnen bekannt gegebenen Daten erfolgt zu Zwecken der Verwaltung und Kundenbetreuung automatisiert. Dazu zählt die Prüfung und Polizzierung Ihres Antrages, die allgemeine Verwaltung Ihres Vertrages sowie die Bearbeitung im Versicherungsfall (zur Feststellung des Schadens und des Leistungsanspruchs). Bei Zustimmung zur weiteren Nutzung der Daten werden die Daten entsprechend den in der Zustimmungserklärung angeführten Zwecken ermittelt und verwendet.

Soweit es für die genannten Zwecke erforderlich ist, werden ermittelte und verarbeitete Daten auch unter Berücksichtigung eines angemessenen technischen Schutzniveaus an Dritte übermittelt, z.B. an Ärzte, Banken, Reparaturdienstleister, andere Versicherer, Rückversicherungsunternehmen, Vermittler, Behörden, Sachverständige sowie bei Zustimmung auch an die österreichischen Konzernunternehmen Merkur Lifestyle GmbH und Metis Invest GmbH.

Besondere Kategorien personenbezogener Daten (etwa Gesundheitsdaten) werden jedoch nur mit gesonderter, ausdrücklicher Zustimmung übermittelt.

1.2. Zustimmung zur weiteren Nutzung der Daten

Im Falle der Einwilligung, stimmen der Antragsteller und die zu versichernden Personen im Sinne der EU-Datenschutzgrundverordnung, des Datenschutzgesetzes und des Telekommunikationsgesetzes zu, dass Vertragsdaten (Art des Vertrages, Laufzeit, Versicherungs-summe) und von ihnen bekannt gegebene personenbezogene Daten (Name, Adresse, Geburtsdatum, E-Mail, Telefonnummer) genutzt werden können, um per Werbepost, per E-Mail oder telefonisch, über Versicherungsprodukte und Marketingaktionen der Merkur bzw. über Gesundheits- und Finanzdienstleistungen unserer österreichischen Konzernunternehmen Merkur Lifestyle GmbH und Metis Invest GmbH informiert und diesbezüglich auch entsprechend beraten und betreut werden zu können, wobei erhaltene Antworten bei Umfragen nicht an Dritte weitergegeben oder veröffentlicht werden und nicht zusammen mit E-Mail-Adressen oder sonstigen personenbezogenen Daten gespeichert werden.

Diese Zustimmung kann jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft per E-Mail an merkur@merkur.at oder mittels Brief an die Merkur Versicherung AG, Conrad-von-Hötzendorfstraße 84, 8010 Graz widerrufen werden. Ebenso können Sie einen Widerruf Merkur Kundenportal unter den Benutzereinstellungen durchführen (www.portal.merkur.at).

1.3. Personenbezogene Gesundheitsdaten

1.3.2. Vorvertragliche Anzeigepflicht

Unrichtige oder unvollständige Angaben können zum Rücktritt des Versicherers vom Versicherungsvertrag und zu Leistungsfreiheit führen. Bitte beachten Sie daher die folgenden Hinweise:

Der Antragsteller ist gemäß § 16 Versicherungsvertragsgesetz (VersVG) verpflichtet, die im Antrag gestellten Gesundheitsfragen richtig und vollständig zu beantworten. Unvollständige oder unrichtige Angaben hindern den Versicherer, die Gesundheitsverhältnisse der zu versichernden Person richtig einzuschätzen. Bei schuldhafter Verletzung dieser Pflicht kann der Versicherer unter den in §§ 16 ff VersVG bestimmten Umständen vom Vertrag zurücktreten oder in anfechten und gegebenenfalls die Leistung verweigern.

Mitteilungsobliegenheit des VN hinsichtlich erteilter und widerrufenen Vertretungsvollmachten

Der Antragsteller und die zu versichernden Personen verpflichten sich, den Versicherer zu informieren, wenn ein Dritter mit der Vertretung gegenüber dem Versicherer bevollmächtigt wird. Diesfalls ist auch der Umfang der Vollmacht bekanntzugeben. Weiters ist der Versicherer auch über den Widerruf einer erteilten Vollmacht umgehend zu informieren.

1.3.2. Zustimmung zur Ermittlung und Übermittlung von Daten

• bei Vertragsabschluss

Der Antragsteller und die zu versichernden Personen stimmen zu, dass der Versicherer zur Beurteilung, ob und zu welchen Bedingungen dieser Versicherungsvertrag abgeschlossen oder geändert wird, personenbezogene Gesundheitsdaten durch unerlässliche Auskünfte von den untersuchenden oder behandelnden Ärzten, Krankenanstalten, sonstigen Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge, den bekannt gegebenen Sozialversicherungsträgern sowie versicherungsspartenübergreifend Gesundheitsdaten die Person des Antragstellers/ die zu versichernden Personen betreffend, welche der Merkur Versicherung AG evident sind, ermitteln darf.

Unerlässliche Auskünfte im Sinne des vorstehenden Absatzes sind die zur Vertragsbeurteilung erforderlichen Auskünfte und Unterlagen der genannten Ärzte und Einrichtungen. Davon umfasst sind die zu dieser Beurteilung erforderlichen medizinischen Unterlagen (Anamnese, Entlassungsberichte, sämtliche diagnostische Befunde, Infusionsblatt, klinische oder ärztliche Aufnahme- und Behandlungsdaten, wobei in Einzelfällen auch mit weniger Unterlagen das Auslangen gefunden werden kann). Ebenso darf der Vermittler des Versicherungsvertrages über diese Gesundheitsinformationen, sofern diese für den Vertragsabschluss relevant sind, Einsicht erlangen.

Diese Zustimmung kann jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Ein Widerruf kann jedoch zur Folge haben, dass sich der Versicherer die Einholung weiterer Unterlagen vorbehält oder den Antrag ablehnt, da eine Bearbeitung des Antrags ohne ausreichende Informationen nicht mehr möglich sein kann.

• im Versicherungsfall

Der Antragsteller und die zu versichernden Personen stimmen zu, dass der Versicherer zur Beurteilung und Erfüllung von Ansprüchen aus einem konkreten Versicherungsfall und zur Überprüfung erbrachter Behandlungsleistungen personenbezogene Gesundheitsdaten durch unerlässliche Auskünfte von untersuchenden oder behandelnden Ärzten, Krankenanstalten oder sonstigen Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge sowie versicherungsspartenübergreifend Gesundheitsdaten die Person des Antragstellers / die zu versichernden Personen betreffend, welche der Merkur Versicherung AG evident sind, ermitteln darf.

Unerlässliche Auskünfte im Sinne des vorstehenden Absatzes sind die im Einzelfall zur Beurteilung der Leistungspflicht erforderlichen Auskünfte über die mit dem konkreten Versicherungsfall im Zusammenhang stehenden Krankheiten, Unfallfolgen und Gebrechen von den genannten Ärzten, Krankenanstalten sowie sonstigen Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge. Davon umfasst sind die zur Beurteilung unerlässlichen medizinischen Unterlagen (Daten zum Grund der stationären Aufnahme oder ambulanten Behandlung, zu allfälligen Unfallgründen, zur erbrachten Behandlungsleistung, über die Aufenthalts- oder Behandlungsdauer sowie zur Behandlungsentlassung oder -beendigung; etwa Anamnese der aktuellen Behandlung/ Aufnahme und Statusblatt, Fieberkurve mit Infusionsplan, sämtliche diagnostische Befunde, OP Bericht, ärztlicher Verlaufsbericht, Anästhesieprotokoll, Verlaufsbericht der pflegerischen Maßnahmen, Entlassungsbericht, gerichtsmedizinische Befunde, Einsatz-, Behördenprotokolle, wobei in Einzelfällen auch mit weniger Unterlagen das Auslangen gefunden werden kann).

Im Falle einer solchen Datenermittlung werden der Antragsteller und die zu versichernden Personen 14 Tage im Voraus über die beabsichtigte Datenübermittlung und deren Zweck und konkretes Ausmaß verständigt. Dieser Datenermittlung kann binnen der 14-tägigen Frist dem Versicherer gegenüber widersprochen werden.

Nach § 11a VersVG bestehen für den Antragsteller und die zu versichernden Personen auch die Möglichkeit, der Datenermittlung jeweils im Einzelfall zuzustimmen. Machen der Antragsteller und die zu versichernden Personen von diesem Recht auf Einzelfallzustimmung Gebrauch, so haben sie dies dem Versicherer in geschriebener Form mitzuteilen.

Der Antragsteller und die zu versichernden Personen nehmen zur Kenntnis, dass es dadurch zu Verzögerungen in der Leistungsfallprüfung kommen kann. Bei Widerspruch binnen 14 Tagen oder bei Verweigerung der Zustimmung im Einzelfall sind die benötigten Unterlagen vom Antragsteller, Bezugsberechtigten oder der zu versichernden Person in vollem Umfang beizubringen. Bis zum Erhalt aller benötigten Unterlagen können Leistungsansprüche nicht fällig werden.

Der Antragsteller und die zu versichernde Person stimmen zu, dass der Versicherer Auskünfte über zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles beantragte, bestehende oder beendete Personenversicherungen bei Sozialversicherungsträgern, öffentlichen Fonds zur Gesundheitsfinanzierung und privaten Versicherungsunternehmen (firmenintern versicherungsspartenübergreifend sowie firmenextern im Falle einer Doppelversicherung) zur Beurteilung der Leistungspflicht im unerlässlichen Ausmaß einholt.

Der Antragsteller und die zu versichernden Personen entbinden die bei Vertragsschluss und im Versicherungsfall befragten Personen im Voraus von der ärztlichen und sonstigen beruflichen Schweigepflichten im Umfang der Zustimmungserklärung und des Direktverrechnungsauftrags gemäß Punkt 1.3.3.

Die Merkur Versicherung AG behält sich im Falle eines Fremdverschuldens vor, Regressansprüche gegenüber dem Schädiger bzw. seiner Haftpflichtversicherung geltend zu machen. Zu diesem Zweck stimmen der Antragsteller und die zu versichernden Personen der Übermittlung von Gesundheitsdaten an den Schädiger, die gegnerische Versicherung sowie dem zuständigen Gericht zu.

1.3.3. **Datenermittlung im Rahmen der Direktverrechnung in der Krankheitskostenversicherung**

In der Krankheitskostenversicherung können Leistungen zwischen dem Versicherer und dem Gesundheitsdienstleister direkt verrechnet werden. Dies bedarf eines Auftrags des im Leistungsfall betroffenen Versicherungsnehmers oder Versicherten, welchen dieser an den Gesundheitsdienstleister erteilt. Bei Vorliegen dieses Auftrags darf der Versicherer die nachfolgenden Daten beim Gesundheitsdienstleister ohne ausdrückliche Zustimmung des Versicherungsnehmers oder Versicherten ermitteln:

- Zwecks Einholung der Deckungszusage des Versicherers: Daten über die Identität des Betroffenen, das Versicherungsverhältnis und die Aufnahmediagnose (Daten zum Grund der stationären Aufnahme oder der ambulanten Behandlung sowie zur Frage, ob der Behandlung ein Unfall zugrunde liegt);
- Zwecks Abrechnung und Überprüfung der Leistungen:
 - a) Daten über die erbrachten Behandlungsleistungen (Daten zum Grund einer Behandlung und zu deren Ausmaß) einschließlich des Operationsberichts;
 - b) Daten über die Dauer des stationären Aufenthalts oder der Behandlung;
 - c) Daten über die Entlassung oder die Beendigung der Behandlung.

Diese Datenermittlung im Rahmen der Direktverrechnung kann die betroffene Person jederzeit untersagen. Eine Untersagung könnte zur Folge haben, dass der Versicherer zumindest vorerst die Deckung verweigert und der Versicherungsnehmer oder Versicherte dadurch für diejenigen Leistungen zahlungspflichtig bleiben, die sonst gedeckt wären.

1.4. **Rechte des Betroffenen: Auskunft, Berichtigung, Löschung und Sperrung, Widerspruchsrecht, Datenübertragbarkeit, Beschwerde an Aufsichtsbehörde**

Sie sind gemäß Art 15ff DSGVO jederzeit berechtigt, gegenüber der Merkur Versicherung AG (Vertragspartner) um umfangreiche und unentgeltliche Auskunftserteilung zu den zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu ersuchen.

Gemäß Art 15 ff DSGVO können Sie jederzeit gegenüber der Merkur Versicherung AG (Vertragspartner) die Berichtigung, Löschung und Sperrung einzelner personenbezogener Daten verlangen.

Sie können darüber hinaus jederzeit ohne Angabe von Gründen von Ihrem Widerspruchsrecht Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen. Sie können den Widerruf entweder postalisch, per E-Mail oder per Fax an den Vertragspartner übermitteln. Es entstehen Ihnen dabei keine anderen Kosten als die Portokosten bzw. die Übermittlungskosten nach den bestehenden Basistarifen.

Sie haben weiters das Recht, die sie betreffenden personenbezogenen Daten, die Sie uns bereitgestellt hat, in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zu erhalten, sofern die Verarbeitung auf einer Einwilligung oder einem Vertrag beruht und dies technisch machbar ist.

Wenn Sie glauben, dass die Verarbeitung Ihrer Daten gegen das Datenschutzrecht verstößt oder Ihre datenschutzrechtlichen Ansprüche sonst in einer Weise verletzt worden sind, können Sie sich auch bei der Datenschutzbehörde beschweren.

Information zum Datenschutz

Ausführliche Datenschutzinformationen gemäß Artikel 12, 13 und 14 der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) finden Sie unter <http://www.merkur.at>. Auf Ihren Wunsch übersenden wir Ihnen diese Informationen gerne auch postalisch.

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

Merkur Versicherung AG, Conrad-von-Hötzendorfstraße 84, 8010 Graz

Telefon: +43 316 8034-0, E-Mail-Adresse (allgemein): _____

merkur@merkur.at

Für Fragen zur Verarbeitung Ihrer Daten kontaktieren Sie unseren Datenschutzbeauftragten unter der o.a. Adresse mit dem Zusatz – Datenschutzbeauftragter – oder per E-Mail unter: datenschutz@merkur.at

Zwecke für die Verarbeitung personenbezogener Daten

Vorrangiger Zweck ist die (vor)vertragliche Bedarfsanalyse, Beratung, (Versicherungs-) Vertragsanbahnung, -verwaltung und -erfüllung.

Ihre Daten werden für die Bearbeitung von Anträgen, die Risikoprüfung, die Ausstellung des Versicherungsscheines, die Verwaltung und Bearbeitung von Verträgen und Versicherungsfällen ermittelt und verarbeitet.

Wenn Sie uns diese Daten nicht oder nicht im benötigten Umfang bereitstellen, können wir das von Ihnen gewünschte Vertragsverhältnis u.U. nicht begründen oder Ansprüche aus einem Versicherungsvertrag nicht beurteilen oder erfüllen.

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre Daten für Marketingaktivitäten sowie für statistische Zwecke.

Rechtsgrundlage der Verarbeitung der Daten

Die Daten werden aufgrund der Erlaubnistatbestände nach der DSGVO, vorrangig zur Vertragserfüllung, zur Wahrung unserer berechtigten Interessen und zur Erfüllung von rechtlichen und vertraglichen Verpflichtungen verarbeitet.

Für die Verarbeitung von besonders geschützten personenbezogenen Daten, wie z.B. Ihren Gesundheitsdaten, holen wir vorher Ihre Einwilligung ein – sofern die Verarbeitung nicht zur Wahrung von Rechtsansprüchen erforderlich ist.

Kategorien von Empfängern

Soweit dies zur Vertragserfüllung erforderlich oder gesetzlich vorgeschrieben ist, übermitteln wir im Einzelfall notwendige Daten an die damit befassten Empfänger, wie Vor-, Mit- und Rückversicherer, Vermittler, externe Dienstleister, Ärzte, Krankenhäuser, Sachverständige, Sozialversicherungsträger, Aufsichts- und Finanzbehörden sowie Strafverfolgungsbehörden.

Weiters nehmen wir an Einrichtungen der Versicherungswirtschaft teil, über welche bestimmte personenbezogene Daten ausgetauscht werden (zur Unterstützung der Risikobeurteilung im Antragsfall, zur Sachverhaltsaufklärung bei der Leistungsprüfung sowie bei der Bekämpfung von Versicherungsmissbrauch).

Übermittlung an Empfänger in Drittländern

Wir übermitteln personenbezogene Daten anlassbezogen an unsere Rückversicherer.

Sollte aufgrund Ihrer Angaben im Bereich der Vorsorge- bzw. Lebensversicherung ein US-Bezug bestehen, sind wir gesetzlich verpflichtet, bestimmte personenbezogene Daten an die US-Finanzbehörde zu übermitteln.

Speicherdauer (Löschfristen)

Wir speichern Ihre personenbezogenen Daten nur solange und soweit das für die oben genannten Zwecke erforderlich ist oder wir dazu gesetzlich verpflichtet sind. Dabei berücksichtigen wir die entsprechenden Verjährungsfristen.

Rechte der betroffenen Personen

Sie haben bei Vorliegen der dafür erforderlichen Voraussetzungen folgende Rechte:

Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Beschwerderecht bei der Datenschutzbehörde sowie das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung und Datenübertragbarkeit.

Wenn die Verarbeitung auf einer Einwilligung wie der Verarbeitung von Gesundheitsdaten oder für Direktwerbung beruht, haben Sie das Recht, diese jederzeit zu widerrufen. Wir werden diese Daten dann nicht weiterverarbeiten, sofern nicht ein anderer Grund für eine rechtmäßige Verarbeitung vorliegt.

Automatisierte Entscheidungsfindung im Einzelfall

Auf Basis Ihrer Angaben zum Risiko, zu denen wir Sie bei Antragstellung befragen, entscheiden wir mitunter vollautomatisiert über das Zustandekommen des Vertrages.

Detaillierte Datenschutzinformationen finden Sie unter www.merkur.at im Bereich Datenschutz

Vereinbarung

Der Abschluss dieses Versicherungsvertrages erfolgt mit der Merkur Versicherung AG. Als Vermittler/ Betreuer des gegenständlichen Versicherungsvertrages fungiert die

PBP- Salzburg Financial Services GmbH.

Der Antragsteller und die zu versichernden Personen stimmen zu, dass ihre personenbezogenen Daten zum Zweck der Vermittlung und der weiterführenden Betreuung eines Versicherungsvertrages mit der Merkur Versicherung AG von der Ärztekammer Salzburg an die PBP – Salzburg Financial Services GmbH als Vermittler und Betreuer weitergegeben werden.

Wenn Sie keine Datenübermittlung an die PBP- Salzburg Financial Services GmbH wünschen, können Sie diese jederzeit für die Zukunft widerrufen. Dies hat zur Folge, dass Sie von der Merkur Versicherung AG direkt betreut werden.

Der Antragsteller ist mit dieser Vereinbarung ausdrücklich einverstanden. (Person 1)

- Die zu versichernde Person ist mit dieser Vereinbarung ausdrücklich einverstanden. (Person 2)**
- Die zu versichernde Person ist mit dieser Vereinbarung ausdrücklich einverstanden. (Person 3)**
- Die zu versichernde Person ist mit dieser Vereinbarung ausdrücklich einverstanden. (Person 4)**
- Die zu versichernde Person ist mit dieser Vereinbarung ausdrücklich einverstanden. (Person 5)**

Für jede weitere Datenverarbeitung wird in den folgenden Abschnitten eine gesonderte Einwilligung für die Verarbeitung der personenbezogenen Daten durch die Merkur Versicherung AG eingeholt.

_____ Ort, Datum	_____ Unterschrift der mitzuversichernden Personen ggf. als gesetzliche/r Vertreter	_____ Unterschrift Antragsteller (Vers.-Nehmer) ggf. als gesetzliche/r Vertreter
---------------------	---	--

Krankenversicherung

Satzung § 48b
Krankenkosten-
versicherung

Satzung § 48a
Übernahme der Kosten
Sonderklasse

Die Krankenversicherung im Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Salzburg umfasst grundsätzlich immer die Krankenkostenversicherung sowie die Übernahme der Kosten der Sonderklasse.

WICHTIG: die **Krankenkostenversicherung entfällt, sofern eine gesetzliche Krankenversicherung nachgewiesen werden kann**. Für Ärztinnen und Ärzte, die ein Anstellungsverhältnis aufweisen, ist diese Krankenversicherung somit obsolet.

Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, sowieso Wohnsitzärztinnen und Ärzte sind über den Wohlfahrtsfonds krankenkostenversichert, sofern keine gesetzliche Versicherung (beispielsweise bei der ÖGK oder SVS) nachgewiesen wird → „Opting Out“ Möglichkeit.

Die Satzung sieht vor, dass sowohl Mitglied, als auch Ehepartner und Kinder von den Versicherungen im Wohlfahrtsfonds erfasst werden. Der Beitritt erfolgt über Anmeldung (Anmeldeformular für Mitglied und Familienangehörige).

Krankenunterstützung gem. § 106 Abs. 7 Ärztegesetz und gem. § 48b Abs. 1 und Abs. 2 der Satzung - Krankenkostenversicherung

1) Allgemeine Rechtsgrundlagen – Versicherte Personen

Die Sozialrechtsänderungen 1998 hätten vorgesehen, dass jeder selbständig tätige Arzt/Zahnarzt in Österreich eine Pflichtkrankenversicherung nach dem GSVG (Gewerbliches Sozialversicherungsgesetz) haben muss.

Der Österreichischen Ärztekammer ist es jedoch gelungen aus dieser im Durchschnitt aller Ärzte/Zahnärzte sehr teuren Versicherungspflicht herauszukommen, in dem ein Antrag auf Ausnahme der selbständig erwerbstätigen Ärzte/Zahnärzte von der Pflichtversicherung in der Krankenversicherung nach dem GSVG gestellt wurde (so genanntes „*Opting Out*“). Diesem Antrag wurde vom Sozialministerium stattgegeben.

Um den betroffenen Ärzt-/ZahnärztInnen einen adäquaten, möglichst kostengünstigen Ersatz für die Pflichtversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung bieten zu können, hat die Vollversammlung der Ärztekammer Salzburg beschlossen, mit Wirkung ab 01.01.2001 eine Pflichtleistung des Wohlfahrtsfonds auch für den Leistungsfall der Inanspruchnahme der allgemeinen Gebührenklasse bei stationärem Aufenthalt in einer Krankenanstalt und ambulanten ärztlichen Leistungen (bei niedergelassenen Ärzt-/ZahnärztInnen) zu formulieren.

Kernpunkt ist, dass Beitragspflicht zu dieser Krankenkostenversicherung für alle ausschließlich als niedergelassene Ärzt-/ZahnärztInnen oder ausschließlich als Wohnsitzärzt-/WohnsitzzahnärztInnen tätigen Fondsmitglieder besteht, die

- keine gesetzliche Krankenversicherung (z.B. aus einer nicht (zahn)ärztlichen Tätigkeit wie Gewerbe oder Anstellung)

und/oder

- keine freiwillige Krankenversicherung bei einer gesetzlichen Krankenversicherung (ASVG oder GSVG) haben.

Dies gilt sinngemäß auch für Angehörige dieser Ärzt-/ZahnärztInnen also z.B.

- für die Ehefrau eines ausschließlich niedergelassenen Arzt-/Zahnarztes, die selbst keine gesetzliche Pflichtkrankenversicherung hat (z.B. aus einem Anstellungsverhältnis),
- für Kinder eines(r) ausschließlich niedergelassenen Ärzt-/ZahnärztInnen, die beispielsweise nicht bei der Mutter/Vater in einer gesetzlichen Pflichtkrankenversicherung mitversichert sind.

Bei Bestehen einer solchen Krankenversicherung wie oben beschrieben, besteht keine Beitragspflicht zu dieser Krankenkostenversicherung des Wohlfahrtsfonds.

Sollte sich in Ihrem Krankenversicherungsstatus etwas ändern, so ist dies dem Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Salzburg umgehend zu melden.

2) Leistungsabwicklung - Einreichung - Abrechnung

Um einerseits das Leistungsrisiko zu minimieren und andererseits keine zusätzlichen Personalkosten zu haben, wurde nach reiflicher Prüfung mit der Merkur Versicherung AG, Conrad-von-Hötzendorf Straße 84, 8010 Graz, ein Rückversicherungs- und Kooperationsvertrag abgeschlossen.

Die Merkur Versicherung AG wird aufgrund dieses Vertrages alle notwendigen Arbeiten, wie Erstellen der versicherungsmathematischen Unterlagen, Verträge mit Krankenhäusern, etc. für uns erledigen. Auch alle Leistungsfälle werden von der Merkur Versicherung AG im Namen und für Rechnung der Ärztekammer Salzburg abgerechnet.

Jede versicherte Person erhält zu diesem Zweck eine eigene Versicherungskarte, aufgrund welcher die Kostenübernahme gewährleistet ist.

Das Kammeramt übernimmt die Anmeldung bzw. Abmeldung. Weitere Fragen sind bitte direkt an die Merkur Versicherung AG, Conrad-von-Hötzendorf Straße 84, 8010 Graz
Frau Mariella Knopper
mariella.knopper@Merkur.at
0316/8034-2300 zu richten.

Bitte senden Sie die Originalrechnungen unter Bekanntgabe Ihrer Bankverbindung an:

Merkur Versicherung AG
Leistungsabteilung Krankenversicherung
Conrad-von-Hötzendorf Straße 84
8010 Graz, Tel: +43 316/8034-0

Nach Prüfung der eingelangten Rechnungen erfolgt eine Abrechnungsinformation und die Überweisung der zu leistenden Beträge.

Auch ein Einreichen via Email ist möglich:
Krankenhausrechnungen und Rechnungen über ambulante Operationen:
Email an: gv.leistung.kh.verrechnung@merkur.at
Rechnungen über ambulante Behandlungen:
Email an: gv.kunden-leistung@merkur.at

Bitte bei Übermittlungen der Rechnungen per Mail im Betreff die Polizzennummer 7-stellig ohne Punkt mit # am Beginn und am Ende wie folgt anführen: #Ihre Polizzennummer (7 Stellen)#

3) Pflichtversicherung - steuerliche Behandlung - Einhebung der Beiträge

Die Versicherung hat den Status einer Pflichtversicherung mit steuerlicher Absetzmöglichkeit nach derzeitiger Rechtslage. Die Beiträge werden analog den übrigen Fondsbeiträgen einbehalten.

Unter Bezugnahme auf die zugrunde liegenden Erlässe des Bundesministeriums für Finanzen sowie die Einkommensteuerrichtlinien EStR 2000 sind Pflichtbeiträge zu einer Krankenversicherung steuerlich insoweit zu berücksichtigen, als sie der Höhe nach den Pflichtbeiträgen zur gesetzlichen Sozialversicherung entsprechen. Aus dem arithmetischen Mittel zwischen den beiden Höchstbemessungsgrundlagen aus ASVG und GSVG ergibt sich somit die jeweilige Beitragsgrenze. Zu beachten ist, dass Steuerpflichtige, die auch Beiträge zur gesetzlichen Sozialversicherung leisten (z.B. angestellte Ärzte) die Wohlfahrtsfonds-Pflichtbeiträge zu einer Krankenversicherung nur bis zum halben Grenzbetrag berücksichtigen dürfen.

Höchstbemessungsgrundlage ASVG 2021: EUR 77.700 p.a.

Höchstbemessungsgrundlage GSVG 2021: EUR 77.700 p.a.

Der Grenzbetrag laut RZ 1247 EStR 2000 liegt somit bei EUR 495,33 p.m. bzw. EUR 5.944,05 p.a. Der halbe Grenzbetrag bei EUR 247,66 p.m.

Der Vollständigkeit halber ist festzuhalten, dass der der Höchstbeitrag bis zu maximal 20 % überschritten werden kann („Alterszuschlag“), wenn das Eintrittsalter des Steuerpflichtigen zur Krankenversicherung über 50 liegt, RZ 1261 EStR 2000.

Sind auch Angehörige durch Beitragsleistungen zu versorgen und stellen diese Beiträge Pflichtbeiträge dar, so ist pro Angehörigem eine steuerliche Anerkennung von 20 % des Höchstbetrages möglich („Angehörigenzuschlag“), RZ 1264 EStR 2000.



4) Welche Beiträge sind monatlich zu bezahlen?

Bei erstmaliger Teilnahme wird die monatliche Prämie dem tatsächlichen Lebensalter (Eintrittsalter) entsprechenden Beitrag vorgeschrieben, wobei die Wertanpassung in den Folgejahren entsprechend der dem tatsächlichen Lebensalter entsprechenden Altersstufe erfolgt.

Monatliche Beiträge gem. § 10a BO i.V.m. § 48b der Satzung

Unisex	SAEK	Unisex	SAEK
Alter	Tarifprämie Neueintritt ab 01.01.2021	Alter	Tarifprämie Neueintritt ab 01.01.2021
19	€ 142,20	50	€ 189,91
20	€ 143,34	51	€ 192,91
21	€ 144,48	52	€ 196,22
22	€ 145,60	53	€ 199,83
23	€ 146,73	54	€ 203,73
24	€ 147,85	55	€ 207,95
25	€ 148,99	56	€ 212,46
26	€ 150,39	57	€ 217,27
27	€ 151,67	58	€ 222,38
28	€ 152,90	59	€ 227,81
29	€ 154,03	60	€ 236,05
30	€ 155,21	61	€ 400,05
31	€ 156,42	62	€ 400,05
32	€ 157,73	63	€ 400,05
33	€ 159,16	64	€ 400,05
34	€ 160,71	65	€ 400,05
35	€ 162,45		
36	€ 164,38		
37	€ 166,53		
38	€ 168,93		
39	€ 171,62		
40	€ 174,56		
41	€ 176,30		
42	€ 176,69		
43	€ 177,28		
44	€ 178,18		
45	€ 179,39		
46	€ 180,89		
47	€ 182,70		
48	€ 184,79		
49	€ 187,21		

Kinder bis 25. LJ	€ 63,99
Kinder ab 26. LJ	€ 150,39

Dieses Dokument ist unverbindlich und dient ausschließlich Informationszwecken und ist nicht zur Weitergabe an Dritte bestimmt. Für Richtigkeit und Vollständigkeit kann trotz sorgfältiger Recherche sowie verlässlicher Quellen keine Haftung übernommen werden.

Besondere Versicherungsbedingungen (BVB) für die Krankheitskostenversicherung

Tarif SAEK21- für die Ärztekammer Salzburg Wertgesicherter Tarif (mit Anpassungsklausel) Erster Abschnitt - Tarifbestimmungen

Für diesen Tarif gelten, falls nicht im Folgenden Abweichendes bestimmt wird, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB-1995 / in der geltenden Fassung - in weiterer Folge AVB-1995 genannt).

Bei allen personenbezogenen Bezeichnungen gilt die gewählte Form für beide Geschlechter.

Unter Anwendung der Bestimmungen des § 1 AVB-1995 werden folgende Leistungen erbracht. Die Höhe dieser Leistungen ergibt sich aus dem zweiten Abschnitt - Leistungen. Bei diesen Leistungen handelt es sich um im Versicherungsfall vom Versicherer zu erbringende Höchstbeträge.

I. Stationäre Heilbehandlung in Krankenhäusern

A Stationäre Heilbehandlung in der Allgemeinen Gebührenklasse eines österreichischen Krankenhauses oder eines allgemein öffentlichen Krankenhauses in einem EU-Mitgliedstaat bzw. EWR-Staat (VO1408/71) und in der Schweiz

- (1) Bei stationärer Heilbehandlung in der Allgemeinen Gebührenklasse eines österreichischen Krankenhauses (auch in Krankenanstalten für Nerven- und/oder Geisteskranken für längstens 8 Wochen und in Krankenanstalten für Lungen- und TBC-Kranke für längstens 3 Monate bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung) oder eines allgemein öffentlichen Krankenhauses im europäischen Ausland übernimmt der Versicherer die durch Gesetz, Verordnung oder Vertrag festgesetzten Kosten, und zwar auch dann, wenn fallweise die tariflichen Leistungen zur vollen Kostendeckung nicht ausreichen.

- a) Die Kostenübernahme in einem österreichischen Krankenhaus erfolgt durch Ausstellung einer Kostenverpflichtungserklärung und Direktverrechnung mit der Krankenhausverwaltung.

Diese Kostendeckungszusage (und die Kostendeckungszusage für eine Begleitperson nach Pkt. C (1)) kann seitens des Versicherers frühestens zum 10. Dezember eines jeden Kalenderjahres widerrufen werden.

Der schriftliche Widerruf der Kostendeckungszusage wird nach Ablauf der im Gesetz bestimmten Frist wirksam. Er ist für solche medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlungen ohne Wirkung, die vor dem Wirksamwerden des Widerrufs begonnen haben.

- b) Die Kostenübernahme für Aufenthalte in einem EU-Mitgliedstaat bzw. EWR-Staat (VO1408/71) und in der Schweiz erfolgt nach Vorlage der Krankenhausrechnung.
- (2) Diese Zusage gilt, solange dieser Tarif gemäß § 18 AVB-1995 angepasst wird und bis zu dem Zeitpunkt, zu dem sie frühestens widerrufen werden kann und widerrufen wird.
- (3) In Abänderung der Bestimmungen des § 4(3)a) AVB-1995 beträgt die besondere Wartezeit für Schwangerschaft und Entbindung, einschließlich damit im Zusammenhang stehender Heilbehandlungen und Untersuchungen, sowie für Fehlgeburten 7 Monate.
- (4) Abweichend zu § 6(5) AVB-1995 wird vereinbart, dass für Krankheiten und Unfälle, die als Folge des Genusses von Alkohol oder Suchtgiften eintreten, sowie für Entziehungsmassnahmen und Entziehungskuren, insoweit Versicherungsschutz besteht, wenn hierfür auch nach den Bestimmungen des ASVG Versicherungsschutz gegeben wäre.

B Stationäre Heilbehandlung in der Allgemeinen Gebührenklasse eines anderen Krankenhauses

In diesen Fällen, die nicht unter Pkt. I. A fallen, werden Pflegegebühren pro Tag erbracht.

C Krankenhausaufenthalt für eine Begleitperson

- (1) Bei einem Aufenthalt des versicherten Kindes gemäß Pkt. I.A(1) werden die Kosten in voller Höhe übernommen.
- (2) Bei einem Aufenthalt des versicherten Kindes in einem anderen Krankenhaus gemäß Pkt. I. B werden die Kosten für eine Begleitperson pro Tag vergütet.

II. Ambulante Heilbehandlung in Österreich

A Arzt- und Facharztkosten (ausgenommen Zahnärzte und Dentisten)

- (1) a) für eine Arztberatung in der Sprechstunde (Ordination)
b) für einen Tagesbesuch (Visite) des Arztes oder Facharztes
c) für einen Nachtbesuch von 22.00 bis 6.00 Uhr und für einen Sonn- oder Feiertagsbesuch des Arztes oder Facharztes

werden Vergütungen pro Behandlung erbracht.

B Psychotherapeutische Behandlungen

- a) bei einem psychotherapeutischen Arzt
b) bei einem Psychotherapeuten

werden 80% der Kosten bis zu einem Höchstsatz pro Kalenderjahr erbracht.

Solche Behandlungen gelten nur dann als Versicherungsfall, wenn sie von einem Arzt oder einem Psychotherapeuten, der eine entsprechende Ausbildung nachweisen kann, durchgeführt werden.

C Operative ambulante Heilbehandlung in einer Vertragstagesklinik oder bei einem Vertragsarzt nach diesem Tarif

- (1) Bei operativer ambulanter Heilbehandlung in einer Vertragstagesklinik oder bei einem Vertragsarzt übernimmt der Versicherer anstelle aller anderen Leistungen die durch Vertrag mit der betreffenden Tagesklinik oder mit dem betreffenden Arzt festgesetzten oder vereinbarten Kosten, und zwar auch dann, wenn fallweise die tariflichen Leistungen zur vollen Kostendeckung nicht ausreichen.

Die Kosten werden direkt mit der Vertragstagesklinik bzw. dem Vertragsarzt verrechnet.

Diese Kostendeckungszusage kann seitens des Versicherers frühestens zum 10. Dezember eines jeden Kalenderjahres widerrufen werden.

Der Widerruf der Kostendeckungszusage wird nach Ablauf der im Gesetz bestimmten Frist wirksam.

Als Vertragstageskliniken gelten die im Vertragstagesklinikverzeichnis nach diesem Tarif angeführten Tageskliniken, als Vertragsärzte die in der entsprechenden Liste angeführten Ärzte und zwar solange die Kostendeckungszusage nicht widerrufen wird.

- (2) Diese Zusage gilt, solange dieser Tarif gemäß § 18 AVB-1995 angepasst wird und bis zu dem Zeitpunkt, zu dem sie frühestens widerrufen werden kann und widerrufen wird.

D Operative ambulante Heilbehandlung in anderen Tageskliniken und Arztpraxen

- (1) Bei operativer ambulanter Heilbehandlung, die nicht unter Pkt. II. C (1) fällt, werden folgende Leistungen erbracht:

- a) Operationskosten werden entsprechend dem ambulanten Operationsgruppenverzeichnis, das zum Zeitpunkt des Eintritts des Versicherungsfalles maßgebend ist, vergütet.

Werden wegen desselben Krankheitsgeschehens oder unter einer Schmerzbetäubung mehrere operative Eingriffe durchgeführt, so steht für die gemäß ambulanten Operationsgruppenverzeichnis am höchsten einzustufende Operation der volle, für jede weitere Operation der halbe Vergütungssatz zur Verfügung. Die Vergütung beträgt maximal das Doppelte des Satzes für die höchst eingestufte Operation.

Das ambulante Operationsgruppenverzeichnis wird auf Anforderung ausgefolgt.

E Hauspflegepauschale

In Abänderung der Bestimmungen des § 1(2)d) AVB-1995 gilt die Hauspflege als Versicherungsfall.

Ist im Anschluß an eine operative ambulante Heilbehandlung gemäß Pkt. II. C oder D nach ärztlicher Anordnung eine Hauspflege notwendig, wird je nach Art des chirurgischen Eingriffes ab Operationsgruppe III ein Pflegepauschale bezahlt.

F Akutversorgung

Für ambulante Akutversorgung in den Ambulatorien der Landeskrankenhäuser (ausgenommen § 46 Honorare) oder in den Ambulatorien der von der AUVA geführten Unfallkrankenhäuser werden die Kosten in voller Höhe übernommen.

G Ärztliche Sonderleistungen

- (1) Neben der tariflichen Vergütung für die Kosten der Arztberatung oder der Arztvisite werden für ärztliche Sonderleistungen 80 % der Kosten ersetzt.

- a) Sonderleistungen - diagnostisch:

EKG, EEG, Röntgen, Labor, Sonographie etc.

- b) Sonderleistungen - therapeutisch:

Injektionen, Infiltrationen, Bestrahlungen, Massagen, Bäder, physikalische Therapien, Osteopathie, Logopädie, Akupunktur, Chiropraktik, Neuraltherapie

- (2) Kosten für Vorsorgeuntersuchungen werden bis zu einem Höchstbetrag pro Kalenderjahr ersetzt.

H Arzneimittel

Für ärztlich verordnete Arzneimittel (auch homöopathische Arzneimittel) werden 80 % der Kosten ersetzt.

I Heilbehelfe, Hilfsmittel

Für Heilbehelfe (Hilfsmittel) werden 80 % der Kosten bis zu einem Höchstbetrag pro Kalenderjahr ersetzt.

Wird der Höchstbetrag ausgeschöpft, kommt ein Selbstbehalt zum Tragen.

Für ein und denselben Versicherungsfall kann die Vergütung maximal bis zum Höchstsatz erfolgen.

Danach werden die Kosten wieder zu 80 % ersetzt.

Sehbehelfe sind von dieser Regelung ausgeschlossen und werden nur bis zum Höchstsatz vergütet. Der Selbstbehalt entfällt im 1. Jahr der Praxisgründung eines Arztes.

Die Höhe des Selbstbehaltes ist im zweiten Abschnitt - Leistungen ersichtlich.

III. Ambulante Heilbehandlung in einem EU-Mitgliedstaat bzw. EWR-Staat (VO1408/71) und in der Schweiz

- (1) Für ambulante Heilbehandlung bei einem vorübergehenden Aufenthalt in einem EU-Mitgliedstaat bzw. EWR-Staat und in der Schweiz (auf Reisen, zu Studienzwecken, aus beruflichen Gründen oder zum Zweck der Arbeitssuche) werden die Kosten bis zu den Sätzen und Gebühren der gesetzlichen Sozialversicherung des jeweiligen Landes, in dem die Leistung erbracht wurde, vergütet.

- (2) Für beabsichtigte ambulante Heilbehandlung (der Auslandsaufenthalt wurde vor allem zum Zweck der ambulanten Heilbehandlung angetreten) in einem EU-Mitgliedstaat bzw. EWR-Staat (VO1408/71) und in der Schweiz werden die Kosten gemäß Pkt. II. - Ambulante Heilbehandlung in Österreich - vergütet.

IV. Krankentransportkosten

Bei einer medizinisch notwendigen Überführung in ein Krankenhaus, zu einer ambulanten Operation gemäß Pkt. II. C, D oder zu einer ambulanten Akutversorgung gemäß Pkt. II. F und bei einem notwendigen Heimtransport werden für Krankenwagen, Bahn oder Auto-taxi 80 % der Kosten bis zu einem Höchstbetrag pro Kalenderjahr ersetzt.

V. Zahnbehandlung und Zahnersatz (ausgenommen Kieferregulierung)

Unter Anwendung der Bestimmungen des § 1 AVB-1995 werden für konservierende Zahnbehandlung einschließlich Zahnextraktion und Zahnrontgen sowie für Zahnersatz 80 % der Kosten bis zu einem Höchstbetrag pro Kalenderjahr ersetzt.

VI. Rehabilitationsbehandlung

Bei stationärer Rehabilitationsbehandlung in einem inländischen Rehabilitationszentrum im Anschluß an einen stationären Krankenhausaufenthalt werden entstandene Kosten bis zu einem täglichen Höchstbetrag bis längstens 90 Tage für den Versicherungsfall der medizinisch notwendigen Rehabilitationsbehandlung übernommen.

Leistungen werden jedoch nur insoweit erbracht, als der Versicherer diese vor Beginn des stationären Rehabilitationsaufenthaltes zugesagt hat.

Das Ansuchen um die Zusage ist vom Versicherungsnehmer oder Versicherten vor Beginn des stationären Rehabilitationsaufenthaltes unter Benennung des Rehabilitationszentrums, Vorlage der vollständigen Krankengeschichte samt allfälliger Röntgenbilder sowie einem ärztlichen Gutachten, aus dem die Notwendigkeit der stationären Rehabilitationsbehandlung hervorgeht, beim Versicherer einzubringen.

VII. Burn-out Beratungsgespräch

Im Rahmen des Ärztegesundheitsprojektes der Ärztekammer für Salzburg werden die Kosten für zwei pro Kalenderjahr in Anspruch genommene Burn-out Beratungsgespräche bis zu einem Höchstbetrag vergütet.

Das Burn-out Beratungsgespräch gilt dann als Versicherungsfall, wenn es bei einem von der Ärztekammer Salzburg (Referat Ärztegesundheit) namhaft gemachten Experten (insbesondere Facharzt für Psychiatrie) durchgeführt wird.

VIII. Kostenersatz bei Organtransplantation

Bei einer medizinisch notwendigen Organtransplantation (inkl. Knochenmarkspende) werden die Anmelde- und Registrierungskosten, die Kosten der Spendersuche und der Spenderauswahl sowie die Kosten der dazugehörigen Testverfahren insgesamt bis zu einem Höchstbetrag pro Kalenderjahr ersetzt.

IX. Kinderprämie für in Ausbildung stehende Kinder

- In Abänderung der Bestimmungen des § 10(2) AVB-1995 kann für mitversicherte Kinder bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres über Antrag des Versicherungsnehmers die Kinderprämie entrichtet werden, sofern sie in Ausbildung stehen (Studium, Lehre usw.).

Das Kind muss hierbei mindestens mit einem Elternteil unter einer Polizzenummer versichert sein. Die Kinderprämie wird ab dem der Antragstellung folgenden Monatsers- ten in Rechnung gestellt. Die Ausbildung ist bei Antragstellung nachzuweisen, die Beendigung derselben ist unverzüglich bekannt zu geben.

Ein Leistungsanspruch für den Versicherungsfall der Schwangerschaft und Entbindung, einschließlich damit im Zusammenhang stehender Heilbehandlungen und Untersuchungen, sowie Fehlgeburten ist für mitversicherte Kinder dann gegeben, wenn ab Schwangerschaftsbeginn in die Erwachsenenprämie umgestellt wird.

- Wird nach Vollendung des 18. Lebensjahres die Umstellung in die Kinderprämie widerrufen, kann die Kinderprämie nicht mehr neuerlich beantragt werden.

X. Leistungs- und Prämienanpassung

Für die Leistungs- und Prämienanpassung gelten die Bestimmungen gemäß § 18 AVB-1995.

XI. Beendigung der Versicherung, Recht auf Weiterversicherung

- Wird ein Versicherter bei einer Pflichtkrankenkasse anspruchsberechtigt endet diese Versicherung mit dem Beginn der Versicherungspflicht des jeweiligen Versicherten bei einer Pflichtkrankenkasse. Der Eintritt der Versicherungspflicht ist vom Versicherungsnehmer dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.

Für solche Versicherte besteht jedoch ein Recht auf Weiterversicherung nach einem Heilkostentarif. Die Weiterversicherung muss innerhalb eines Monats nach Beendigung dieser Versicherung in unmittelbarem Anschluss an diese beantragt werden.

- Mit Vollendung des 27. Lebensjahres endet diese Versicherung für mitversicherte Kinder. Unterliegen diese Kinder keiner Versicherungspflicht bei einer Pflichtkrankenkasse, besteht das Recht auf Weiterversicherung nach einem Heilkostentarif. Die Weiterversicherung muss innerhalb eines Monats nach Beendigung dieser Versicherung in unmittelbarem Anschluss an diese beantragt werden.

Zweiter Abschnitt - Leistungen (Kostenvergütungsbeträge enthalten die gesetzlich vorgeschriebene MWSt.)

Stationäre Heilbehandlung in der Allgemeinen Gebührenklasse eines anderen Krankenhauses	Operationsgruppe V	EUR	330,00
	Operationsgruppe VI	EUR	440,00
Pflegegebühren täglich	bis EUR		375,00
Krankenhausaufenthalt für eine Begleitperson			
Kostenersatz für eine Begleitperson: pro Tag	bis EUR		70,00
Arzt- und Facharztkosten (ausgenommen Zahnärzte und Dentisten)			
Kostenersatz für Arztberatung (Ordination)	bis EUR		34,00
Tagesbesuch (Visite) eines Arztes oder Facharztes	bis EUR		50,00
Nachtbesuch eines Arztes oder Facharztes	bis EUR		74,00
Psychotherapeutische Behandlungen			
Kostenersatz			
bei einem psychotherapeutischen Arzt für 30 Minuten	bis EUR		37,00
für 60 Minuten	bis EUR		70,00
80 % der Kosten pro Kalenderjahr	bis EUR		1.500,00
bei einem Psychotherapeuten für 30 Minuten	bis EUR		20,00
für 60 Minuten	bis EUR		40,00
80 % der Kosten pro Kalenderjahr	bis EUR		750,00
Operative ambulante Heilbehandlung in anderen Tageskliniken und Arztpraxen			
Höchstsätze für Operationskosten:			
Operationsgruppe I	bis EUR		110,00
Operationsgruppe II	bis EUR		195,00
Operationsgruppe III	bis EUR		475,00
Operationsgruppe IV	bis EUR		1.125,00
Operationsgruppe V	bis EUR		1.550,00
Operationsgruppe VI	bis EUR		1.810,00
Hauspflegepauschale			
Pflegepauschale für: Operationsgruppe III	EUR		110,00
Operationsgruppe IV	EUR		182,00
Ärztliche Sonderleistungen			
80% Kostenersatz für Sonderleistungen diagnostisch und therapeutisch pro Kalenderjahr	bis EUR		750,00
für Vorsorgeuntersuchungen pro Kalenderjahr	bis EUR		100,00
Arzneimittel			
80 % Kostenersatz für Arzneimittel pro Kalenderjahr	bis EUR		355,00
Heilbehelfe, Hilfsmittel			
80 % Kostenersatz für Heilbehelfe pro Kalenderjahr	bis EUR		400,00
Wird der Höchstsatz für Heilbehelfe ausgeschöpft, kommt ein Selbstbehalt von EUR 275,00 zum Tragen und werden danach wieder 80 % der Kosten ersetzt.			
Krankentransportkosten			
Krankentransportkostenersatz pro Kalenderjahr	bis EUR		585,00
Zahnbehandlung und Zahnersatz			
80 % Kostenersatz pro Kalenderjahr	bis EUR		445,00
Rehabilitationsbehandlung			
Behandlungskosten täglich	bis EUR		195,00
Die Höchstbeträge für Arzneimittel und ärztliche Sonderleistungen können bis auf Widerruf entfallen.			
Burn-out Beratungsgespräch			
Erstgespräch			
100% der Kosten pro Fall	bis EUR		100,00
Folgegespräch			
100% der Kosten pro Fall	bis EUR		100,00
Kostenersatz bei Organtransplantation			
Höchstbetrag pro Kalenderjahr	bis EUR		30.000,00

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung

(AVB-1995 / Fassung Jänner 2018)

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen sind Bestandteil des einzelnen Versicherungsvertrages
(des Gruppenversicherungsvertrages)

INDEX

Antragstellung, Abschluss des Versicherungsvertrages	§ 2	§ 11 D (12), § 13 (4), § 14
Ärztliche Behandlung (ambulant)	§ 5 A	§ 4 (2), § 5 D (18)
Auskunftseinholung, -erteilung, Anzeigepflicht	§ 11 A, B, C, D	§ 18
Auszahlung von Versicherungsleistungen	§ 7 (1), (2), (3)	§ 1 (1)
Beendigung der Versicherung	§ 15 A, B	§ 5 A (8)
Begleitperson (bei Spitalsaufenthalt von Kindern)	§ 5 D (20)	§ 11 C (10), § 11 D (12)
Diagnosenangabe	§ 7 (1)	§ 2 (5), § 4 (2) c)
Einschluss bestehender Erkrankungen in den Versicherungsschutz	§ 1 (6), § 4 (3) d), § 6 (4), § 8 (2)	§ 5 C (14)
Einschränkung des Versicherungsschutzes	§ 1 (2) d), § 5 B, § 6, § 8 (2), § 11 D	§ 4 (5), § 7 (1), § 12
Empfangsberechtigung für Versicherungsleistungen	§ 7 (2)	§ 10 A
Ende des Versicherungsschutzes	§ 9	§ 18
Entbindung	§ 1 (2) b), § 4 (3) a), § 5 D (16)	§ 2 (10), § 11 B (8), § 13 (5), § 18
Erhöhung des Versicherungsschutzes	§ 4 (4)	§ 10 B
Familienangehörige	§ 2 (5), § 4 (2) c), § 5 A (5)	§ 10 B (4), § 11 B
Gebühren und Spesen	§ 7 (4), § 10 (3), (5)	§ 8
Geltungsbereich	§ 1 (7)	Schwangerschaft, -erkrankungen § 1 (2) b), § 4 (3) a), § 5 D (16)
Gerichtsstand	§ 17	Sterbegeld § 4 (3) b), § 5 D (21)
Heilbeihilfe (Hilfsmittel)	§ 5 A (7)	Strahlentherapie § 5 C (15)
Heilstättenaufenthalt	§ 4 (2)	Subsidiaritätsklausel/Anspruch gegen Dritte § 12
Infektionskrankheiten	§ 4 (2) b)	Unfälle (Unfallfolgen) § 1 (2), (5), § 4 (2) a), § 5 D (17), § 6 (5)
Kosmetische Behandlungen	§ 1 (2) d)	Verjährung von Versicherungsleistungen § 7 (7), (8)
Krankengeld bei häuslicher Pflege	§ 5 D (19)	Versicherungsfall § 1 (2)
Krankenhausbehandlung	§ 5 B	Versicherungsjahr § 13 (2)
Krankenhausbehandlung außerhalb Österreichs	§ 5 B (10)	Versicherungsschutz (Beginn) § 3
Krankenhaustransportkosten	§ 5 B (13)	Vorvertragliche Erkrankungen (Heilbehandlungen) § 6
Kündigung durch den Versicherungsnehmer	§ 11 B (6), § 13, § 14 (4), § 16 (1)	Wartezeiten, allgemeine und besondere § 4
Kündigung durch den Versicherer	§ 9 (2), § 10 B (7), § 14 (4), § 16 (1)	Wartezeiterlass, -entfall § 4 (2) a), b), c)
		Wohnungswechsel (Meldung) § 16 (2)
		Zahlungsverzug und dessen Folgen § 10 B
		Zahnbehandlung § 1 (2) c), d), § 4 (3) c)

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 Ruhen des Versicherungsschutzes
- § 9 Ende des Versicherungsschutzes

PFLICHTEN DES VERSICHERUNGSNEHMERS

- § 10 A Prämien und Gebühren
- B Zahlungsverzug und dessen Folgen
- § 11 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

- § 12 Subsidiaritätsklausel/Anspruch gegen Dritte

ENDE DES VERSICHERUNGSVERTRAGES

- § 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer
- § 14 Kündigung durch den Versicherer
- § 15 Sonstige Beendigungsgründe
 - A Einzelversicherung
 - B Gruppenversicherung

SONSTIGE BESTIMMUNGEN

- § 16 Form und Empfänger von Willenserklärungen und Anzeigen
- § 17 Erfüllungsort, Gerichtsstand
- § 18 Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, der Prämie und des Versicherungsschutzes, Leistungs- und Prämienanpassung

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 ausgehend werden, die mit der (den) bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängen, so entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall.
- b) Als Versicherungsfall gelten ferner die Schwangerschaft und Entbindung, einschließlich damit im Zusammenhang stehender Heilbehandlungen und Untersuchungen, sowie Fehlgeburten.
- c) Als Versicherungsfall gelten auch, wenn der Tarif (die Besonderen Versicherungsbedingungen - BVB) Leistungen hierfür vorsieht:
- der Tod,
 - der Unfall,
 - die Kurbehandlung, der Kur- oder Erholungsaufenthalt,
 - der Heilstättenaufenthalt,
 - die Zahnbehandlung und der Zahnersatz sowie Zahn- und Kieferregulierungen,
 - die Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit oder Unfallfolgen,
 - 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 [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 Kratfanstrengung an Gliedmaßen und 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 Österreich ihren Hauptwohnsitz haben. Andere Personen können aufgrund besonderer Vereinbarungen versichert werden.
- (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.

- (8) Es besteht - unbeschadet der übrigen Vertragsbestimmungen - Versicherungsschutz nur, soweit und solange dem keine auf die Vertragsparteien direkt anwendbaren Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Europäischen Union oder der Republik Österreich entgegenstehen.

Dies gilt auch für Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos, die durch die Vereinigten Staaten von Amerika oder andere Länder erlassen werden, soweit dem nicht europäische oder österreichische Rechtsvorschriften entgegenstehen.

§ 2

Abschluss des Versicherungsvertrages

- (1) Versicherungsnehmer kann nur eine Person sein, die in Österreich ihren Hauptwohnsitz hat, sofern nicht eine andere Vereinbarung getroffen wird.
- (2) Der Antragsteller ist sechs Wochen an seinen Antrag gebunden, sofern nicht eine längere Frist vereinbart wurde. 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 (Beitritt zur Gruppenversicherung) besteht kein Versicherungsschutz.
- (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) die Mitversicherung des Kindes muss innerhalb eines Monats nach der Geburt mit Wirkung ab dem Geburtsmonat beantragt werden;
- c) 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.

Bei neugeborenen Kindern, die bei keiner sozialen Krankenversicherung pflichtversichert sind, gilt hingegen folgendes:

Der Versicherer ist auf Verlangen des Versicherungsnehmers verpflichtet, dessen neugeborenes Kind mit Wirkung ab der Geburt ohne Wartezeiten und Leistungsausschlüsse zu versichern, sofern dieses Verlangen spätestens 2 Monate nach der Geburt gestellt wird. Der Versicherungsschutz hat den gleichen Umfang, wie der des für den Versicherungsnehmer (Versicherten, Mitversicherten) bereits bestehenden Sozialversicherungssatztarifes. Stellt das Kind ein erhöhtes Risiko dar, so kann der Versicherer einen angemessenen Prämienzuschlag verlangen.

§ 3

Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt mit Abschluss des Versicherungsvertrages (und Annahme des Beitrittes bei der Gruppenversicherung), nicht vor Ablauf der Wartezeiten und nicht vor dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn).

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

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 Abs. (3) und Abs. (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;
- c) bei Mitversicherung von Ehegatten und neugeborenen Kindern für Leistungen im Ausmaß der bestehenden Versicherung,
- wenn die Versicherung mindestens 3 Monate bestanden hat und
 - wenn die Mitversicherung innerhalb eines Monats nach der Eheschließung oder nach der Geburt mit Wirkung vom 1. des betreffenden Monats beantragt wird.
- (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 Heilbehandlungen und Untersuchungen sowie für Fehlgeburten besteht Versicherungsschutz erst nach Ablauf einer besonderen Wartezeit von 9 Monaten.
- b) Ein Sterbegeld gelangt nach Tod ab dem zweiten Versicherungsjahr zur Auszahlung. Wurde die Versicherung erst nach Vollendung des 60. Lebensjahres abgeschlossen, besteht kein Anspruch auf Sterbegeld.
- c) Für Zahnbehandlungen, Zahnersatz und Kieferorthopädie werden Leistungen erbracht, wenn die Behandlung nach Ablauf einer besonderen Wartezeit von 6 Monaten begonnen hat.

- d) 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 Abs. (4)] und auf die die Voraussetzungen des § 3 nicht zutreffen.
- (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) Wird eine Krankheitskostenversicherung nachweislich innerhalb eines Monats nach Beendigung einer Pflichtversicherung in unmittelbarem Anschluss an diese abgeschlossen, so wird deren Versicherungszeit auf die Wartezeit angerechnet; dies gilt sinngemäß auch für gegenüber einem Träger der sozialen Krankenversicherung bisher Anspruchsberechtigte. Liegen die Voraussetzungen des § 3 nicht vor, so besteht für stationäre Heilbehandlung innerhalb der Wartezeit Versicherungsschutz höchstens im Ausmaß der Leistung aus der Pflichtversicherung. Für Entbindungen und deren Folgen besteht Versicherungsschutz erst nach Ablauf der im Abs. (3) genannten Wartezeiten. Die Voraussetzungen für die Anrechnung der Pflichtversicherung sind dem Versicherer durch geeignete Belege nachzuweisen.

§ 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) Die Kosten der ärztlichen Hausbesuche werden nur dann vergütet, wenn der Zustand des Versicherten (Mitversicherten) das Aufsuchen des Arztes nicht gestattet; ansonsten wird nur Entschädigung für Ordinationen geleistet.
- (4) Weggebühren des Arztes werden erstattet, wenn am Wohnort des Versicherten (Mitversicherten) kein Arzt ansässig ist; nicht erstattet werden die Kosten für Fahrten des Versicherten (Mitversicherten) zu einem Arzt.
- (5) Bei Eigenbehandlung, Behandlung durch Ehegatten, Lebensgefährten, Partner eingetragener Partnerschaften, Eltern oder Kinder des Versicherten (Mitversicherten) werden nur die nachgewiesenen Sachkosten, maximal bis zu den Höchstbeträgen für Fremdbehandlung, erstattet.
- (6) Die Kosten diagnostischer Untersuchungen (z.B. Labordiagnostik, bildgebende Diagnostik, Ultraschalluntersuchungen) und die Kosten ärztlich verordneter physiotherapeutischer 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.
- (7) Als Heilbehelfe (Hilfsmittel) gelten beispielsweise:
- Brillen, Kontaktlinsen, Bruchbänder, Gliederprothesen, Hörapparate, orthopädische Korsette, orthopädische Schuheinlagen und die orthopädische Ausstattung von Schuhen, Bandagen und Bauchmieder.
- Als Heilbehelfe (Hilfsmittel) gelten beispielsweise jedoch nicht:
- 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. Hat der Versicherer für Heilbehelfe Kostenersatz geleistet, so besteht ein neuerlicher Anspruch auf Leistungen erst nach Ablauf der üblichen Nutzungsdauer, sofern nicht zu einem früheren Zeitpunkt aus medizinischen Gründen eine Neuanschaffung notwendig ist.
- (8) Die Kosten der im Rahmen einer Heilbehandlung verordneten und aus einer Apotheke bezogenen Arzneimittel werden ersetzt. Nicht erstattet werden die Kosten für Heil- und Mineralwässer, Medizinälweine, Nähr- und Stärkungsmittel, Nahrungsergänzungsmittel, geriatrische Mittel, Tonika, kosmetische Mittel und alle nicht in Österreich registrierten Heilmittel.
- B Leistungen für stationäre Heilbehandlung**
- (9) 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 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 insbesondere nicht, wenn er lediglich im Mangel an häuslicher Pflege oder sonstigen persönlichen Verhältnissen des Versicherten (Mitversicherten) begründet ist.
- (10) Für eine stationäre Heilbehandlung im Sinne des Abs. (9) werden in den nachstehend angeführten Krankenanstalten bzw. den entsprechenden Organisationseinheiten und Betriebsformen von Krankenanstalten aller Art, Leistungen unter den Voraussetzungen des Abs. (9) nur insoweit erbracht, als der Versicherer diese vor Beginn schriftlich zugesagt hat:
- die nicht nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft arbeiten;
 - in denen neben stationärer Heilbehandlung auch Rehabilitationsmaßnahmen oder Kurbehandlungen durchgeführt werden;
 - für psychische Erkrankungen bzw. für psychosomatische Behandlungen oder in Zentren für seelische Gesundheit;
 - in denen Langzeitbehandlungen durchgeführt werden;
 - in denen Maßnahmen der Palliativmedizin durchgeführt werden;
 - in privaten Krankenanstalten außerhalb Österreichs.
- (11) In den nachstehend angeführten Krankenanstalten bzw. den entsprechenden Organisationseinheiten und Betriebsformen von Krankenanstalten aller Art besteht kein Versicherungsschutz:
- die auf Rehabilitation ausgerichtet sind;
 - für Alkohol- und Drogenabhängige;
 - Sanitätseinrichtungen des Bundesheeres;
 - Krankenabteilungen in Justizanstalten (Inquisitenpitälern);
 - für geistig abnorme Rechtsbrecher;
 - selbständige Ambulatorien (auch wenn die durchzuführende Untersuchung oder Behandlung eine kurzfristige Unterbringung erforderlich macht);
 - Kuranstalten, Erholungs-, Diät- und Genesungsheimen sowie Gesundheitszentren;
 - zur Pflege wegen Alters, Geriatrie oder mangels häuslicher Pflege;
 - Hospizeinrichtungen;
 - Tages- und Nachtkliniken.
- (12) Der Versicherer kann sich auf seine Leistungsfreiheit nach Abs. (10) bis (11) insoweit und solange nicht berufen, als die Dringlichkeit der stationären Heilbehandlung das Aufsuchen einer Krankenanstalt im Sinne des Abs. (9) bzw. die Einholung einer vor Beginn der Behandlung erforderlichen schriftlichen Zusage nach Abs. (10) nicht zulässt.
- (13) Bei einem medizinisch notwendigen Transport in ein und aus einem Krankenhaus werden Kosten für einen Transport mit einem Krankenwagen ersetzt.
- C Gemeinsame Bestimmungen**
- (14) 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 Körpersersatzstücken, Implantaten und sonstigen therapeutischen Behelfen wie insbesondere Apparaturen, die Organe ersetzen oder in ihrer Funktion unterstützen.
- Bei gleichzeitiger Ausführung mehrerer Operationen wird die am höchsten einzustufende tariflich voll, jede weitere in verschiedenen Operationsfeldern mit höchstens 50 %, im gleichen Operationsfeld mit höchstens 25 % des tariflichen Ausmaßes vergütet. Die Vergütung beträgt jedoch maximal das Doppelte des Satzes für die höchst einzustufende Operation.
- (15) Als Kosten der Strahlentherapie gelten das Honorar des behandelnden Arztes und der notwendigen Assistenz, die Kosten für Benützung von Geräten, für strahlendes Material und sonstigen Sachaufwand sowie alle Nebenkosten.
- D Besondere Bestimmungen**
- (16) Schwangerschaft und Entbindung
- Im Versicherungsfall der Schwangerschaft und Entbindung, einschließlich damit im Zusammenhang stehender Heilbehandlungen und Untersuchungen 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.
- (17) Unfallentschädigung
- Art und Umfang des Versicherungsschutzes ergeben sich aus den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Kollektivunfallversicherung und kurzfristige Unfallversicherung ohne Progressivitätsregelung in der jeweils zum Zeitpunkt des Abschlusses des Versicherungsvertrages (Beitritt zur Gruppenversicherung) geltenden Fassung.
- Die für Unfalltod vorgesehene Leistung wird an den Überbringer des letzten gültigen Versicherungsscheines ausbezahlt. Eine Unfallentschädigung wird nur erbracht, wenn die Prämie für Erwachsene bezahlt wird.
- (18) Kur- und Erholungskosten
- Im Versicherungsfall der Kurbehandlung oder des Kuraufenthaltes werden Leistungen nach Maßgabe der Tarife (Besonderen Versicherungsbedingungen - BVB) erbracht.
- (19) Krankengeld
- In Krankheitskostentarifen, in denen Leistungen hiefür vorgesehen sind, wird bei Arbeitsunfähigkeit bei Krankheit und Unfallfolgen an vollbeschäftigte Hauptversicherte in der Sozialversicherung (Dienstnehmer), nicht aber an mitversicherte Familienangehörige, sofern sie sich während der Dauer der Erkrankung in häuslicher Pflege befinden, in der ständigen Wohnung gepflegt und behandelt werden und aufgrund der ordnungsgemäßen Krankmeldung bei der zuständigen Pflegekassenkasse im Krankenstand geführt werden, ein Krankengeld für eine im Tarif vorgesehene Dauer der häuslichen Pflege bezahlt.
- Krankengeld wird nicht bezahlt für die Dauer der Arbeitsunfähigkeit bei Aufhalten im Krankenhaus oder in einer Heilstätte, bei Kur- oder Erholungsaufenthalten, während des Bezuges einer Rente (Pension) und während der Dauer der Stellenlosigkeit. Voraussetzung für die Auszahlung des Krankengeldes ist die Vorlage einer von der zuständigen Krankenkasse ausgestellten Bestätigung über Art und Dauer der Erkrankung.
- Für einen fortlaufenden Krankenstand wird das Krankengeld nur einmal bis zum tariflichen Höchstausmaß ausbezahlt. Ein neuerlicher Krankenstand gilt als gegeben, wenn zwischen dem Abschluss des ersten Krankenstandes und dem neuerlichen Krankenstand eine mindestens 6 Wochen dauernde Dienstleistung liegt.
- (20) 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 Tarif für die Sonderklasse (letzte Anpassungsstufe) versichert sind und Versicherungsschutz besteht. Bei direkter Verrechnung mit unseren Vertragskrankenhäusern werden die vollen Verpflegskosten vergütet. An-

sonsten wird höchstens das tägliche Krankenhaus-Ersatztagelohn für Erwachsene, das im kostendeckenden Tarif für das Kind vorgesehen ist, bezahlt.

(21) Sterbegeld

Ein Sterbegeld wird an den Überbringer des letzten gültigen Versicherungsscheines und der Sterbeurkunde ausbezahlt.

§ 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 § 11 in den Versicherungsschutz einbezogen.

Der Versicherer kann von den Bestimmungen des § 11 Pkt. A und B Abs. (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 unmittelbaren ursächlichen Zusammenhang stehen.
- (4) Krankheiten und Unfallfolgen gemäß Abs. (1) bis (3) können 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 Entziehungsmaßnahmen 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 Vers.VG 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 (vor Annahme des Beitritts bei der Gruppenversicherung) angegeben wurden, kann der Versicherungsschutz nur durch ausdrückliche schriftliche Erklärung des Versicherers ausgeschlossen werden.
 - (7) Geht die Heilbehandlung über das notwendige Maß hinaus, so ist der Versicherer berechtigt, die Erstattung auf das angemessene Ausmaß herabzusetzen.
 - (8) Der Versicherer kann in begründeten Fällen Behandlungen durch bestimmte Ärzte oder Dentisten bzw. in bestimmten Krankenanstalten bzw. in den entsprechenden Organisationseinheiten und Betriebsformen von Krankenanstalten aller Art vom Versicherungsschutz ausnehmen. Dies gilt für Behandlungen, die nach Zustellung der Mitteilung durchgeführt werden. Für laufende Versicherungsfälle besteht Versicherungsschutz bis zum Ablauf des 3. Monats nach Zustellung dieser Mitteilung.

§ 7 Auszahlung der Versicherungsleistungen

- (1) Die Auszahlung der Versicherungsleistung erfolgt aufgrund von saldierten Originalrechnungen oder Aufenthaltsbestätigungen. Diese Belege müssen den Vor- und Zunamen, die Adresse, die Versicherungsnummer, das Geburtsdatum der behandelten Person sowie die Bezeichnung der Krankheit und der erbrachten Leistungen und die Daten der Behandlungen enthalten.

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

- (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) Die Ansprüche auf Versicherungsleistungen können ohne Zustimmung des Versicherers weder verpfändet noch abgetreten werden. Der Versicherungsnehmer (Versicherte, Mitversicherte) kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, wenn es sich um Gegenforderungen handelt, die im rechtlichen Zusammenhang mit seiner Forderung stehen und die gerichtlich festgestellt oder die vom Versicherer anerkannt worden sind.
- (7) Der Versicherungsnehmer (Versicherte) kann seine Forderung gegen eine Prämienforderung des Versicherers nicht aufrechnen.
- (8) 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.

- (9) 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 Ruhens des Versicherungsschutzes

- (1) Auf Antrag des Versicherungsnehmers (Gruppenspitze) kann in begründeten Fällen für einen im voraus bestimmten Zeitraum von nicht mehr als zwölf Monaten das Ruhens der Rechte und Pflichten aus dem Versicherungsvertrag vereinbart werden.
- (2) Für Versicherungsfälle, die während des Ruhens des Versicherungsvertrages eingetreten sind, besteht kein Versicherungsschutz. Dies gilt auch für die Fortsetzung der Heilbehandlung nach Ende des Ruhens. Ein Einschluss in den Versicherungsschutz kann zu besonderen Bedingungen (höhere Prämie, besondere Wartezeiten) vereinbart werden.

§ 9 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.
- (2) Kündigt der Versicherer gemäß § 14 (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

§ 10

A Prämien und Gebühren

- (1) Die Prämie ist eine Jahresprämie und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Ein angefangenes Lebensjahr wird voll berechnet, wenn bei Versicherungsbeginn 6 Monate bereits überschritten sind.

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. Die Prämienraten sind am 1. eines jeden Monats fällig. Die erste Prämie samt Nebengebühren ist spätestens bei Aushändigung bzw. Angebot des Versicherungsscheines fällig.

- (2) Hat ein mitversichertes Kind das 18. Lebensjahr vollendet, so sind ab dem nächstfolgenden Monatsersten die Prämien zu bezahlen, die für erwachsene Personen zu entrichten sind. Sind mehr als 3 Kinder unter 18 Jahren mit mindestens einem Elternteil unter einem Versicherungsschein versichert, so sind nur die Prämien für 3 Kinder zu entrichten, sofern alle Kinder in gleichen Tarifen versichert 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.

B Zahlungsverzug und dessen Folgen

- (4) Ist die erste Prämie oder Prämienrate nicht innerhalb von 14 Tagen nach dem Abschluss des Versicherungsvertrages (Beitritt zur Gruppenversicherung) 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 Überweisungsstellen 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.

§ 11 Obliegenheiten

A Anzeigepflicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages bzw. vor Annahme des Beitrittes bei der Gruppenversicherung

(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 bzw. vor Annahme des Beitrittes bei der Gruppenversicherung

(2) Hat der Versicherungsnehmer oder ein Versicherter (Mitversicherter) die Anzeigepflicht über erhebliche Gefahrenumstände schuldhaft verletzt, so kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten. In der Gruppenversicherung kann der Versicherer vom Gruppenversicherungsvertrag zur Gänze oder nur hinsichtlich einzelner betroffener Versicherter und deren Mitversicherten 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 Rücktritts hat der Versicherer Anspruch auf die Prämien bis zum Ende der vertraglichen 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 Versicherten 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 § 11 (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 § 11 (10) genannte Informationspflicht schuldhaft verletzt, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Erbringung von Summenleistungen, wie z. B. Krankentagegeld, Krankenhaus-Ersatztagelohn, Krankengeld oder Kurzuschüssen frei. Der Versicherer kann überdies den Versicherungsvertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Obliegenheitsverletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen. Kündigt der Versicherer innerhalb eines Monats nicht, so kann er sich auf die Leistungsfreiheit nicht berufen.

§ 12 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

§ 13 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 drei Monaten zu kündigen.

Der Gruppenversicherungsvertrag wird auf unbestimmte Zeit abgeschlossen. Er kann für den Schluss des laufenden Vertragsjahres unter Einhaltung einer Frist von einem Monat vom Versicherungsnehmer (Gruppenspitze) gekündigt werden.

Der Versicherungsnehmer (Gruppenspitze) kann darüber hinaus einzelne Versicherte oder Mitversicherte kündigen. Die Kündigung kann jedoch nur jeweils zum Beitrittsjahresende des einzelnen Versicherten ausgesprochen werden. Diese Versicherten und Mitversicherten haben kein Recht auf Fortsetzung als Einzelversicherung.

(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 Krankentagegeldversicherung.

(3) Die Kündigung ist an die Geschäftsleitung des Versicherers 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.

In der Gruppenversicherung ist dieses Recht des Versicherers auf Antwortkündigung auf den einzelnen Versicherten und seine Mitversicherten beschränkt.

(5) Werden vom Versicherer Prämien einseitig erhöht oder Leistungen einseitig vermindert (§ 18 Abs. (1) und § 11, B, Absatz (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.

Im Falle einer Erhöhung der Prämien gemäß § 11 B Abs. (8) steht in der Gruppenversicherung dem Versicherungsnehmer (Gruppenspitze) dieses Recht nur hinsichtlich des einzelnen Versicherten und dessen Mitversicherten zu.

(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.

§ 14 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 drei Monaten zum Ende eines jeden Versicherungsjahres zu kündigen.

(2) In der Gruppenversicherung hat der Versicherer das Recht, den Gruppenversicherungsvertrag, unter Einhaltung einer Frist von einem Monat, zum Ende eines jeden Vertragsjahres zu kündigen.

Der Versicherer hat darüber hinaus das Recht, einzelne Versicherte oder Mitversicherte zum Ende des Versicherungsjahres, unter Einhaltung einer Frist von einem Monat, zu kündigen. Dieses Kündigungsrecht steht dem Versicherer insbesondere bei Eintritt des Versicherungsfalles bei einem Versicherten (Mitversicherten) zu. Diese Versicherten (Mitversicherten) haben das Recht auf Fortsetzung als Einzelversicherung.

(3) 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.

(4) Kündigt der Versicherer nach Abs. (1) oder (3) 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.

Kündigt der Versicherer gemäß Abs. (2) oder (3) in der Gruppenversicherung, steht dem Versicherungsnehmer (Gruppenspitze) dieses Recht nur hinsichtlich des einzelnen Versicherten und dessen Mitversicherten zu.

§ 15 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) Durch Verlegung des Hauptwohnsitzes des Versicherungsnehmers oder des Versicherten ins Ausland 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. Die Bestimmungen des Abs.(1) gelten sinngemäß.
- (4) Endet das Versicherungsverhältnis aus sonstigen Gründen, ohne dass der Vertrag durch Rücktritt des Versicherers wegen Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht (§ 11) oder Nichtzahlung der Erstprämie [§ 10 Abs. (4)] oder sonst durch dessen Kündigung aus anderem wichtigen Grund [z. B. § 13 Abs. (4) und § 14 Abs. (3)], 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) Die auf dem Gruppenversicherungsvertrag beruhende einzelne Versicherung endet mit dem Ausscheiden des Versicherten aus der Gruppenversicherung (aus dem versicherten Personenkreis) insbesondere durch Beendigung des Dienstverhältnisses, Pensionierung oder Tod.

Die Mitversicherung endet ferner mit der Scheidung der Ehe bzw. Auflösung der Lebensgemeinschaft mit dem Versicherten und bei Ausscheiden des Versicherten aus der Gruppenversicherung.

- (7) Der Gruppenversicherungsvertrag erlischt ferner, wenn, aus welchen Gründen immer, die vereinbarte Zahlungsweise nicht mehr möglich ist.
- (8) Mitversicherte Kinder scheiden spätestens mit Vollendung des 25. Lebensjahres aus dem Gruppenversicherungsvertrag aus.

- (9) In den Fällen des § 14 (2) und des § 15 Abs. (5) bis (8) haben die Gruppenversicherten (Mitversicherten) das Recht, die Fortsetzung als gleichartige Einzelversicherung nach Maßgabe der für die Einzelversicherung geltenden Tarife und Versicherungsbedingungen ohne Wartezeiten und Risikoprüfung zu erklären, sofern sie bei Eintritt in die Gruppenversicherung gemäß den Bestimmungen für die Einzelversicherung versicherungsfähig (gesund) gewesen sind. Der Versicherer hat die Gruppenversicherten (Mitversicherten) auf dieses Fortsetzungsrecht hinzuweisen.

Das Recht auf Fortsetzung als Einzelversicherung erlischt, wenn der Versicherte (Mitversicherte) die Erklärung auf Weiterversicherung nicht binnen eines Monats ab dem Ausscheiden aus dem versicherten Personenkreis bzw. der Auflösung des Gruppenversicherungsvertrages abgibt. Die Frist ist gehemmt, solange der Versicherer seiner Hinweispflicht nicht nachgekommen ist. Der Beweis dieser Pflicht obliegt dem Versicherer.

Gibt der Versicherte (Mitversicherte) die Erklärung auf Fortsetzung als Einzelversicherung ab, so ist die Einzelversicherungsprämie nach dem Eintrittsalter zu bemessen, mit dem der Versicherte (Mitversicherte) in den Gruppenversicherungsvertrag eingetreten ist. Bei Beitritten bis 31.12.1994 ist bei der Berechnung der Einzelversicherungsprämie die Versicherungsdauer im Gruppenversicherungsvertrag nur im Ausmaß der in der Prämienkalkulation der Gruppenversicherung enthaltenen Alterungsrückstellung zu berücksichtigen.

Das Recht auf Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses besteht jedoch nicht, wenn der Versicherte aus dem versicherten Personenkreis infolge außerordentlicher Kündigung des Versicherers wegen einer Vertragsverletzung [z. B. § 10 (4), § 11 oder § 14 (3)] ausscheidet.

- (10) Der Versicherer hat jedem Gruppenversicherten bei Eintritt in den Gruppenversicherungsvertrag nachweislich darauf hinzuweisen, unter welchen Voraussetzungen seine Versicherung endet.

Macht der Versicherte (Mitversicherte) von seinem Fortsetzungsrecht Gebrauch [§ 15 Abs.(9)], fallen die bei Eintritt in die Gruppenversicherung oder aufgrund der Zugehörigkeit zum Gruppenversicherungsvertrag gewährten Prämiennachlässe weg.

SONSTIGE BESTIMMUNGEN

§ 16

Form und Empfänger von Willenserklärungen und Anzeigen

- (1) Anzeigen und Erklärungen des Versicherungsnehmers, des Versicherten oder sonstiger Dritter haben in geschriebener Form zu erfolgen, soweit nicht Schriftform 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.

§ 17

Erfüllungsort, Gerichtsstand

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

§ 18

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

- (1) Als für die Veränderung der Prämie oder des Versicherungsschutzes maßgebende Umstände im Sinne des § 178 f Versicherungsvertragsgesetz gelten:
 - a) In der Krankenhaustagegeldversicherung eine Veränderung des vom Österreichischen Statistischen Zentralamt verlautbarten monatlichen Pro-Kopf-Einkommens je Arbeitnehmer.
 - b) Eine Veränderung der durchschnittlichen Lebenserwartung.
 - c) Eine Veränderung der Häufigkeit der Inanspruchnahme von Leistungen nach Art der tariflich vorgesehenen und deren Aufwendigkeit, bezogen auf die zu diesem Tarif Versicherten.
 - d) Eine Veränderung des Verhältnisses zwischen den vertraglich vereinbarten Leistungen und den entsprechenden Kostenersätzen der gesetzlichen Sozialversicherungen.
 - e) 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.
 - f) Eine Veränderung des Gesundheitswesens oder der dafür geltenden gesetzlichen Bestimmungen.
 - g) In der Gruppenversicherung ist der Versicherer bei einer Änderung der in lit. b) und c) genannten Faktoren bloß bei den zu dieser Gruppe gehörenden Versicherten (Mitversicherten), auch infolge einer Änderung des Durchschnittsalters der Gruppe, zur Veränderung der Prämie oder des Versicherungsschutzes berechtigt.
- (2) Der Versicherer ist ferner berechtigt, eine Prämien- und Leistungsanpassung aus den im Abs.(1) lit. a) bis f) angeführten Änderungen vorzunehmen, wobei in der Gruppenversicherung auch Abs.(1) lit.g) gilt.
- (3) Eine Anpassung nach Abs. (2) ist nicht durchzuführen, wenn ihr der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach Empfang der Mitteilung des Versicherers, die die Möglichkeit der Ablehnung der Anpassung zu enthalten hat, widerspricht. Im Falle eines Widerspruches ist der Versicherer späterhin nicht mehr verpflichtet, eine Anpassung der Versicherungsleistungen zu gewähren.
- (4) 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.
- (5) Widerspricht in der Gruppenversicherung der einzelne Versicherte hinsichtlich seiner Person und/oder eines Mitversicherten, so entfällt der bei Beitritt zum Gruppenversicherungsvertrag vereinbarte Prämiennachlaß.
- (6) Im Falle einer Anpassung im Sinne des Abs. (2) sind die Bestimmungen des § 4 (4) und § 6 (1) bis (3) AVB-1995 nicht anzuwenden.

Vertragskrankenhausverzeichnis Österreich

(Stand Jänner 2019)

LISTE 1

STEIERMARK

Privatklinik Graz Ragnitz
A.ö. Landeskrankenhaus Graz
LKH Graz II (Standorte Graz-West, *Landesnervenklinik Sigmund Freud, Hörgas-Enzenbach)
Krankenanstaltenverbund Feldbach - Fürstenfeld
A.ö. Landeskrankenhaus Hartberg
Landeskrankenhaus Murtal (Standorte Judenburg, Knittelfeld und Stolzalpe)
Landeskrankenhaus Hochsteiermark (Standorte Leoben/Eisenerz, Bruck a.d. Mur)
Krankenanstaltenverbund Mürzzuschlag-Mariazell
Krankenanstaltenverbund Rottenmann - Bad Aussee
Klinik Diakonissen Schladming
Landeskrankenhaus Weststeiermark (Standorte Voitsberg, Deutschlandsberg)
Landeskrankenhaus Südsteiermark (Standorte Wagner, Bad Radkersburg)
A.ö. Landeskrankenhaus Weiz
Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, Graz (Standorte Marschallgasse u. Eggenberg)
Krankenhaus der Elisabethinen, Graz
Marienkrankenhaus Vorau
Sanatorium Hansa GesmbH, Graz
Privatklinik Leech GmbH, Graz
Privatklinik Kastanienhof, Graz
Privatklinik der Kreuzschwestern, Graz
Sanatorium St. Leonhard für Frauenheilkunde u. Geburtshilfe Graz
Unfallkrankenhaus Graz
Unfallkrankenhaus Kalwang
* AMEOS Klinikum Bad Aussee GmbH
* Neurologisches Therapiezentrum Kapfenberg GmbH (Sonderkrankenanstalt für Neurologische Akutnachbehandlung)
* Geriatrische Gesundheitszentren - Stadt Graz Albert Schweitzer Klinik (Akutgeriatrie/Remobilisation)

OBERÖSTERREICH

Kepler Universitätsklinikum (Standorte AKH Linz, Landes-Frauen- und Kinderklinik Linz, Landes-Nervenklinik Wagner-Jauregg Linz)
Salzkammergut - Klinikum (Standorte Gmunden, Vöcklabruck und Bad Ischl (ausgenommen Konsiliarstation für Multiple-Sklerose-Patienten in Bad Ischl))
A.ö. Landeskrankenhaus Freistadt
A.ö. Landeskrankenhaus Kirchdorf a.d. Krems
A.ö. Landeskrankenhaus Rohrbach
A.ö. Landeskrankenhaus Schärding am Inn
A.ö. Landeskrankenhaus Steyr
A.ö. Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, Linz
A.ö. Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern, Linz
A.ö. Krankenhaus der Elisabethinen, Linz
A.ö. Krankenhaus "St. Josef", Braunau/Inn
A.ö. Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern, Ried i.l.
Sonderkrankenanstalt Sierning
Klinikum Wels - Grieskirchen GmbH
Klinik Diakonissen Linz
Unfallkrankenhaus Linz

BURGENLAND

A.ö. Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, Eisenstadt
A.ö. Landeskrankenhaus Güssing
A.ö. Landeskrankenhaus Kittsee
A.ö. Landeskrankenhaus Oberpullendorf
A.ö. Landeskrankenhaus Oberwart

WIEN

Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien (ausgenommen das Institut für Tiefenpsychologie und Psychotherapie und Kinderklinik Abteilung O5/Heilpädagogische Abteilung, Vorgehenpflicht (*) für die Universitätsklinik für Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters und für die Psychiatrische Universitätsklinik)
Krankenhaus der Stadt Wien Floridsdorf

Orthop. Krankenhaus der Stadt Wien-Gersthof
Kaiser-Franz-Josef-Spital der Stadt Wien (* psychiatrische Abteilung) mit G.v.Preyerschem Kinderspital
Krankenhaus Hietzing mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel (ausgenommen die Abltg. für entwicklungsgestörte Kinder und die Station für Langzeitbehandlungen)
Krankenanstalt der Stadt Wien Rudolfstiftung mit Standort Semmelweis-Frauenklinik
St. Anna-Kinderspital
Sozialmedizinisches Zentrum Ost der Stadt Wien - Donauespital
Wilhelminenspital der Stadt Wien (* für 5. Medizinische Abteilung mit Langzeittherapie und Rehabilitation, Abteilung für Chronisch-Kranke und für Kinderinterne Abteilung mit Psychosomatik)
Krankenhaus der Barmherzigen Brüder
Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern
Evangelisches Krankenhaus, Hans-Sachs-Gasse 12
Privatspital Goldenes Kreuz
Krankenanstalt des Göttlichen Heilandes
Hanusch Krankenhaus
Franziskus Spital Betriebsgesellschaft m.b.H. (Standorte 1030 Wien Landstraße, 1050 Wien Margareten)
Herz-Jesu-Krankenhaus
Orthopädisches Spital Wien-Speising
St. Josef-Krankenhaus
Confraternität-Privatklinik Josefstadt
Privatklinik Döbling
Krankenanstalt Sanatorium Hera
Wiener Privatklinik
Privatkrankenanstalt Rudolfinerhaus
Traumazentrum Wien (Standort Meidling und Standort Lorenz Böhler)
* Sozialmedizinisches Zentrum Sophienspital der Stadt Wien
SMZ Baumgartnerhöhe Otto Wagner Spital (* für psychiatrische Abteilungen)

NIEDERÖSTERREICH

Landesklinikum St. Pölten - Lilienfeld
Landesklinikum Mostviertel - Amstetten
Landesklinikum Thermenklinikum Baden - Mödling
Landesklinikum Hainburg
Landesklinikum Weinviertel Hollabrunn
Landesklinikum Waldviertel Horn
Landesklinikum Donauregion Klosterneuburg
Landesklinikum Korneuburg - Stockerau
Landesklinikum Krems
Landesklinikum Mostviertel Melk
Landesklinikum Weinviertel Mistelbach
Landesklinikum Thermenregion Neunkirchen
Landesklinikum Mostviertel Scheibbs
Landesklinikum Donauregion Tulln
Landesklinikum Mostviertel Waidhofen / Ybbs
Landesklinikum Waldviertel Zwettl - Gmünd - Waidhofen / Thaya
Landesklinikum Wiener Neustadt
* Landesklinikum Hohegg (ausgenommen Abteilung für multiple Sklerose)
* Landesklinikum Mostviertel Mauer (ausgenommen geriatrische Fälle, Heilstätten-, Pflege- und Rehabilitationsfälle)

KÄRNTEN UND OSTTIROL

A.ö. Landeskrankenhaus Klagenfurt
A.ö. Landeskrankenhaus Laas, Kötschach
Krankenhaus Spittal/Drau
A.ö. Landeskrankenhaus Villach
A.ö. Landeskrankenhaus Wolfsberg
A.ö. Bezirkskrankenhaus Lienz/Osttirol
A.ö. Krankenhaus der Elisabethinen Klagenfurt
A.ö. Krankenhaus des Deutschen Ordens Friesach
A.ö. Krankenhaus der Barmherzigen Brüder St. Veit/Glan

- * Gesundheitszentrum Diakonie - Öffentl. Krankenhaus Waiern
Privatklinik Maria Hilf Klagenfurt
Privatklinik Villach
Unfallkrankenhaus Klagenfurt

- * Gaital-Klinik Landes-Sonderkrankenanstalt Hermagor

TIROL

- A.ö. Landeskrankenhaus Innsbruck - Universitätskliniken (* Psychiatrie)
- A.ö. Landeskrankenhaus Hall in Tirol
- A.ö. Landeskrankenhaus Hochzirl - Natters
- A.ö. Bezirkskrankenhaus Kufstein
- A.ö. Bezirkskrankenhaus Reutte
- A.ö. Bezirkskrankenhaus St. Johann in Tirol
- A.ö. Bezirkskrankenhaus Schwaz
- A.ö. Krankenhaus "St. Vinzenz", Zams
- A.ö. Landeskrankenhaus Lienz/Osttirol
- Sanatorium Kettenbrücke Innsbruck
- Privatklinik Hochrum, Rum-Innsbruck
- Kursana Privatlinik im Gesundheitszentrum Wörgl

SALZBURG

- St. Johanns Spital/ Landeskrankenhaus Salzburg
- * Christian-Doppler-Klinik Landesnervenklinik Salzburg (ausgenommen Heilstätten-, Pflege-, geriatrische u. Rehabilitationsfälle)
- Landesklinik Hallein

- A.ö. Krankenhaus Oberndorf
- Landesklinik Tamsweg
- Tauernklinikum (Standorte Zell a. See und Mittersill)
- Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, Salzburg
- Privatklinik Wehrle-Diakonissen (Standorte Aigen und Andräviertel)
- Kardinal Schwarzenberg Klinikum GmbH
- Krankenanstalt Radstadt - Obertauern, Dr. Aufmesser GmbH
- PKS Privatlinik Salzburg
- EMCO Privatlinik Ges.m.b.H., Bad Dürnbrenn
- Privatkrankenanstalt St. Barbara zu Vigaun (ausgenommen Augenabteilung Dr. Stiegler)
- Privatklinik Ritzensee Ges.m.b.H., Saalfelden
- Unfallkrankenhaus Salzburg (gilt nicht für Versicherte nach dem Tarif ZB4)
- * Landeskrankenhaus St. Veit/ Pongau (ausgenommen Heilstätte u. Abtlg. f. Pflege- u. Rehabilitationsfälle)

VORARLBERG

- A.ö. Landeskrankenhaus Bregenz
- A.ö. Landeskrankenhaus Bludenz
- A.ö. Krankenhaus Dornbirn
- Landeskrankenhaus Feldkirch
- A.ö. Landeskrankenhaus Hohenems
- Landeskrankenhaus Feldkirch, Pulmologische Abteilung Gaisbühel (ausgenommen Heilstättenfälle)
- * Landeskrankenhaus Rankweil Abteilung für Psychiatrie und Neurologie (ausgenommen Abteilung für chronisch Kranke und Geriatrie und Nachsorgestation/Remobilisation)

Europadeckung bei einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in einem allgemein öffentlichen Krankenhaus in den nachfolgenden europäischen Staaten:

Albanien, Andorra, Belgien, Bosnien-Herzegowina, Bulgarien, Dänemark, Deutschland, Estland, Faröer, Finnland, Frankreich, Griechenland, Großbritannien, Irland, Island, Italien, Kroatien, Lettland, Liechtenstein, Litauen, Luxemburg, Malta, Mazedonien, Moldawien, Monaco, Montenegro, Niederlande, Norwegen, Polen, Portugal, Rumänien, Russland (europ. Teil), San Marino, Schweden, Schweiz, Serbien, Slowakei, Slowenien, Spanien, Tschechien, Türkei (europ. Teil), Ukraine, Ungarn, Weißrussland, Zypern

Ob zusätzlich auch die Möglichkeit der Unterbringung in Privaten Krankenanstalten besteht, ist den jeweils gültigen Besonderen Versicherungsbedingungen zu entnehmen.

Bei einem stationären Aufenthalt in einem Vertragskrankenhaus, einem allgemein öffentlichen Krankenhaus bzw. einer privaten Krankenanstalt im europäischen Ausland müssen jedoch alle Voraussetzungen der Allgemeinen und Besonderen Versicherungsbedingungen für eine Leistungspflicht erfüllt sein.

Es liegt daher nicht der Versicherungsfall der medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung vor, wenn der Aufenthalt z.B. nur einen Kuraufenthalt oder mangelnde häusliche Pflege ersetzen soll oder etwa der Physiotherapie dient.

Bei allen mit einem Kennzeichen (*) versehenen Krankenanstalten oder Abteilungen von Anstalten besteht ein Leistungsanspruch nur dann, wenn der Versicherte die Leistung vor Beginn der stationären Heilbehandlung schriftlich zugesagt hat.

Die Ausstellung einer Kostenverpflichtungserklärung ersetzt die nach den Allgemeinen Versicherungsbedingungen erforderliche Vorbewilligung.