

# Allgemeine Versicherungsbedingungen für Rückversicherungsverträge (AVB-RV / Fassung Jänner 2023)

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für Rückversicherungsverträge regeln das Versicherungsverhältnis zwischen den Versicherten und dem Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer (Versicherer).  
Die Merkur Versicherung AG fungiert als Rückversicherer des Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer.

## INDEX

Ärztliche Behandlung (ambulant) .....	§ 4 A	Leistungsanspruch .....	§ 1 (1)
Auskunftseinholung, -erteilung .....	§ 8 A, B	Medikamente .....	§ 4 A (8)
Auszahlung von Versicherungsleistungen .....	§ 6 (1), (2), (3)	Mehrfachversicherung .....	§ 8 A (2)
Begleitperson (bei Spitalsaufenthalt von Kindern) .....	§ 4 D (17)	Operationen .....	§ 4 C (14)
Diagnosenangabe .....	§ 6 (1)	Privatrechtliche Versicherungsverträge .....	§ 6 (1), § 9
Einschränkung des Versicherungsschutzes .....	§ 1 (2) d), § 4 B, § 5	Schwangerschaft, -erkrankungen .....	§ 1 (2) b), § 3 (2)
Empfangsberechtigung für Versicherungsleistungen .....	§ 6 (2)	Strahlentherapie .....	§ 4 C (15)
Ende des Versicherungsschutzes .....	§ 7	Subsidiaritätsklausel/Anspruch gegen Dritte .....	§ 9
Entbindung .....	§ 1 (2) b), § 3 (2)	Unfälle (Unfallfolgen) .....	§ 1 (2), (5), § 5 (2)
Familienangehörige .....	§ 4 A (5)	Versicherungsfall .....	§ 1 (2)
Gebühren und Spesen .....	§ 6 (3)	Versicherungsschutz (Beginn) .....	§ 2
Geltungsbereich .....	§ 1 (7)	Vorvertragliche Erkrankungen (Heilbehandlungen) .....	§ 5
Heilbeihilfe (Hilfsmittel) .....	§ 4 A (7)	Wartezeiten .....	§ 3
Kosmetische Behandlungen .....	§ 1 (2) d)	Wohnungswechsel (Meldung) .....	§ 10 (2)
Krankenhausbehandlung .....	§ 4 B	Zahnbehandlung .....	§ 1 (2) c), d)
Krankenhausbehandlung außerhalb Österreichs .....	§ 4 B (10)		
Krankenhaustransportkosten .....	§ 4 B (13)		

## Inhaltsverzeichnis

### DER VERSICHERUNGSSCHUTZ

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

### PFLICHTEN DES VERSICHERTEN

- § 8 Obliegenheiten
  - A Pflichten des Versicherten (Mitversicherten) während des Bestehens des Versicherungsverhältnisses
  - B Folgen der Verletzung von Pflichten während des Bestehens des Versicherungsverhältnisses
- § 9 Subsidiaritätsklausel/Anspruch gegen Dritte

### SONSTIGE BESTIMMUNGEN

- § 10 Form und Empfänger von Willenserklärungen und Anzeigen

### DER VERSICHERUNGSSCHUTZ

#### § 1

#### Gegenstand und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherte (Mitversicherte) hat im Versicherungsfall Anspruch auf Versicherungsleistung im Rahmen der geltenden Tarife (Besonderen Versicherungsbedingungen - BVB).  
Der Anspruch auf die Versicherungsleistung steht dem Versicherten (Mitversicherten) zu.
- (2) a) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung des Versicherten (Mitversicherten) wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung. Er endet, wenn nach medizinischem Befund die Notwendigkeit der Heilbehandlung nicht mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder

Unfallfolgen ausgedehnt werden, die mit der (den) bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängen, so entsteht hinsichtlich dieser neuen Krankheit oder Unfallfolgen ein neuer Versicherungsfall.

- b) Als Versicherungsfall gelten ferner die Schwangerschaft und Entbindung, einschließlich damit im Zusammenhang stehender medizinisch notwendiger Heilbehandlungen und medizinisch notwendiger Untersuchungen, sowie Fehlgeburten.
- c) Als Versicherungsfall gelten auch Leistungen, welche der geltende Tarif (die Besonderen Versicherungsbedingungen - BVB) vorsieht. Dies können beispielsweise sein:
  - der Tod,
  - der Unfall,
  - die Kurbehandlung, der Kur- oder Erholungsaufenthalt, die Rehabilitation,
  - die Zahnbehandlung und der Zahnersatz sowie Zahn- und Kieferregulierungen,
  - die Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit oder Unfallfolgen,
  - der Krankenhausaufenthalt einer Begleitperson.
- d) Als Versicherungsfall gelten nicht:
  - kosmetische Behandlungen und Operationen und deren Folgen, soweit diese Maßnahmen nicht der Behebung einer Fehlfunktion des Körpers und damit der Heilung einer therapiebedürftigen Erkrankung dienen, sondern Zweck der kosmetischen Behandlung die Ästhetik ist (z.B. Brustverkleinerung, -straffung, -vergrößerung, Facelifting, Fettabsaugung, Lidkorrektur);
  - geschlechtsangleichende Operationen;
  - Zahnimplantationen sowie die damit im ursächlichen Zusammenhang stehenden Maßnahmen und Folgen, soweit diese nicht der Beseitigung von Unfallfolgen dienen;
  - präventive Behandlungen und Eingriffe;
  - nichtärztliche Hauspflege sowie Maßnahmen der Geriatrie und der Heilpädagogik;
  - alle Formen der künstlichen Befruchtung (z. B. 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 Kraftanstrengung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule ein Gelenk verrenkt wird oder Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerrt oder gerissen werden.
- Wundstarrkrampf und -Tollwut, verursacht durch einen Unfall und die Folgen von Insektenstichen und -bissen sowie von Schlangenbissen gelten ebenfalls als Unfall.

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

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

- (6) Versichert können nur Personen werden, die in Österreich ihren Hauptwohnsitz haben.
- (7) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Versicherungsfälle weltweit, falls die Besonderen Versicherungsbedingungen (BVB) der einzelnen Tarife keine Einschränkung dieses örtlichen Geltungsbereiches vorsehen.

## § 2 Beginn des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem der Meldung beim Versicherer folgendem Monatsersten. Sofern danach Wartezeiten zur Anwendung kommen, gilt Abs. (2).
- (2) Tritt der Versicherungsfall vor Ablauf der Wartezeit ein, so ist der Versicherer zur Leistung nur dann verpflichtet, wenn der Versicherte (Mitversicherte) beweist, dass die Schwangerschaft erst nach diesem Zeitpunkt begonnen hat.

## § 3 Wartezeiten

- (1) Die Wartezeiten werden ab Versicherungsbeginn gerechnet.
- (2) Wartezeiten werden für folgende Versicherungsfälle vorgeschrieben, sofern die Besonderen Versicherungsbedingungen (BVB) Leistungen hierfür vorsehen:

Für Schwangerschaften, Entbindungen und damit im Zusammenhang stehende medizinisch notwendige Heilbehandlungen und medizinisch notwendige Untersuchungen sowie für Fehlgeburten besteht Versicherungsschutz erst nach Ablauf einer Wartezeit von 7 Monaten.

## § 4 Art und Umfang des Versicherungsschutzes

- (1) Art und Umfang des Versicherungsschutzes ergeben sich aus dem Tarif (den Besonderen Versicherungsbedingungen - BVB). 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 physikalischer Heilbehandlungen werden erstattet, wenn sie durch einen Arzt oder einen zur Heilbehandlung am Kranken Berechtigten durchgeführt wurden.

Zusätzliche Kosten für Ordinationen oder Hausbesuche werden hierbei nicht vergütet.

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

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

Als solche 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, Hilfsmittel und refraktive Augenoperationen einen Kostenersatz geleistet, so besteht ein neuerlicher Anspruch auf Leistungen erst nach Ablauf der vom Versicherer in den Besonderen Versicherungsbedingungen (BVB) festgesetzten Nutzungsdauer, sofern nicht zu einem früheren Zeitpunkt aus medizinischen Gründen eine Neuanschaffung notwendig ist.

Bei Sehbehelfen ist ferner zu beachten: Versicherungsfall ist der medizinisch notwendige Sehbehelf wegen Fehlsichtigkeit, welche in Dioptrien angegeben wird. Die Fehlsichtigkeit wird durch einen Sehbehelf korrigiert, wobei der Versicherer für Brillen in den Besonderen Versicherungsbedingungen (BVB) eine Nutzungsdauer festsetzt. Während dieser Nutzungsdauer kann nur dann ein neuerlicher Anspruch auf Versicherungsleistung entstehen, wenn sich die Dioptrien ändern und der tarifliche Höchstsatz in den jeweiligen gültigen Besonderen Versicherungsbedingungen (BVB) noch nicht erreicht wurde. Auch in diesem Fall werden jedoch die Leistungen, die innerhalb der Nutzungsdauer bereits erbracht wurden, auf den Höchstsatz angerechnet und nur noch der verbleibende Betrag bis zum Erreichen des Höchstsatzes ersetzt.

- (8) Die Kosten der im Rahmen einer Heilbehandlung verordneten und aus einer Apotheke bezogenen Arzneimittel werden ersetzt. Nicht erstattet werden die Kosten für Nähr- und Stärkungsmittel, Vitaminpräparate, Nahrungsergänzungsmittel, Lebensmittel, Produkte aus

einem natürlichen Heilvorkommen, Medizinalweine, Tonika, kosmetische Mittel, alle nicht in Österreich registrierten Arzneimittel und alle weiteren, nicht ausdrücklich genannten Stoffe, die keine pharmakologische Wirkung entfalten.

### 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 nicht, wenn er lediglich zu Zwecken der Pflege dient.

- (10) Für eine stationäre Heilbehandlung im Sinne des Abs. (9) in den nachstehend angeführten Krankenanstalten bzw. den entsprechenden Organisationseinheiten und Betriebsformen von Krankenanstalten aller Art, werden Leistungen nur insoweit erbracht, als der Versicherer diese vor Beginn der Heilbehandlung in geschriebener Form zugesagt hat.

Dies gilt für Krankenanstalten,

- 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;
  - 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 (Inquisitenspitälern);
- 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 erbringt Leistungen für stationäre Heilbehandlungen in Anstalten nach Abs. (10) und (11) jedoch dann, wenn die Dringlichkeit der stationären Heilbehandlung das Aufsuchen einer Krankenanstalt im Sinne des Abs. (9) bzw. die Einholung einer vor Beginn der stationären Heilbehandlung 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 gemäß den Besonderen Versicherungsbedingungen (BVB) 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 Körpersatzstücken, 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 Operation gemäß Tarif voll, jede weitere in verschiedenen Operationsfeldern mit höchstens 50 %, Operationen 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) Kur- und Erholungskosten

Im Versicherungsfall der Kurbehandlung oder des Kuraufenthaltes werden Leistungen nach Maßgabe der Tarife (Besonderen Versicherungsbedingungen - BVB) erbracht.

- (17) Begleitperson

In Tarifen (Besonderen Versicherungsbedingungen - BVB), in denen Leistungen für diesen Versicherungsfall vorgesehen sind, werden bei stationärem Krankenhausaufenthalt eines versicherten Kindes bis zum vollendeten 12. Lebensjahr zusätzlich die Kosten des 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 Verpflegungskosten vergütet. Ansonsten wird höchstens das tägliche Krankenhaus-Ersatztagelohn für Erwachsene, das im kostendeckenden Tarif für das Kind vorgesehen ist, bezahlt.

## § 5

### Einschränkung des Versicherungsschutzes

- (1) Vom Versicherungsschutz ausgenommen sind Heilbehandlungen, die vor Versicherungsbeginn begonnen haben.
- (2) Kein Versicherungsschutz besteht für die Heilbehandlung
  - von Krankheiten und Unfällen, die als Folge des Genusses von Alkohol oder Suchtgiften eintreten, sowie für Entziehungmaßnahmen und Entziehungskuren;
  - bei Unterbringung wegen Selbst- oder Fremdgefährdung;
  - von Krankheiten und Unfällen sowie deren Folgen, die durch aktive Beteiligung an Unruhen, durch schuldhaftige Beteiligung an Schlägereien oder bei der Begehung einer gerichtlich strafbaren Handlung, die Vorsatz voraussetzt, entstehen;
  - bei Folgen von Selbstmordversuchen;
  - von Krankheiten und Unfällen und deren Folgen, die der Versicherte (Mitversicherte) hinsichtlich der eigenen Person vorsätzlich herbeigeführt haben.
  - von Krankheiten und Unfällen sowie deren Folgen, die durch Kriegsereignisse jeder Art, einschließlich Neutralitätsverletzungen, entstehen.
  - von Krankheiten und Unfällen sowie deren Folgen, die auf Reisen eintreten, die trotz Reisewarnung der österreichischen Bundesregierung angetreten wurden.
  - von Krankheiten und Unfällen sowie deren Folgen, die aufgrund der Ausübung von Extremsportarten (insbesondere Base-Jumping, Klippenspringen, Downhill-Biking, Free Solo-Klettern, Slacklines in großer Höhe, Inline Speedskating, Tauchen in mehr als 40 Meter Tiefe oder bei Tauchgängen unter besonders gefährlichen Verhältnissen wie z.B. Apnoe-Tauchen), Expeditionen in entlegene, unerforschte oder schwer zugängliche Gebiete mit kaum vorhandener Infrastruktur, Bergfahrten bzw. Bergbesteigungen ab 4.000m Höhe über dem Meeresspiegel, Montagearbeiten und dgl. entstehen.
- (3) Hat der Versicherte die Krankheit oder den Unfall und deren Folgen hinsichtlich eines Mitversicherten vorsätzlich herbeigeführt, bleibt die Leistungspflicht des Versicherers bestehen. Der Schadenersatzanspruch des Mitversicherten gegen den Versicherten geht auf den Versicherer über.
- (4) Geht die Heilbehandlung über das medizinisch notwendige Maß hinaus, welches sich aus der durchschnittlichen Verweildauer der jeweiligen Behandlung und der Einschätzung unserer Vertrauensärzte ergibt, so ist der Versicherer berechtigt, die Erstattung auf das angemessene Ausmaß herabzusetzen.
- (5) Der Versicherer kann 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 einer Mitteilung vom Versicherer in schriftlicher oder in geschriebener Form durchgeführt werden. Für laufende Versicherungsfälle besteht Versicherungsschutz bis zum Ablauf des 3. Monats nach Zustellung dieser Mitteilung.

## § 6

### Auszahlung der Versicherungsleistungen

- (1) Die Auszahlung der Versicherungsleistung erfolgt durch den Rückversicherer im Namen und auf Rechnung des Versicherers; dies aufgrund von saldierten Originalrechnungen oder Aufenthaltsbestätigungen, welche bei der Merkur Versicherung AG (Rückversicherer) einzureichen sind. 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 Rückversicherer darf den Überbringer von Belegen, soweit dieser versicherte Person, Mitversicherer ist oder eine vom Versicherten gesondert zum Empfang von Leistungen bekannt gegebene Person ist, als zum Empfang der darauf entfallenden Versicherungsleistungen berechtigt ansehen.
- (3) Der Versicherer darf nur solche Gebühren verlangen, die der Abgeltung von Mehraufwendungen dienen, die durch das Verhalten des Versicherten (Mitversicherten) veranlasst worden sind (z.B. Anfragen beim zentralen Melderegister für beim Versicherer nicht bekannt gegebenen Adressänderungen, Kosten für Übersetzungen von allfälligen Krankenunterlagen und zugehörigen Rechnungen).
- (4) Die im Zusammenhang mit der Heilbehandlung im Ausland nicht in Eurowährung entstandenen Kosten werden zum Referenzkurs der Europäischen Zentralbank des letzten Behandlungstages in Euro umgerechnet.

- (5) Die Ansprüche auf Versicherungsleistungen können ohne Zustimmung des Versicherers weder verpfändet noch abgetreten werden.

## § 7

### Ende des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherungsschutz endet mit dem Ende des Monats des Ausscheidens des Versicherten aus dem Wohlfahrtsfonds.

## PFLICHTEN DES VERSICHERTEN

### § 8

#### Obliegenheiten

#### A Pflichten des Versicherten (Mitversicherten) während des Bestehens des Versicherungsverhältnisses

- (1) Der Versicherte (Mitversicherte) hat auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Art und des Umfanges des Versicherungsschutzes erforderlich ist.

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

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

#### B Folgen der Verletzung von Pflichten während des Bestehens des Versicherungsverhältnisses

- (3) Erfüllt der Versicherte (Mitversicherte) die Auskunftspflicht des § 8 A Abs. (1) nicht, so wird die Versicherungsleistung erst mit Erfüllung der Auskunftspflicht fällig. Hat die Nicht-Erfüllung der Auskunftspflicht weder auf die Feststellung des Versicherungsfalles noch auf die Feststellung oder den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung Einfluss, so bleibt der Versicherer zur Leistung verpflichtet.

### § 9

#### Subsidiaritätsklausel/Anspruch gegen Dritte

- (1) Versicherungsleistungen werden nur erbracht, soweit der Versicherte (Mitversicherte) nicht aus anderen privatrechtlichen Versicherungsverträgen eine Leistung erhält. Die Versicherungsleistung nach diesem Versicherungsverhältnis ist daher nachrangig.
- (2) Bestehen für einen Versicherungsfall neben dem Anspruch gegen den Versicherer gleichartige Ansprüche gegenüber dritten Personen oder öffentlich-rechtlichen oder privaten Versicherungsträgern, so gehen diese Ansprüche insoweit auf den Versicherer über, als dieser die Kosten ersetzt. Der Anspruchsberechtigte ist verpflichtet, diese Abtretung auf Verlangen dem Versicherer zu bestätigen.
- (3) Soweit der Anspruchsberechtigte von schadenersatzpflichtigen dritten Personen oder aufgrund anderer Versicherungsverträge schon Ersatz der ihm entstandenen Kosten erhalten hat, ist der Versicherer berechtigt, den Ersatz auf seine Leistungen anzurechnen.
- (4) Die Verpflichtung des Versicherers zur Leistung für Kosten, deren (teilweisen) Ersatz der Anspruchsberechtigte von einem öffentlich-rechtlichen Versicherungsträger fordern kann, tritt erst ein, wenn letzterer die ihm obliegenden Leistungen erbracht oder abgelehnt hat.
- (5) Gibt der Anspruchsberechtigte seinen Anspruch gegen Dritte oder ein zur Sicherung des Anspruchs dienendes Recht ohne Zustimmung des Versicherers auf, so wird der Versicherer insoweit von der Ersatzpflicht frei, als er aus dem Anspruch oder dem Rechte hätte Ersatz erlangen können.

## SONSTIGE BESTIMMUNGEN

### § 10

#### Form und Empfänger von Willenserklärungen und Anzeigen

- (1) Anzeigen und Erklärungen des Versicherten oder sonstiger Dritter haben in geschriebener Form zu erfolgen, soweit nicht Schriftform vereinbart wurde oder das Gesetz Schriftform vorsieht.
- (2) Hat der Versicherte (Mitversicherte) seinen Wohnsitz gewechselt, dies aber nicht dem Versicherer mitgeteilt, so genügt zur Rechtswirksamkeit von Willenserklärungen des Versicherers dem Versicherten (Mitversicherten) gegenüber die Absendung der Erklärung an die letzte dem Versicherer bekannte Anschrift.

