

DATENERFASSUNGSBOGEN ÜBERNAHME DER KOSTEN SONDERKLASSE § 48a

An die
 Ärztekammer Salzburg
 Wohlfahrtsfonds
 Faberstraße 10
 5020 Salzburg

Sie können die Unterlage gerne auch via Fax (0662 871327-10) oder eingescannt via Email (lechner-schedler@aeksbg.at) übermitteln

Anspruchsberechtigter – Versicherungsnehmer P1

| | | |
|---|--------------------------|-------------------------------|
| Titel und Nachname | | |
| Vorname | | |
| Straße | | |
| PLZ und Ort | | |
| Sozialversicherungsnummer | | |
| Geburtsdatum | | |
| Telefonnummer | | |
| Email | | |
| Versicherungsträger Krankenversicherung nach ASVG/GSVG/FSVG | <input type="checkbox"/> | BVA |
| | <input type="checkbox"/> | Sonstiger Versicherungsträger |

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 | | |
| Versicherungsträger Krankenversicherung nach ASVG/GSVG/FSVG | <input type="checkbox"/> | BVA |
| | <input type="checkbox"/> | Sonstiger Versicherungsträger |

Personaldaten Kinder

| | | |
|---|--------------------------|-------------------------------|
| Nachname, Vorname | | |
| Sozialversicherungsnummer bzw. Geburtsdatum | | |
| Versicherungsträger Krankenversicherung nach ASVG/GSVG/FSVG | <input type="checkbox"/> | BVA |
| | <input type="checkbox"/> | Sonstiger Versicherungsträger |

| | | |
|---|--------------------------|-------------------------------|
| Nachname, Vorname | | |
| Sozialversicherungsnummer bzw. Geburtsdatum | | |
| Versicherungsträger Krankenversicherung nach ASVG/GSVG/FSVG | <input type="checkbox"/> | BVA |
| | <input type="checkbox"/> | Sonstiger Versicherungsträger |

| | | |
|---|--------------------------|-------------------------------|
| Nachname, Vorname | | |
| Sozialversicherungsnummer bzw. Geburtsdatum | | |
| Versicherungsträger Krankenversicherung nach ASVG/GSVG/FSVG | <input type="checkbox"/> | BVA |
| | <input type="checkbox"/> | Sonstiger Versicherungsträger |

| | | |
|---|--------------------------|-------------------------------|
| Nachname, Vorname | | |
| Sozialversicherungsnummer bzw. Geburtsdatum | | |
| Versicherungsträger Krankenversicherung nach ASVG/GSVG/FSVG | <input type="checkbox"/> | BVA |
| | <input type="checkbox"/> | Sonstiger Versicherungsträger |

| | |
|---|--|
| Anmeldung bzw. Versicherungsbeginn (Immer Monatserster!) | |
| Die Beitragspflicht beginnt am Monatsersten, der dem Dienstbeginn bzw. der Übermittlung der Stammdaten zur Ärztekammer/zum Wohlfahrtsfonds folgt. Fällt dies auf einen Monatsersten, dann auf diesen Tag. | |

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

§ 48a

Krankenunterstützung gemäß § 106 Abs. 7 Ärztegesetz - Übernahme der Kosten der Sonderklasse

- (1) Erfordert die Berufsunfähigkeit eine stationäre Krankenhausbehandlung, werden für alle Teilnehmer, unter der Voraussetzung der Leistung der in der Beitragsordnung hierfür vorgesehenen Beiträge, die Kosten der Sonderklasse- Einbettzimmer in allen Vertragskrankenhäusern in Österreich zur Gänze übernommen und mit diesen direkt verrechnet.
In allen übrigen Krankenanstalten erfolgt die Abrechnung nach den jeweils gültigen tariflichen Sätzen. Soweit die Satzung nichts anderes bestimmt, werden die Leistungen nach Maßgabe der auf diese Krankenunterstützung zutreffenden Bestimmungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für Krankheitskosten- und Krankenhaustageversicherungen (AVB – 1995 Fassung 2002) gewährt, in Verbindung mit einem allenfalls mit einem Versicherungsunternehmen abgeschlossenen Rückversicherungs- und Kooperationsvertrag.
Diese Bestimmungen der Musterbedingungen sowie die Vertragskrankenhäuser und die tariflichen Sätze sind von der Ärztekammer den Teilnehmern bekannt zu geben.
- (2) Die Bestimmungen des Abs.1 gelten sinngemäß auch für die nachstehenden Personen:
1. Ehegatten der Teilnehmer,
 2. Kinder der Teilnehmer unter den im § 34 genannten Voraussetzungen,
 3. Bezieher einer Alters- oder Invaliditätsversorgung gemäß § 27 Abs. 1 Z.1 und 2 einschließlich deren Ehegatten und Kinder unter den im § 34 genannten Voraussetzungen.
 4. Bezieher einer Witwen- oder Witwerversorgung gemäß § 27 Abs.1 Z.4a einschließlich deren Kinder, denen eine Waisenversorgung gemäß § 27 Abs.1 Z.4b gewährt wird, beziehungsweise Bezieher einer solchen.
- (3) Die Anmeldung der Teilnehmer zu dieser Leistung erfolgt mit dem auf das Zugangsdatum folgenden Monatsersten, fällt das Zugangsdatum auf einen Monatsersten, mit diesem. Ehegatten werden nach Meldung durch den Teilnehmer mit dem Ersten des Monats der Eheschließung, Kinder mit dem ersten des Geburtsmonats angemeldet.
- (4) Die Übernahme der Kosten der Sonderklasse erfolgt, sofern der dafür zu entrichtende Beitrag pro Versichertem vor der Inanspruchnahme für mindestens drei Monate, bei Inanspruchnahme aufgrund von Schwangerschaften, Entbindungen und damit im Zusammenhang stehenden Heilbehandlungen und Untersuchungen sowie aufgrund von Fehlgeburten für mindestens neun Monate entrichtet wurde.
- (5) Die Wartefristen entfallen in den folgenden Fällen:
1. Versicherung bei Neueintritt in den WFF innerhalb der ersten 12 Wochen
 2. Nachgewiesene anderweitige Vorversicherung (Sonderklasseversicherung)
 3. Nachversicherung von Ehegatten oder eingetragenen Partnern innerhalb von 12 Wochen nach Eheschließung oder Eintragung
 4. Nachversicherung von neugeborenen Kindern innerhalb von 12 Wochen nach Geburt
 5. Für einen vom Verwaltungsausschuss nach Rücksprache mit der Rückversicherung definierten Zeitraum einer Nachwerbboffensive des Rückversicherers.

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 nach vollständiger Übermittlung der Stammdaten (Datenerfassungsbogen für Mitglied und Familienangehörige).

**Krankenunterstützung gem. § 106 Abs. 7 Ärztegesetz
und gem. § 48a Abs. 1 und Abs. 2 der Satzung -
ÜBERNAHME DER KOSTEN DER SONDERKLASSE
(„Zusatzkrankenversicherung“)**

1) Wer ist Teilnehmer und anspruchsberechtigt?

- Alle Wohlfahrtsfondsmitglieder
- Alle Bezieher einer Alters- oder Invaliditätsversorgung, jeweils einschließlich der Ehegatten und aller anspruchsberechtigten Kinder.
- Bezieher einer Witwen(Witwer-)versorgung bzw. Waisenversorgung.

Für Kinder bzw. Waisen gilt die Teilnahme solange, als die Voraussetzungen für die Gewährung einer Kinderunterstützung bzw. Waisenversorgung vorliegen, vereinfacht ausgedrückt: bis zum 19. Lebensjahr, bei Schul- oder Berufsausbildung bis zum 27. Lebensjahr, darüber hinaus im Falle der Erwerbsunfähigkeit.

Die Teilnahme von Angehörigen ohne gleichzeitige Teilnahme des Kammerangehörigen bzw. Beziehers der Alters- oder Invaliditätsversorgung ist nicht möglich.

2) Was beinhaltet diese Leistung?

Bei einem stationären Krankenhausaufenthalt werden die Kosten der Sonderklasse - Einbettzimmer - in allen Vertragskrankenhäusern Österreichs oder eines Allgemeinen öffentlichen Krankenhauses im europäischen Ausland zur Gänze übernommen und mit diesem direkt verrechnet. Ein Verzeichnis der österreichischen Vertragskrankenhäuser liegt bei. In allen übrigen Krankenhäusern wird nach den jeweils gültigen Tarifsätzen abgerechnet.

Bei Auslandsaufenthalten werden die Kosten eines medizinisch begründeten und ärztlich angeordneten Rücktransportes des Versicherten aus dem Ausland zum Zwecke der medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in Österreich sowie die entstehenden Kosten der Rückbeförderung einer dem Erkrankten nahestehenden mitversicherten Begleitperson (Ehegatten, Elternteil, Kind) ersetzt (Tyrolean Air Ambulance Tel.: 0512/22422).

Ersetzt werden auch die Kosten der Überführung eines im Ausland verstorbenen Versicherten aus dem Ausland in seinen Heimatort.

Ebenso umfasst der Versicherungsschutz Leistungen für eine medizinisch notwendige ambulante ärztliche Heilbehandlung wegen Krankheit oder Unfall, die bei einer Reise oder einem vorübergehenden Aufenthalt im Ausland erforderlich sind. Ebenfalls werden Medikamentenkosten ersetzt. Weitere Informationen sind dem Leistungsverzeichnis zu entnehmen.

Im Übrigen gelten die einschlägigen Bestimmungen der allgemeinen und besonderen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung.

Fragen zum Leistungsumfang richten Sie bitte direkt an die

Merkur Versicherung AG, Conrad-von-Hötzendorf Straße 84, 8010 Graz
Frau Mariella Knopper
mariella.knopper@merkur.at
0316/8034-2300

3) Leistungsabwicklung

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 erbracht und direkt mit den Krankenhäusern 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.

4) 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.

5) Welche Beiträge sind monatlich zu bezahlen?

Anspruchsberechtigte gem. § 48a Abs. 1 und Abs. 2 der Satzung zahlen bei (erstmaliger) Teilnahme für die Deckung der Leistungen der Krankenunterstützung gemäß § 48a der Satzung monatlich den dem tatsächlichen Lebensalter (Eintrittsalter) entsprechenden Beitrag, wobei die Wertanpassung in den Folgejahren entsprechend der dem tatsächlichen Lebensalter entsprechenden Altersstufe erfolgt.

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

| Unisex | SAKR, alle außer BVA | SAKR, BVA | Unisex | SAKR, alle außer BVA | SAKR, BVA |
|--------|---------------------------------------|---------------------------------------|--------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Alter | Tarifprämie Neueintritt ab 01.01.2021 | Tarifprämie Neueintritt ab 01.01.2021 | Alter | Tarifprämie Neueintritt ab 01.01.2021 | Tarifprämie Neueintritt ab 01.01.2021 |
| 19 | € 69,92 | € 59,43 | 50 | € 166,42 | € 141,46 |
| 20 | € 70,09 | € 59,58 | 51 | € 171,27 | € 145,57 |
| 21 | € 70,28 | € 59,74 | 52 | € 176,21 | € 149,79 |
| 22 | € 70,47 | € 59,90 | 53 | € 181,23 | € 154,06 |
| 23 | € 71,32 | € 60,64 | 54 | € 186,32 | € 158,39 |
| 24 | € 72,49 | € 61,62 | 55 | € 191,48 | € 162,76 |
| 25 | € 73,94 | € 62,84 | 56 | € 196,71 | € 167,22 |
| 26 | € 75,63 | € 64,31 | 57 | € 202,03 | € 171,73 |
| 27 | € 77,61 | € 65,96 | 58 | € 207,49 | € 176,38 |
| 28 | € 79,82 | € 67,84 | 59 | € 213,04 | € 181,10 |
| 29 | € 82,22 | € 69,89 | 60 | € 218,70 | € 185,88 |
| 30 | € 84,86 | € 72,12 | 61 | € 224,48 | € 190,81 |
| 31 | € 87,66 | € 74,51 | 62 | € 230,41 | € 195,86 |
| 32 | € 90,64 | € 77,04 | 63 | € 236,44 | € 200,99 |
| 33 | € 93,78 | € 79,72 | 64 | € 242,67 | € 206,28 |
| 34 | € 97,08 | € 82,53 | 65 | € 249,06 | € 211,71 |
| 35 | € 102,29 | € 86,97 | | | |
| 36 | € 105,93 | € 90,05 | | | |
| 37 | € 109,67 | € 93,22 | | | |
| 38 | € 113,52 | € 96,51 | | | |
| 39 | € 117,52 | € 99,87 | | | |
| 40 | € 121,56 | € 103,34 | | | |
| 41 | € 125,72 | € 106,86 | | | |
| 42 | € 129,96 | € 110,46 | | | |
| 43 | € 134,26 | € 114,14 | | | |
| 44 | € 138,67 | € 117,83 | | | |
| 45 | € 143,11 | € 121,65 | | | |
| 46 | € 147,63 | € 125,49 | | | |
| 47 | € 152,23 | € 129,39 | | | |
| 48 | € 156,91 | € 133,38 | | | |
| 49 | € 161,63 | € 137,39 | | | |

| | | | |
|-----------------------|----------|---------|--|
| Kinder bis 18. LJ | € 34,96 | € 29,73 | |
| ab 3 Kinder oder mehr | € 104,86 | € 89,19 | |
| Kinder ab 18. LJ | € 87,67 | € 74,52 | |

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

TarifSAKR21 - für die Ärztekammer Salzburg nach Vertragskrankenhausverzeichnis - Liste 1 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 Krankenhausstagegeldversicherung (AVB-1995 / in der geltenden Fassung - in weiterer Folge AVB-1995 genannt).

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

Die Spitalskostenversicherung nach diesem Tarif kann nur abgeschlossen werden oder bestehen, wenn für den jeweiligen Versicherten ein Leistungsanspruch bei einer Pflichtkrankenkasse oder ein Sozialversicherungsersatztarif besteht.

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 (§ 5(8)-(12) AVB-1995)

A Stationäre Heilbehandlung und Entbindung in der Sonderklasse/ Mehrbettzimmer oder Einbettzimmer eines Vertragskrankenhauses nach diesem Tarif

- Bei stationärer Heilbehandlung in der Sonderklasse/ Mehrbettzimmer oder Einbettzimmer eines Vertragskrankenhauses übernimmt der Versicherer anstelle aller anderen Leistungen (Pflegegebühren, Operationskosten, Behandlungskosten bei operativen oder nichtoperativen Fällen, Geburtskostenbeihilfe) die durch Gesetz, Verordnung oder Vertrag festgesetzten oder vereinbarten Aufzahlungskosten auf die Leistungen der österreichischen Pflichtkrankenkasse oder eines Sozialversicherungsersatztarifes (Kostendifferenz auf die Sonderklasse/ Mehrbettzimmer oder Einbettzimmer), und zwar auch dann, wenn fallweise die tariflichen Leistungen zur vollen Kostendeckung nicht ausreichen.

Die Kostenübernahme erfolgt durch Ausstellung einer Kostenverpflichtungserklärung und Direktverrechnung mit der Krankenhausverwaltung.

Diese Kostendeckungszusage (und die Kostendeckungszusage für eine Begleitperson nach Pkt. D(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.

Als Vertragskrankenhäuser gelten die im Vertragskrankenhausverzeichnis nach diesem Tarif angeführten Krankenhäuser. Diese gelten nur solange und im Ausmaß als Vertragskrankenhäuser, wie die Krankenhausgebühren und Arzthonorare durch Gesetz, Verordnung oder Vertrag, vor allem auch ihrer Höhe nach, geregelt sind und die Kostendeckungszusage nicht widerrufen wird.

- 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 und die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau (BVAEB) die anteiligen Kosten direkt mit dem Versicherer verrechnet. Der Versicherungsnehmer (Versicherte in der Gruppenversicherung) tritt seinen Anspruch bei der BVAEB auf anteilige Kosten für die Sonderklasse/ Mehrbettzimmer an den Versicherer ab.
- 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.

B Stationäre Heilbehandlung in der Sonderklasse/ Mehrbettzimmer eines anderen Krankenhauses

- Bei stationärer Heilbehandlung, die nicht unter Pkt. I.A fällt, werden folgende Leistungen erbracht:

a) Pflegegebühren

sind die Differenz der Kosten der Allgemeinen Gebührenklasse auf die Sonderklasse/ Mehrbettzimmer.

b) Behandlungskosten bei nichtoperativen Fällen

sind die über die Pflegegebühren hinaus entstehenden Behandlungs- und Nebenkosten bei nichtoperativen Fällen in einem Krankenhaus für die Dauer der medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung.

c) Behandlungskosten bei operativen Fällen

sind die über die Pflegegebühren hinaus entstehenden Behandlungs- und Nebenkosten bei operativen Fällen in einem Krankenhaus für die Dauer der medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung.

Zusätzlich werden Operationskosten entsprechend dem Operationsgruppenverzeichnis, das zum Zeitpunkt des Eintritts des Versicherungsfalles maßgebend ist, vergütet.

Das Operationsgruppenverzeichnis wird auf Anforderung ausgefolgt.

Werden anstelle einer Operation Röntgen-, Tiefen- oder Radiumbestrahlungen durchgeführt (§ 5(15) AVB-1995), erfolgt eine Vergütung bis zum halben Ausmaß der jeweiligen Operationsgruppe.

d) Organtransplantationen, kombinierte Krebsbehandlung

Für Organtransplantationen und kombinierte Krebsbehandlung (Operationen ab Operationsgruppe VI in Verbindung mit Strahlenbehandlung und/oder Chemotherapie) werden anstelle aller anderen Leistungen gemäß Pkt. b) und c) Vergütungen pro Versicherungsfall erbracht.

- Besondere Honorare gemäß § 46 Krankenanstaltengesetz sind im Versicherungsschutz nicht enthalten.

C Stationäre Heilbehandlung in der Sonderklasse/ Mehrbettzimmer in Europa

- Bei stationärer Heilbehandlung in der Sonderklasse/ Mehrbettzimmer eines allgemein öffentlichen Krankenhauses im europäischen Ausland werden die Honorare, Behandlungskosten und Tageskosten (Pflegegebühr, Sachaufwand) abzüglich der satzungsgemäß zu vergütenden Leistungen des Sozialversicherungsträgers oder eines Sozialversicherungsersatztarifes in voller Höhe vergütet.

Diese Kostendeckungszusage (und die Kostendeckungszusage für eine Begleitperson nach Pkt. D(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.

- 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 Krankenhausaufenthalt für eine Begleitperson (§ 5(21) AVB-1995)

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

E Krankentransportkosten (§ 5(13) AVB-1995)

Diese werden bis zu einem Höchstbetrag vergütet.

II. Operative ambulante Heilbehandlung in Tageskliniken und Arztpraxen

In Abänderung der Bestimmungen des § 5(11) AVB-1995 wird Versicherungsschutz auch bei operativen Heilbehandlungen in Tageskliniken und Arztpraxen gewährt. Der Versicherungsschutz umfasst Leistungen für medizinisch notwendige operative Heilbehandlungen und für Entbindungen, die in der Ordination eines Arztes oder in einer Tagesklinik durchgeführt werden, wenn dadurch eine stationäre Heilbehandlung nachweislich vermieden wird.

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

- 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. Allfällige Leistungen der Pflichtkrankenkasse oder eines Sozialversicherungsersatztarifes werden in Abzug gebracht.

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.

- 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.

B Operative ambulante Heilbehandlung in anderen Tageskliniken und Arztpraxen

- Bei operativer ambulanter Heilbehandlung, die nicht unter Pkt. II.A 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.

- Behandlungskosten für diagnostische Maßnahmen unter Anwendung der Computertomographie, der Kernspintomographie, von Isotopen oder Endoskopie, interventionelle Endoskopie sowie Serienbehandlungen auf dem Gebiet der Infusions- oder Chemotherapie werden pro Versicherungsfall vergütet.

C Krankentransportkosten

In Abänderung der Bestimmungen des § 5(13) AVB-1995 werden Krankentransportkosten übernommen.

D 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.A oder B nach ärztlicher Anordnung eine Hauspflege notwendig, wird je nach Art des chirurgischen Eingriffes ab Operationsgruppe III eine Pflegepauschale bezahlt.

III. 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 Ärztgesundheit) namhaft gemachten Experten (insbesondere Facharzt für Psychiatrie) durchgeführt wird.

Der Anspruch auf Vergütung der Burn-out Beratungsgespräche nach diesem Tarif entfällt, sofern ein anderer Tarif der Krankheitskostenversicherung bereits besteht oder abgeschlossen wird, der diese Leistung vorsieht; dies gilt insbesondere betreffend den Grundtarif für die Ärztekammer Salzburg (SAEK).

IV. Geburtskostenbeihilfe (§ 4(3)a, § 5(17) AVB-1995)

Erfolgt die Entbindung weder in einem Vertragskrankenhaus (gemäß Pkt. I.A), noch in einem allgemein öffentlichen Krankenhaus im europäischen Ausland (gemäß Pkt. I.C), noch in einer Vertragstagesklinik oder Ordination eines Vertragsarztes (gemäß Pkt. II.A), wird anstelle aller anderen Leistungen gegen Vorlage einer Geburtsurkunde eine Geburtskostenbeihilfe ausbezahlt. Bei Mehrlingsgeburten wird für jede weitere Geburt die Hälfte geleistet.

Erfordert die Entbindung einen operativen Eingriff ab Operationsgruppe IV, wird für die Operationskosten gesondert Ersatz im tariflichen Ausmaß geleistet.

In Abänderung der Bestimmungen des § 4(3)a AVB-1995 beträgt die besondere Wartezeit 7 Monate.

V. Leistungs- und Prämienanpassung

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

VI. Beendigung der Versicherung, Recht auf Weiterversicherung

Unbeschadet der Bestimmungen der §§ 13, 14 und 15 AVB-1995 endet die Versicherung nach Vorlage der entsprechenden Nachweise auch:

- (1) Für Versicherte, deren Anspruchsberechtigung bei einer Pflichtkrankenkasse erlischt, und zwar mit dem Ende der Anspruchsberechtigung. Für solche Versicherte besteht jedoch ein Recht auf Weiterversicherung nach einem Krankheitskostentarif; § 4(5) AVB-1995 ist anzuwenden. Die Weiterversicherung muss nachweislich in unmittelbarem Anschluss beantragt werden.
- (2) Für Versicherte, die arbeitslos werden, durch Kündigung zu dem auf den Beginn der Arbeitslosigkeit folgenden Monatsletzten ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist.
- (3) Für mitversicherte Kinder endet diese Versicherung mit Vollendung des 27. Lebensjahres. Es besteht jedoch die Möglichkeit der Weiterversicherung nach einem Krankheitskostentarif als Ergänzung zu den Leistungen der bestehenden Pflichtkrankenkasse.

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

| | | | | |
|--|----------------------|-----|----------|----------------|
| Stationäre Heilbehandlung in der Sonderklasse/ Mehrbettzimmer eines anderen Krankenhauses | Operationsgruppe III | bis | EUR | 727,00 |
| | Operationsgruppe IV | bis | EUR | 1.454,00 |
| | Operationsgruppe V | bis | EUR | 2.035,00 |
| Pflegegebühren täglich | | bis | EUR | 183,00 |
| Behandlungskosten bei nichtoperativen Fällen | | bis | EUR | 1.024,00 |
| interne Behandlungspauschale täglich ab dem ersten Tag | | bis | EUR | 170,76 |
| Behandlungskosten bei operativen Fällen | | bis | EUR | 85,36 |
| Ersatz pro Aufenthaltstag | | bis | EUR | 85,36 |
| Höchstsätze für Operationskosten: | | | | |
| Operationsgruppe I | bis | EUR | 679,00 | |
| Operationsgruppe II | bis | EUR | 961,00 | |
| Operationsgruppe III | bis | EUR | 1.415,00 | |
| Operationsgruppe IV | bis | EUR | 2.672,00 | |
| Operationsgruppe V | bis | EUR | 4.005,00 | |
| Operationsgruppe VI | bis | EUR | 5.341,00 | |
| Operationsgruppe VII | bis | EUR | 6.839,00 | |
| Operationsgruppe VIII | bis | EUR | 9.117,00 | |
| Organtransplantationen, kombinierte Krebsbehandlung | | bis | EUR | 13.678,00 |
| Vergütung pro Versicherungsfall | | bis | EUR | 13.678,00 |
| Krankenhausaufenthalt für eine Begleitperson (§ 5(21) AVB-1995) | | | | |
| Kostenersatz für eine Begleitperson: pro Tag | | bis | EUR | 139,92 |
| Krankenhaustransportkosten (§ 5(13) AVB-1995) | | | | |
| Krankenhaustransportkostenersatz | | bis | EUR | 820,00 |
| Operative ambulante Heilbehandlung in anderen Tageskliniken und Arztpraxen | | | | |
| Höchstsätze für Operationskosten: | | | | |
| Operationsgruppe I | bis | EUR | 219,00 | |
| Operationsgruppe II | bis | EUR | 437,00 | |
| Operationsgruppe III | | | | bis EUR 727,00 |
| Operationsgruppe IV | | | | bis EUR 820,00 |
| Operationsgruppe V | | | | bis EUR 100,00 |
| Operationsgruppe VI | | | | bis EUR 100,00 |
| Krankentransportkosten | | | | |
| Krankentransportkostenersatz | | bis | EUR | 727,00 |
| Hauspflegepauschale | | | | |
| Pflegepauschale für: | | | | |
| Operationsgruppe III | | | EUR | 110,00 |
| Operationsgruppe IV | | | EUR | 182,00 |
| Operationsgruppe V | | | EUR | 330,00 |
| Operationsgruppe VI | | | EUR | 440,00 |
| Burn-out Beratungsgespräch | | | | |
| Erstgespräch | | | | |
| 100% der Kosten pro Fall | | bis | EUR | 100,00 |
| Folgespräch | | | | |
| 100% der Kosten pro Fall | | bis | EUR | 100,00 |
| Geburtskostenbeihilfe (§ 4(3)a, § 5(17) AVB-1995) | | | | |
| Geburtskostenbeihilfe | | | EUR | 2.100,00 |

Ergänzende Versicherungsbedingungen für den Rücktransport von Kranken und Verstorbenen aus dem Ausland

und für ambulante und stationäre Heilbehandlungen im Ausland

sowie für die Bergung durch einen Rettungshubschrauber

Wertgesicherter Tarif (mit Anpassungsklausel)

Erster Abschnitt - Tarifbestimmungen

Eine Versicherung nach diesem Tarif kann nur abgeschlossen werden oder bestehen, wenn ein Haupttarif abgeschlossen wird oder besteht.

Als Haupttarife gelten Spitalskostentariife mit jeweils letztgültiger Anpassungsstufe.

Falls im Folgenden nicht etwas Anderes bestimmt ist, gelten für diese Versicherung die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB-1995) und die Besonderen Versicherungsbedingungen des Haupttarifes.

Die Höhe der Leistungen ergibt sich aus dem zweiten Abschnitt - Leistungen.

I. Versicherungsfall

Versicherungsfall nach diesem Tarif ist ein medizinisch begründeter und ärztlich angeordneter Rücktransport aus dem Ausland (Pkt. II. A), eine akute Erkrankung oder der Eintritt eines Unfalles des Versicherten im Ausland (Pkt. II. B), die Überführung eines im Ausland Verstorbenen in den Heimatort (Pkt. II. C), die medizinisch notwendige ambulante ärztliche Heilbehandlung wegen Krankheit oder Unfall (Pkt. II. D), eine medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung im Ausland (Pkt. II. E) und die Bergung eines verunglückten Versicherten durch einen Rettungshubschrauber (Pkt. II. F).

In den Fällen der Punkte II. A, II. B, II. C und II. D ist ein Versicherungsfall und eine Leistungspflicht des Versicherers nicht gegeben, wenn der Auslandsaufenthalt nur zum Zwecke einer Heilbehandlung angetreten wurde.

II. Art und Umfang des Versicherungsschutzes

A Krankenrücktransport aus dem Ausland

- (1) Ersetzt werden die entstehenden Kosten eines Rücktransportes des Versicherten aus dem Ausland zum Zwecke der medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in Österreich, wenn

- der Rücktransport medizinisch begründet und ärztlich angeordnet ist, oder
- ein stationärer Krankenhausaufenthalt im Ausland von mehr als 5 Tagen zu erwarten ist, und der Rücktransport ebenfalls medizinisch begründet und ärztlich angeordnet ist,

sowie einer dem Versicherten nahe stehenden mitversicherten Begleitperson (Ehegatten, Elternteil, Kind).

Medizinisch begründet ist ein Krankenrücktransport aus dem Ausland, wenn eine lebensbedrohende Erkrankung (auch als Folge eines Unfalles) vorliegt und die ärztliche Versorgung im Ausland unzureichend ist.

In jedem Falle werden nur die zusätzlich entstehenden Kosten getragen. Hat der Versicherte bei anderen Versicherungsträgern, Vereinigungen oder Institutionen einen vertraglichen oder gesetzlichen Anspruch auf die Kosten des Krankenrücktransportes aus dem Ausland, besteht Versicherungsschutz im Rahmen dieser Ergänzenden Versicherungsbedingungen nur insoweit, als die Kosten durch diese Dritten nicht übernommen werden.

- (2) 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.
- (3) 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.
- (4) Versicherungsschutz ist nur dann gegeben, wenn die Organisation oder Durchführung des Krankenrücktransportes aus dem Ausland durch und über die TYROL AIR AMBULANCE GmbH, A-6026 Innsbruck-Airport, erfolgt (beauftragtes Unternehmen). Diese ist rund um die Uhr über die Notrufnummer +43(0)512/22422 zu erreichen.
Wird das beauftragte Unternehmen nicht in Anspruch genommen oder besteht kein Vertrag mehr mit diesem, so werden die Kosten pro Versicherungsfall bis zu einem Höchstsatz vergütet.
- (5) Der Antrag auf Durchführung eines Krankenrücktransportes im Sinne dieser Ergänzenden Versicherungsbedingungen hat durch den behandelnden Arzt des im Ausland verunfallten oder erkrankten Versicherten, durch den verunfallten oder erkrankten Versicherten selbst oder durch einen seiner Angehörigen zu erfolgen. Dieser Antrag ist an den Versicherer bzw. an das vom Versicherer beauftragte Unternehmen zu richten. Der Antrag auf Durchführung eines Krankenrücktransportes aus dem Ausland kann nur bei einem bestehenden gültigen Versicherungsvertrag erfolgen und muß folgende Inhalte haben:
1. Versicherungsnummer des Versicherten bei der Merkur Versicherung Aktiengesellschaft
 2. Name, Geburtsdatum und ordentlicher Wohnsitz des Versicherten
 3. Name, Ort und Telefonnummer des Krankenhauses, in dem sich der Versicherte befindet, sowie Name, Erreichbarkeit und Verständigungssprache des behandelnden Arztes
 4. Art der Erkrankung oder des Unfalles und gegenwärtiger Krankheitszustand des Versicherten
 5. Angaben über die Kontaktperson im Ausland (Name, Anschrift, Telefonnummer, Faxnummer, e-mail Adresse, Name des Hotels).
- (6) Nach den Angaben unter Abs. (5) hat der Versicherer bzw. das vom Versicherer beauftragte Unternehmen im Einvernehmen mit dem behandelnden Arzt über die Notwendigkeit des Krankenrücktransportes des Versicherten aus dem Ausland zu entscheiden. Der Versicherer bzw. ein von ihm beauftragtes Unternehmen hat den Rücktransport abzulehnen, wenn aufgrund der Angaben nicht glaubhaft gemacht wurde, daß der Versicherungsschutz nach diesen Ergänzenden Versicherungsbedingungen besteht und die Voraussetzungen für den Krankenrücktransport aus dem Ausland gemäß Abs. (1) und (4) nicht vorliegen.
- (7) Ergibt die Prüfung gemäß Abs. (6), daß Versicherungsschutz für den Krankenrücktransport aus dem Ausland besteht, erfolgt dieser Rücktransport mit einem nach medizinischen Kriterien angemessenen Transportmittel (Krankenfahrzeug, Linienflugzeug oder Notarztflugzeug).
- (8) Kein Versicherungsschutz besteht bei Auslandsreisen mit dem Ziel von Expeditionen, extremen Bergfahrten, Montagearbeiten u. dgl., für Schwangerschaftskomplikationen und für Krankheiten und Unfälle, die ihre Ursache in gerichtlich strafbaren Handlungen unter Vorsatz oder grobfahrlässigem Handeln haben (z.B. Alkohol- oder Drogenmissbrauch, Nichteinhaltung empfohlener Schutzimpfungen).
- (9) Der Versicherer bzw. das von ihm beauftragte Unternehmen haften nicht für einen verspäteten oder überhaupt verhinderten Rücktransport infolge höherer Gewalt, Krieg, innerer Unruhen und Eingriffe von Behörden und Ämtern.
- B Zusatzleistungen für die Inanspruchnahme einer Krankenbesuchsreise durch eine dem Erkrankten (Verunfallten) nahestehende Person, für die Herstellung des Kontaktes zu österreichischen Vertretungsbehörden im Ausland, für die Beistellung einer ortsansässigen Hilfsperson**
- (1) Ist ein Spitalsaufenthalt aufgrund akuter Erkrankung oder Verletzung als Folge eines Unfalles im Ausland von mehr als vierzehntägiger Dauer aus medizinischen Gründen erforderlich, ohne daß die Voraussetzungen für einen Krankenrücktransport gemäß Pkt. II. A vorliegen, oder ein solcher durchgeführt wurde, ersetzt der Versicherer die Kosten für die Organisation einer Krankenbesuchsreise einer dem Erkrankten (Verunfallten) nahestehenden und von diesem gewünschten mitversicherten volljährigen Person (Ehegatte, Elternteil, Kind) zum Ort des Krankenhausaufenthaltes und von dort zurück zum Wohnort sowie die Kosten für eine solche Besuchsreise mittels eines angemessenen Transportmittels. Die Kosten für den Aufenthalt im Ausland werden jedoch nicht ersetzt.
- (2) Erkrankt der Versicherte im Ausland, oder erleidet er aufgrund eines Unfalles im Ausland Verletzungen, und wird dadurch ein Krankenrücktransport im Sinne des Pkt. II. A oder ein Spitalsaufenthalt erforderlich, ersetzt der Versicherer die Kosten für die Herstellung des Kontaktes mit der jeweiligen österreichischen Vertretungsbehörde (Botschaft oder Konsulat), sofern deren Hilfestellung zur Gewährleistung der notwendigen medizinischen Versorgung des Erkrankten (Verunfallten) oder der Organisation des Krankenrücktransportes erforderlich ist.
Bei Vorliegen dieser Voraussetzungen ersetzt der Versicherer weiters die Kosten für die Beistellung einer ortsansässigen Person zum Zweck der Hilfestellung bei der Organisation der notwendigen medizinischen stationären Versorgung oder des Krankenrücktransportes.
- (3) Für diese Zusage gilt Pkt. II. A Abs. (2) und (3).
- (4) Versicherungsschutz ist nur dann gegeben, wenn die Organisation der Krankenbesuchsreise gemäß Abs. (1), die Kontaktherstellung mit den österreichischen Vertretungsbehörden im Ausland sowie die Beistellung einer ortsansässigen Person gemäß Abs. (2) durch die TYROL AIR AMBULANCE GmbH, A-6026 Innsbruck-Airport, erfolgt (beauftragtes Unternehmen). Diese ist rund um die Uhr über die Notrufnummer +43(0)512/22422 zu erreichen.
- (5) Kein Versicherungsschutz besteht bei Auslandsreisen, die der Erkrankte (Verunfallte) mit dem Ziel von Expeditionen, extremen Bergfahrten, Montagearbeiten u. dgl. unternimmt, für Schwangerschaftskomplikationen und für Krankheiten und Unfälle, die ihre Ursache in gerichtlich strafbaren Handlungen unter Vorsatz oder grobfahrlässigem Handeln haben (z. B. Alkohol- oder Drogenmißbrauch, Nichteinhaltung empfohlener Schutzimpfungen).
- C Überführung eines im Ausland Verstorbenen in den Heimatort**
- (1) Ersetzt werden die Kosten der Überführung eines im Ausland verstorbenen Versicherten aus dem Ausland in seinen Heimatort, sofern die Überführung auf Auftrag der Merkur Versicherung Aktiengesellschaft durch die von ihr bestimmte Vertragsorganisation vorgenommen wird.
- (2) Für diese Zusage gilt Pkt. II. A Abs. (2) und (3).
- (3) Wird die Vertragsorganisation nicht in Anspruch genommen oder besteht kein Vertrag mehr, so werden die Kosten pro Versicherungsfall bis zu einem bestimmten Höchstbetrag vergütet.
- (4) Kein Versicherungsschutz besteht in den Fällen des Pkt. II. A Abs. (8) und (9).
- D Leistungen für eine medizinisch notwendige ambulante ärztliche Heilbehandlung wegen Krankheit oder Unfall, die bei einer Reise oder einem vorübergehenden Aufenthalt im Ausland erforderlich wird**
- (1) Für solche ambulante ärztliche Behandlungen und Medikamente werden 100 % der Kosten bis zu einem Höchstbetrag pro Kalenderjahr vergütet.
Durch diese Leistung wird der Anspruch auf eine Prämienrückerstattung nicht ausgeschlossen.
- (2) Für Zahnbehandlungen, Zahnröntgen, Zahnersatz und Kieferregulierungen wird jedoch nicht geleistet.
- E Leistungen für eine medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung im Ausland**
- (1) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in der Sonderklasse/ Mehrbettzimmer eines ausländischen Krankenhauses, die aufgrund des medizinischen Standards in Österreich nicht durchführbar ist, werden weltweit die vollen Kosten (entsprechend und in Verbindung mit den Leistungen des Haupttarifes) abzüglich der satzungsgemäß zu vergütenden Leistungen des Sozialversicherungsträgers oder eines Sozialversicherungssatztarifes einschließlich der Transportkosten für die Hin- und Rückreise übernommen.
Diese Leistungen werden nur erbracht, wenn sie vom Versicherer bzw. von einem vom Versicherer beauftragten Unternehmen organisiert werden.
Ein allenfalls im Haupttarif vorgesehener Selbstbehalt für stationäre Heilbehandlungen wird ebenfalls in Abzug gebracht.
- (2) 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.
- (3) 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.
- III. Hubschrauberrettung**
- (1) Ersetzt werden die Kosten, die
- bei der Bergung innerhalb Österreichs eines bei einem Freizeitunfall in den Bergen verunglückten oder eines in Wassernot geratenen Versicherten, oder
 - bei einem Transport innerhalb Österreichs zur Rettung eines bei einem Freizeitunfall verunglückten Versicherten oder eines an einer plötzlich auftretenden, lebensbedrohenden Krankheit erkrankten Versicherten
- durch einen Rettungshubschrauber von der Unglücksstelle in das Krankenhaus entstehen.
- Eine Krankheit gilt dann als plötzlich auftretende, lebensbedrohende Krankheit, die der Bewertung ab NACA IV gemäß NACA-Score entspricht.
- Der NACA-Score beschreibt den Schweregrad der Verletzung in der Notfallmedizin. Er umfasst ein Scoring-System zur Einordnung des Erkrankungs- oder Verletzungsschweregrades von Patienten in Kategorien.
- Diese Kosten werden bis zu einem Höchstbetrag pro Versicherungsfall vergütet.
- (2) Die Kosten sind mittels der Originalbelege und des Bergungs-/Transportberichtes nachzuweisen.
- IV. Leistungs- und Prämienanpassung**
- Für die Leistungs- und Prämienanpassung gelten die Bestimmungen gemäß § 18 AVB-1995.

(Kostenvergütungsbeträge enthalten die gesetzlich vorgeschriebene MWSt.)

| | | | | |
|--|-----------------------|-----|-----|----------|
| Krankenrücktransport aus dem Ausland | pro Kalenderjahr | bis | EUR | 750,00 |
| bei Nichtinanspruchnahme der Vertragsorganisation pro Versicherungsfall | | bis | EUR | 3.650,00 |
| Überführung eines im Ausland Verstorbenen in den Heimatort | | | | |
| bei Nichtinanspruchnahme der Vertragsorganisation pro Versicherungsfall | | bis | EUR | 750,00 |
| Leistungen für eine medizinisch notwendige ambulante ärztliche Heilbehandlung wegen Krankheit oder Unfall, die bei einer Reise oder einem vorübergehenden Aufenthalt im Ausland erforderlich wird | pro Versicherungsfall | bis | EUR | 3.650,00 |

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 ausgedehnt 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 Korsetts, 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 (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 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 hierfür 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 Aufenthalt 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-

sonst 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 Überweisungsspesen zu bezahlen.

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

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

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

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

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

(9) Die Leistungsfreiheit nach Abs. (4) und (6) tritt nicht ein, wenn der Versicherungsnehmer (Versicherte) bloß ohne sein Verschulden an der rechtzeitigen Zahlung gehindert war oder mit nicht mehr als 10 % der Jahresprämie, maximal aber mit dem gesetzlichen Höchstbetrag, im Verzug ist.

Die Nichtzahlung von Zinsen und Kosten löst die Möglichkeit des Rücktritts, der Kündigung sowie die Leistungsfreiheit nicht aus.

§ 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 Versicherungstragsgesetz 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, Vorgehenspflicht (*) 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 Ablg. 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)
- Landeskrankenhaus Hallein

- A.ö. Krankenhaus Oberndorf
- Landeskrankenhaus 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)
- Privatlinik 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.