

## ALLGEMEINE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN FÜR DIE KRANKHEITSKOSTENVERSICHERUNG NACH TARIF OY (VERSICHERUNGSSCHUTZ FÜR UNFALLFOLGEN MIT OPTION)

Personenbezogene Bezeichnungen in diesem Dokument beziehen sich auf alle Geschlechter in gleicher Weise.

**Gesetzesstellen des Versicherungsvertragsgesetzes (VersVG) und Signatur- und Vertrauensdienstegesetz (SVG):**  
Zur Vermeidung von Wiederholungen verweisen die allgemeinen Versicherungsbedingungen an verschiedenen Stellen auf gesetzliche Regelungen. Die betreffenden Gesetzestexte sind im Anhang abgedruckt.

**Achtung!** Im Fall eines Verweises **ist es wichtig**, nicht nur den Vertragstext der Versicherungsbedingung, sondern auch den Gesetzestext, auf den verwiesen wird, zu lesen, um ein klares Bild der Rechtslage und der vertraglichen Position zu erhalten!

Versicherungsnehmer ist die Person, die mit der DONAU Versicherung AG Vienna Insurance Group den Versicherungsvertrag abschließt.

Versicherte Personen sind jene Personen, auf die sich der Versicherungsschutz bezieht.

Versicherer ist die DONAU Versicherung AG Vienna Insurance Group.

Inhaltsverzeichnis:

### ALLGEMEINER TEIL

- § 1 Gegenstand der Versicherung
- § 2 Leistungen des Versicherers
- § 3 Leistungen für stationäre Behandlungen
- § 4 Invaliditäts-Barleistung
- § 5 Zusätzliche Serviceleistungen (Assistance-Leistungen)
- § 6 Versicherbare Personen
- § 7 Vertragsgrundlagen und anwendbares Recht
- § 8 Beginn des Versicherungsschutzes
- § 9 Einschränkungen des Versicherungsschutzes
- § 10 Auszahlung der Versicherungsleistung
- § 11 Ruhen des Versicherungsschutzes
- § 12 Ende des Versicherungsschutzes
- § 13 Prämien und Gebühren
- § 14 Zahlungsverzug und dessen Folgen
- § 15 Anzeigepflichten und Folgen ihrer Verletzung
- § 16 Auskunftspflichten (Obliegenheiten) im Versicherungsfall
- § 17 Kündigung des Versicherungsvertrages durch den Versicherungsnehmer
- § 18 Einseitige Vertragsbeendigung durch den Versicherer
- § 19 Sonstige Beendigungsgründe und Fortsetzungsrecht des Versicherten
- § 20 Form und Empfänger von Willenserklärungen und Anzeigen
- § 21 Änderung der Prämie und des Versicherungsschutzes; Ablehnung der Anpassung und Entfall der Umstiegsoption

### BESONDERER TEIL – REGELUNGEN ZUR UMSTIEGSOPTION BIS 45

- § 22 Jährliche Umstiegsoption
- § 23 Begünstigte Umstiegsoption bei besonderen Umständen
- § 24 Automatische Tarifumstellung im Alter von 45 Jahren, Widerspruch und Folgen

### § 1 GEGENSTAND DER VERSICHERUNG

- 1) Versichert sind stationäre Aufenthalte und auch ambulante Operationen zum Zweck der medizinisch notwendigen Heilbehandlung der versicherten Person wegen Unfallfolgen, sofern sie innerhalb von zwei Jahren gerechnet ab dem Unfalldatum erfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung, er endet, wenn nach medizinischem Befund die Notwendigkeit der Heilbehandlung nicht mehr besteht, spätestens jedoch zwei Jahre ab dem Unfalldatum. Für vor diesem Zeitpunkt begonnene stationäre Heilbehandlungen besteht Versicherungsschutz bis zum Ende der stationären Notwendigkeit dieser. Heilbehandlung ist eine medizinische Behandlung, die nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft geeignet erscheint, die Gesundheit wiederherzustellen, den Zustand zu bessern oder eine Verschlechterung zu verhindern.

- 2) Unfall ist ein vom Willen der versicherten Person unabhängiges Ereignis, das plötzlich von außen mechanisch oder chemisch auf den Körper einwirkt und eine körperliche Schädigung nach sich zieht. Als Unfall gelten auch folgende vom Willen der versicherten Person 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.
  - Plötzlich eintretende Meniskusverletzungen, sofern keine Vorschädigung bestanden hat.
  - Plötzlich auftretende Verrenkungen von Gliedern sowie Zerrungen und Zerreißen von Gliedmaßen und an der Wirbelsäule befindlichen Muskeln, Sehnen, Bändern und Kapseln, sofern keine Vorschädigung bestanden hat.
- 3) Unfälle als Folge eines Herzinfarkts oder Schlaganfalls sind mitversichert.
- 4) Als Versicherungsfälle gelten auch von einem Sozialversicherungsträger bewilligte Aufenthalte in Sonderkrankenanstalten zwecks Rehabilitation nach Unfällen. Der Unterbringung durch die Sozialversicherung gleichzustellen, ist die Gewährung eines täglichen Zuschusses für einen Aufenthalt in einer derartigen Sonderkrankenanstalt.
- 5) Versichert sind auch:
  - Kosmetische Behandlungen und Operationen, soweit diese Maßnahmen stationär vorgenommen werden müssen und der Beseitigung von unmittelbaren Unfallfolgen dienen.
  - Zahnimplantationen sowie die damit in ursächlichem Zusammenhang stehenden Maßnahmen und Folgen, wenn sie der Beseitigung von unmittelbaren Unfallfolgen dienen.

## § 2 LEISTUNG DES VERSICHERERS

- 1) Die im Versicherungsfall zur Verfügung stehenden Höchstbeträge sind in der der Polizza beiliegenden Leistungsübersicht angeführt.
- 2) Behandlungskosten sind das während der versicherten Behandlung angefallene Honorar der behandelnden Ärzte einschließlich der Kosten des mitwirkenden Pflegepersonals und gesondert in Rechnung gestellte medizinisch notwendige Sachkosten. Nicht versichert sind die Kosten von Körperersatzstücken, Implantaten und sonstigen therapeutischen Behelfen wie insbesondere Apparaturen, die Organe ersetzen oder in ihrer Funktion unterstützen.
- 3) Bestehen für einen Versicherungsfall neben dem Anspruch gegen den Versicherer gleichartige Ansprüche gegenüber dritten Personen, so gehen diese Ansprüche insoweit auf den Versicherer über, als dieser die Kosten ersetzt. Die anspruchsberechtigte versicherte Person ist verpflichtet, diese Abtretung auf Verlangen dem Versicherer in geschriebener Form zu bestätigen.
- 4) Bei Behandlung durch Ehegatten, Lebensgefährten, Partner eingetragener Partnerschaften, Eltern oder Kinder, Stiefeltern oder Stiefkinder sowie Schwiegereltern oder Schwiegerkinder des Versicherten werden nur die nachgewiesenen Sachkosten erstattet.

## § 3 LEISTUNGEN FÜR STATIONÄRE HEILBEHANDLUNGEN

- 1) Stationäre Heilbehandlung im Sinne dieser Versicherungsbedingungen ist eine Heilbehandlung im Rahmen eines medizinisch notwendigen stationären Aufenthalts in sanitätsbehördlich genehmigten Krankenanstalten oder Abteilungen von Krankenanstalten, sofern diese ständige ärztliche Anwesenheit vorsehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen, ausschließlich 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. Als medizinisch notwendig gilt ein stationärer Aufenthalt insbesondere nicht, wenn er lediglich im Mangel an häuslicher Pflege oder sonstigen persönlichen Verhältnissen der versicherten Person begründet ist oder die Behandlung ambulant erfolgen kann.
  - 2) In den nachstehend angeführten Krankenanstalten bzw. den entsprechenden Organisationseinheiten und Betriebsformen von Krankenanstalten aller Art werden Leistungen nur insoweit erbracht, als ein operativer Eingriff vorgenommen wird:
    - die nicht nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft arbeiten;
    - in denen neben stationärer Heilbehandlung auch Rehabilitationsmaßnahmen oder Kurbehandlungen durchgeführt werden;
    - in denen Langzeitbehandlungen (durchschnittliche Behandlungsdauer von mehr als 28 Tagen) durchgeführt werden;
  - 3) In den nachstehend angeführten Krankenanstalten bzw. den entsprechenden Organisationseinheiten und Betriebsformen von Krankenanstalten aller Art besteht kein Versicherungsschutz:
    - für psychische Erkrankungen bzw. für psychosomatische Behandlungen oder in Zentren für seelische Gesundheit;
    - Geriatrie;
    - Hospizeinrichtungen;
    - in denen vornehmlich Maßnahmen der Palliativmedizin durchgeführt werden;
    - für Alkohol- und Drogenabhängige;
    - für geistig abnorme Rechtsbrecher;
    - zur Pflege wegen Alters oder mangels häuslicher Pflege
- sowie in
- Sanitätseinrichtungen des Bundesheers;
  - Krankenabteilungen in Justizanstalten (Inquisitenpitälern)
  - selbständigen Ambulatorien (auch wenn die durchzuführende Untersuchung oder Behandlung eine kurzfristige Unterbringung erforderlich macht);
  - Tag- und Nachtkliniken.

#### § 4 INVALIDITÄTS-BARLEISTUNG

Wenn aufgrund eines versicherten Unfalls

- eine zumindest 50%ige Minderung der Erwerbsfähigkeit der versicherten Person eintritt und deshalb
- ein Anspruch auf Berufs-(Erwerbs-)unfähigkeits-, oder Invaliditätspension oder auf eine Schwerversehrtenrente entsteht, zahlt der Versicherer einmalig eine Invaliditäts-Barleistung aus.

#### § 5 ZUSÄTZLICHE SERVICELEISTUNGEN (ASSISTANCE-LEISTUNGEN)

- 1) Mitversichert sind Organisation bzw. Kostenübernahme nachstehend angeführter Serviceleistungen. Voraussetzung für die Inanspruchnahme dieser Leistungen ist ein zumindest 24-stündiger Spitalaufenthalt einer versicherten Person wegen Unfallfolgen, für den aus diesem Tarif Versicherungsschutz besteht. Die nachfolgenden Leistungen können von der versicherten Person allerdings bereits ab dem Eintritt des Ereignisses in Anspruch genommen werden, wenn die Voraussetzung eines mindestens 24-stündigen Spitalaufenthalts mit großer Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist.
- 2) Kosten für Serviceleistungen im Haushaltsbereich werden ersetzt, soweit diese notwendig sind und nicht von einer anderen im mit der versicherten Person gleichen Haushalt lebenden Person übernommen werden können. Darunter fallen z. B.
  - häusliche Versorgung der versicherten Person
  - Essensversorgung,
  - Wohnungsreinigung, Wohnungssicherung
  - Versorgung von Kindern im selben Haushalt
  - Versorgung von Haustieren im selben Haushalt
  - unaufschiebbare Behördenwege.

Diese Leistungen werden für die versicherte Person organisiert und die dadurch entstehenden Kosten bis zu dem in der Leistungsübersicht zur Polizza angeführten Betrag pro Tag übernommen.

Sollte die versicherte Person diese Leistungen von Professionisten eigenständig durchführen lassen, erhält sie Kostenersatz bis zu dem in der Leistungsübersicht zur Polizza angeführten Betrag pro Tag.

Im Falle der Betreuung von Kindern bis zum vollendeten 15. Lebensjahr durch Nachbarn, Bekannte oder Verwandte, die nicht im gleichen Haushalt leben, werden nachgewiesene Kosten bis zu dem in der Leistungsübersicht zur Polizza angeführten Betrag pro Tag ersetzt. Pro Kalenderjahr und Vertrag ist die Inanspruchnahme von Serviceleistungen auf insgesamt sechs Wochen beschränkt. Diese Hilfeleistungen werden nur in Österreich übernommen. Pro Tag wird insgesamt maximal der in der Leistungsübersicht zur Polizza angeführte Betrag ersetzt.

- 3) Falls der versicherten Person aus einem versicherten Unfall für die erstmalige Rechtsberatung und/oder für einen Dolmetscher Kosten erwachsen, ersetzt der Versicherer Kosten bis zu dem in der Leistungsübersicht zur Polizza angeführten Betrag.
- 4) Nach einem versicherten Unfall mit Dauerfolgen organisiert der Versicherer auf Wunsch die nachstehenden Dienstleistungen:
  - Beratung für Lebensplanung
  - Psychologische Beratung
  - Beratung für Wohnungsumbau
  - Beratung für Berufsumschulung
- 5) Zur Organisation dieser Leistungen gemäß Abs. 2 und Abs. 4 ist die Kontaktaufnahme mit dem Versicherer unter der in der Leistungsübersicht zur Polizza angeführten Telefonnummer erforderlich.

#### § 6 VERSICHERBARE PERSONEN

- 1) Versichert können nur Personen werden, die erwerbsfähig und jünger als 40 Jahre sind, und ihren Hauptwohnsitz in Österreich haben, sofern nicht eine andere Vereinbarung getroffen wird. Personen, die einen Anspruch auf Pension (Berufs-(Erwerbs-)unfähigkeits- oder Invaliditätspension) oder auf eine Versehrtenrente haben, können nicht versichert werden. Auch Kinder können versichert werden.
- 2) Bei neugeborenen Kindern verzichtet der Versicherer außerhalb des Falls des § 178 e Versicherungsvertragsgesetz (siehe Anhang) unter folgenden Voraussetzungen auf das Recht der Ablehnung, die Einhebung eines Prämienzuschlags und auf einen Leistungsausschluss gemäß § 9 Abs. 1:
  - a) ein Elternteil des Kinds muss seit mindestens sieben Monaten nach Tarifen versichert sein, die dem für das Kind beantragten Versicherungsschutz entsprechen und
  - b) die Mitversicherung des Kinds muss innerhalb von zwei Monaten nach der Geburt mit Wirkung ab dem Geburtsmonat beantragt werden.

#### § 7 VERTRAGSGRUNDLAGEN UND ANWENDBARES RECHT

- 1) Vertragsgrundlagen sind der Versicherungsantrag, die Polizza, die Leistungsübersichten und die Versicherungsbedingungen.
- 2) Für diesen Vertrag gilt österreichisches Recht unter Ausschluss seiner Verweisungsnormen.

#### § 8 BEGINN DES VERSICHERUNGSSCHUTZES

Der Beginn des Versicherungsschutzes ist in der Versicherungspolizza angegeben. Der Versicherungsschutz beginnt, sobald dem Versicherungsnehmer die Versicherungspolizza zugegangen ist und die erste oder einmalige Prämie innerhalb der 14-tägigen Zahlungsfrist bezahlt wurde. Versicherungsschutz besteht auch dann, wenn sich der Versicherungsfall innerhalb der genannten Zahlungsfrist ereignet und die fällige Prämie noch innerhalb dieser Zahlungsfrist gezahlt wird. Vor dem in der Versicherungspolizza angegebenen Versicherungsbeginn besteht kein Versicherungsschutz.

## § 9 EINSCHRÄNKUNGEN DES VERSICHERUNGSSCHUTZES

- 1) Für Unfälle, die vor Versicherungsbeginn entstanden sind (=Vorunfälle), besteht kein Versicherungsschutz, auch nicht für später eintretende Folgen dieser Unfälle.
- 2) Kein Versicherungsschutz besteht für die Heilbehandlung
  - von Folgen von Unfällen, die als Folge eines missbräuchlichen Genusses von Alkohol oder Suchtgiften eintreten;
  - bei Unterbringung wegen Selbst- oder Fremdgefährdung;
  - von 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;
  - von Folgen von Selbstmordversuchen;
  - von auf Vorsatz der versicherten Person beruhenden Unfällen, einschließlich deren Folgen;
  - von Unfällen sowie deren Folgen, die durch Kriegsereignisse jeder Art, einschließlich Neutralitätsverletzungen, entstehen;
  - von Unfällen, die sich bei der Benützung von Paragleitern, Hängegleitern und ähnlichen Luftfahrzeugen bzw. -geräten sowie bei Fallschirmabsprüngen ereignen;
  - von Unfällen, die sich bei Beteiligung an motorsportlichen Wettbewerben (auch Wertungsfahrten und Rallyes) und den dazugehörigen Trainingsfahrten ereignen;
  - von Folgen von Unfällen, die sich bei der Teilnahme an Bundes- oder internationalen Sportwettbewerben sowie am offiziellen Training für diese Veranstaltungen ereignen.
- 3) Krankheiten gelten nicht als Unfälle, übertragbare Krankheiten auch nicht als Unfallfolgen.
- 4) Für Bandscheibenhernien wird eine Leistung nur erbracht, wenn sie durch direkte mechanische Einwirkung auf die Wirbelsäule entstanden sind und es sich nicht um eine Verschlimmerung von vor dem Unfall bestandenen Krankheitserscheinungen handelt.
- 5) Für Bauch- und Unterleibsbrüche jeder Art wird eine Leistung nur erbracht, wenn sie durch eine von außen kommende mechanische Einwirkung direkt herbeigeführt worden sind und nicht anlagebedingt waren.

## § 10 AUSZAHLUNG DER VERSICHERUNGSLEISTUNG

- 1) Die Versicherungsleistung wird mit Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung des Versicherers nötigen Erhebungen erbracht.
- 2) Die Versicherungsleistung ist mit Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung nötigen Erhebungen fällig. Die Fälligkeit tritt jedoch unabhängig davon ein, wenn der Versicherungsnehmer nach Ablauf von zwei Monaten seit Anmeldung des Versicherungsfalles eine Erklärung verlangt, aus welchen Gründen die Erhebungen noch nicht beendet werden konnten, und der Versicherer diesem Verlangen nicht binnen eines Monats entspricht.
- 3) Der Versicherer darf den jeweiligen Überbringer von Belegen als zum Empfang der darauf entfallenden Versicherungsleistungen berechtigt ansehen.
- 4) Die Ansprüche auf Versicherungsleistungen können ohne Zustimmung des Versicherers weder verpfändet noch abgetreten werden. Der Versicherte kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, wenn seine Gegenforderungen gerichtlich festgestellt oder vom Versicherer anerkannt worden sind.
- 5) Zur Verjährung der Ansprüche wird auf § 12 VersVG (siehe Anhang) verwiesen.

## § 11 RUHEN DES VERSICHERUNGSSCHUTZES

- 1) Der Versicherungsschutz ruht, wenn zwischen Versicherungsnehmer und Versicherer für einen im Voraus bestimmten Zeitraum von nicht mehr als einem Jahr das Ruhen der Hauptleistungspflichten aus dem Versicherungsvertrag (Prämienzahlung und Gewährung von Versicherungsschutz) vereinbart wird. Die näheren Modalitäten einer solchen Ruhensvereinbarung (vor allem ihre Dauer) bleiben einer gesonderten Vereinbarung vorbehalten.
- 2) Für Versicherungsfälle, die während des Ruhens des Versicherungsvertrages eingetreten sind, besteht kein Versicherungsschutz. Für die Fortsetzung der Heilbehandlung nach Ende des Ruhens besteht Versicherungsschutz ab dem Ende des Ruhens. Für die Zeit des Ruhens ist ein Anerkennungsbeitrag im Ausmaß von 10 % der Prämie im Voraus für die vereinbarte Dauer des Ruhens zu entrichten. Eine Wiederinkraftsetzung der Versicherung vor Ablauf der vereinbarten Frist kann von einer Gesundheitsprüfung abhängig gemacht werden.

## § 12 ENDE DES VERSICHERUNGSSCHUTZES

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.

## § 13 PRÄMIEN UND GEBÜHREN

- 1) Die Prämie ist eine Monatsprämie und am ersten eines jeden Monats fällig. Die erste Prämie ist spätestens bei Aushändigung der Polizze fällig.
- 2) Hat ein Kind das 20. Lebensjahr vollendet, sind ab dem 1. des Monats, in dem das 20. Lebensjahr vollendet wird, die Prämien zu bezahlen, den der betreffende Tarif für Versicherte vorsieht, die mit diesem Alter in die Versicherung eintreten. Der Versicherungsnehmer erhält 3 Wochen vor der diesbezüglichen Prämienumstellung die neue Polizze mit der Erwachsenenprämie. Er hat das Recht, innerhalb von 2 Wochen nach Erhalt dieser Polizze den Versicherungsvertrag für das von der Prämienhöhung betroffene Kind zum Umstellungszeitpunkt zu kündigen.
- 3) Sind mehr als drei Geschwister unter 20 Jahren unter einer Polizze mitversichert, ist dennoch die Prämie nur für drei Kinder zu entrichten.

- 4) Die Prämien sind für den Versicherer kostenfrei zu entrichten.
- 5) Für allfällige durch den Versicherungsnehmer veranlasste Mehraufwendungen können Gebühren gem. § 41b VersVG (siehe Anhang) verrechnet werden.

#### **§ 14 ZAHLUNGSVERZUG UND DESSEN FOLGEN**

- 1) Die Rechtzeitigkeit der Erstprämienzahlung und die Rechtsfolgen des Zahlungsverzuges sind in den §§ 38 und 39a VersVG (siehe Anhang) geregelt.
- 2) Folgeprämien sind zu den jeweils vereinbarten Fälligkeitsterminen zu zahlen. Die Rechtsfolgen des Zahlungsverzuges mit Folgeprämien sind in den §§ 39 und 39a VersVG (siehe Anhang) geregelt.
- 3) Eingehende Prämienzahlungen werden auf die älteste Prämienschuld angerechnet.

#### **§ 15 ANZEIGEPFLICHTEN UND FOLGEN IHRER VERLETZUNG**

- 1) Der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen haben bei der Antragstellung und zwischen Antragstellung und Zustellung (Aushändigung) der Polizze alle erheblichen Gefahrumstände anzuzeigen. Jeder Gefahrumstand, nach dem der Versicherer ausdrücklich und in geschriebener Form gefragt hat, gilt im Zweifel als erheblich.
- 2) Zur Anzeigepflicht des Versicherungsnehmers vor Abschluss des Versicherungsvertrags und den Rechtsfolgen der Verletzung wird auf §§ 16 bis 22, 31, 41 und 178k VersVG verwiesen (siehe Anhang)

#### **§ 16 AUSKUNFTSPFLICHTEN (OBLIEGENHEITEN) IM VERSICHERUNGSFALL**

- 1) Als Auskunftspflichten (Obliegenheiten), deren Verletzung die Leistungsfreiheit des Versicherers gemäß den Voraussetzungen und Begrenzungen des § 6 Absatz 3 VersVG (siehe Anhang) bewirkt, werden bestimmt:  
Soweit vom Versicherer verlangt und zur Feststellung des Versicherungsfalls oder des Umfangs der Leistungspflicht des Versicherers erforderlich und gemäß den Umständen des Einzelfalls zumutbar
  - sind dem Versicherer alle Auskünfte richtig und vollständig zu erteilen,
  - sind dem Versicherer alle vorhandenen oder beschaffbaren Belege vorzulegen, sowie – falls dies nicht bereits im Antrag erfolgt ist – Dritte (z. B. Ärzte, Versicherungseinrichtungen, Behörden) von ihrer ärztlichen oder sonstigen Schweigepflicht zu entbinden,
  - hat sich der Versicherte von einem vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
- 2) Außerdem ist der Versicherer vom Abschluss eines weiteren Krankenversicherungsvertrags für eine versicherte Person unverzüglich zu unterrichten.

#### **§ 17 KÜNDIGUNG DES VERSICHERUNGSVERTRAGES DURCH DEN VERSICHERUNGSNEHMER**

- 1) Der Versicherungsvertrag wird auf unbestimmte Zeit 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.
- 2) Werden Prämien gemäß § 15 Abs. 2 erhöht, 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.
- 3) Das Versicherungsjahr richtet sich nach dem ursprünglichen Versicherungsbeginn.
- 4) Die Kündigung muss schriftlich erfolgen und ist an den Versicherer zu richten.
- 5) 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. Der Versicherungsnehmer hat innerhalb eines Monats nach Gegenkündigung durch den Versicherer das Recht, die ursprünglich angesprochene Kündigung zurückzuziehen.

#### **§ 18 EINSEITIGE VERTRAGSBEENDIGUNG DURCH DEN VERSICHERER**

- 1) Der Versicherer hat nur in folgenden Fällen das Recht, den Versicherungsvertrag einseitig zu beenden:
  - Prämienzahlungsverzug gemäß § 14 Abs. 1 und 2
  - Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht gemäß § 15
  - Verletzung von Obliegenheiten gemäß § 16
  - in Folge der Kündigung durch den Versicherungsnehmer gemäß § 17 Abs. 5
  - schuldhaftes Verhalten des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person gemäß dem nachfolgenden Abs. 2.
- 2) Wenn der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person durch wesentlich falsche Angaben, insbesondere durch Vortäuschung einer Krankheit, Versicherungsleistungen erschleicht oder zu erschleichen versucht oder bei einer solchen Handlung mitwirkt, ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei und hat das Recht, den Versicherungsvertrag zur Gänze oder nur hinsichtlich der betroffenen Person innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist zu kündigen. Das Gleiche gilt, wenn der Versicherungsnehmer bzw. eine versicherte Person im Krankheitsfall den vom Arzt oder vom Versicherer vorgegebenen zumutbaren Verhaltensmaßregeln vorsätzlich oder grob fahrlässig nicht Folge leistet. Der Versicherer kann sich im Fall der Verletzung zumutbarer Verhaltensmaßregeln auf die Leistungsfreiheit bzw. das Kündigungsrecht nicht berufen, soweit die Verletzung keinen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalles gehabt hat.

- 3) Kündigt der Versicherer 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.

#### **§ 19 SONSTIGE BEENDIGUNGSGRÜNDE UND FORTSETZUNGSRECHT DES VERSICHERTEN**

- 1) Der Versicherungsvertrag endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, den Versicherungsvertrag unter Benennung eines künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tod des Versicherungsnehmers abzugeben.
- 2) Mit dem Tod einer versicherten Person endet der Versicherungsvertrag hinsichtlich dieser Person.
- 3) Verlegt der Versicherungsnehmer seinen Hauptwohnsitz an einen Ort außerhalb Österreichs, endet der Versicherungsvertrag mit Ende des Monats, in dem der Umzug erfolgt, sofern nicht eine andere Vereinbarung getroffen wird. Gleiches gilt für einen Versicherten, dies jedoch mit der Maßgabe, dass der Versicherungsvertrag nur hinsichtlich dieser Person endet
- 4) Zum Fortsetzungsrecht des Versicherten wird auf § 178j VersVG verwiesen (siehe Anhang).

#### **§ 20 FORM UND EMPFÄNGER VON WILLENSERKLÄRUNGEN UND ANZEIGEN**

- 1) Für sämtlichen Anzeigen und Erklärungen des Versicherungsnehmers an den Versicherer ist die geschriebene Form erforderlich, sofern nicht die Schriftform ausdrücklich und mit gesonderter Erklärung vereinbart wurde. Der geschriebenen Form wird durch Zugang eines Texts in Schriftzeichen entsprochen, aus dem die Person des Erklärenden hervorgeht (z. B. Telefax oder E-Mail). Schriftform bedeutet, dass dem Erklärungsempfänger das Original der Erklärung mit eigenhändiger Unterschrift des Erklärenden oder mit qualifizierter elektronischer Signatur gemäß § 4, Absatz 1 Signatur- und Vertrauensdienstegesetz (SVG) zugehen muss (siehe Anhang).
- 2) Verlegt der Versicherungsnehmer seinen Hauptwohnsitz, ist er verpflichtet, dem Versicherer seine neue Adresse unverzüglich, spätestens aber binnen eines Monats mitzuteilen. Zu den Rechtsfolgen bei unterlassener Anzeige betreffend den Zugang von Willenserklärungen des Versicherers wird auf § 10 VersVG verwiesen (siehe Anhang).

#### **§ 21 ÄNDERUNG DER PRÄMIE UND DES VERSICHERUNGSSCHUTZES; ABLEHNUNG DER ANPASSUNG UND ENTFALL DER UMSTIEGSOPTION**

- 1) Der Versicherer ist nach den folgenden Umständen berechtigt, die Prämie nach Vertragsabschluss einseitig anzupassen oder den Versicherungsschutz einseitig zu ändern, etwa einen Selbstbehalt einzuführen.  
Als für Änderungen der Prämie oder des Versicherungsschutzes maßgebende Umstände im Sinne des § 178 f Versicherungsvertragsgesetz (siehe Anhang) gelten die Veränderungen folgender Faktoren:
  - der durchschnittlichen Lebenserwartung
  - der Häufigkeit der Inanspruchnahme von Leistungen nach Art der vertraglich vorgesehenen und deren Aufwendigkeit, bezogen auf die zu diesem Tarif Versicherten
  - des Verhältnisses zwischen den vertraglich vereinbarten Leistungen und den entsprechenden Kostenersätzen der gesetzlichen Sozialversicherungen.
  - 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; und
  - des Gesundheitswesens oder der dafür geltenden gesetzlichen Bestimmungen.
- 2) Die Erklärung der Änderung der Prämie oder des Versicherungsschutzes gemäß Punkt 1. wirkt erst ab dem der Absendung folgenden Monatsersten.
- 3) Mit dem Zeitpunkt der Anpassung ändern sich die Prämien, Leistungen und die Höhe allfälliger Selbstbehalte entsprechend der neuen Leistungs- und Prämienübersicht. Für die Bemessung der Teilprämie für die geänderten Leistungen ist das Alter im Zeitpunkt der Anpassung maßgebend.
- 4) Erhöht der Versicherer die Prämie, so hat er dem Versicherungsnehmer auf dessen Verlangen die Fortsetzung des Vertrags mit höchstens gleichbleibender Prämie und angemessen geänderten Leistungen anzubieten. Auf dieses Recht wird der Versicherer den Versicherungsnehmer in seiner Benachrichtigung über die Prämienhöhung ausdrücklich nochmals hinweisen. Entscheidet sich der Versicherungsnehmer gegen die Anpassung, entfällt ab dem Zeitpunkt der Anpassungsablehnung außerdem die Umstiegsoption gem. § 22 ff. Die Prämie wird ab diesem Zeitpunkt um den für diese Umstiegsoption vorgesehenen Prämienanteil reduziert.

#### **BESONDERER TEIL – REGELUNGEN ZUR UMSTIEGSOPTION BIS 45**

##### **§ 22 JÄHRLICHE UMSTIEGSOPTION**

- 1) Der Versicherungsnehmer hat das Recht auf einen begünstigten Umstieg (ohne Wartezeiten und ohne neuerliche Beurteilung des Gesundheitszustandes) in einen Krankenhauskostentarif, der Versicherungsschutz auch für Krankheiten und damit über Unfallfolgen gemäß §§1 ff hinaus bietet.  
Diese Option kann jährlich bis zu dem Kalenderjahr, in dem die versicherte Person das 45. Lebensjahr vollendet, zum Ende des Versicherungsjahres unter Einhaltung einer Frist von einem Monat durch einseitige Erklärung in geschriebener Form ausgeübt werden. Das Versicherungsjahr richtet sich nach dem ursprünglichen Versicherungsbeginn.  
Der erstmalige Umstieg ist bereits nach dem ersten Versicherungsjahr möglich.

- 2) Die Umstellung kann nur auf einen Tarif erfolgen, der zum Umstellungszeitpunkt vom Versicherer auch für Neuabschlüsse angeboten wird. Das bedeutet, dass die Umstellung auf einen Tarif, der sich zum Umstellungszeitpunkt nicht mehr in der dann aktuellen Produktpalette des Versicherers befindet, nicht möglich ist. Ab dem Zeitpunkt der Umstellung gelten die für den dann aktuellen Tarif gültigen Versicherungsbedingungen entsprechend.
- 3) Der Optionstarif und der Tarif nach der Umstellung gelten für Personen, die der gesetzlichen Sozialversicherungspflicht unterliegen oder im Sinne der einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen als mitversicherte Personen gelten. Erlischt während der Vertragsdauer das Versicherungsverhältnis mit der gesetzlichen Krankenversicherung, besteht daher aus diesen Tarifen kein Versicherungsschutz für den Krankenhauskostenanteil der allgemeinen Gebührenklasse.
- 4) Für einen nach der Umstellung versicherten Krankenhausaufenthalt, der vor der Umstellung begonnen hat, besteht ab dem Zeitpunkt der Umstellung Anspruch auf Ersatztaggeld im Ausmaß des nach der Umstellung aktuellen Tarifs.

## § 23 BEGÜNSTIGTE UMSTIEGSOPTION

Abgesehen von der jährlichen Option auf Tarifumstellung gemäß §22 besteht in den nachfolgenden Fällen die Möglichkeit eines vorzeitigen Umstiegs, wobei §§ 22 Abs. 2 -5 sinngemäß gelten:

### 1) **Schwangerschaft:**

Ab dem zweiten Versicherungsjahr kann bei Eintritt einer Schwangerschaft ein Umstieg auf einen Krankenhaus-Kostentarif gem. § 22, der Versicherungsschutz auch für Krankheiten und damit über Unfallfolgen gemäß §§1 ff hinaus bietet, beantragt werden.

Der Antrag auf Tarifumstellung erfolgt durch Übermittlung des vom Versicherer zur Verfügung gestellten und von der versicherten Person und dem behandelnden Arzt ausgefüllten Formulars, mit welchem die erstmalige Feststellung der Schwangerschaft bestätigt wird (gegebenenfalls mit Übersendung eines entsprechenden Auszugs aus dem Eltern-Kind-Pass). Der Antrag auf begünstigten Umstieg kann nur innerhalb von drei Monaten ab erstmaliger ärztlicher Feststellung der Schwangerschaft gestellt werden. Die Umstellung erfolgt mit dem Monatsersten jenes Monats, in dem die Schwangerschaft ärztlich festgestellt wurde.

Erfolgt der Antrag auf begünstigten Umstieg nicht mit dem vom Versicherer zur Verfügung gestellten Formular, muss dem Antrag eine vom behandelnden Arzt ausgefüllte Bestätigung über die Feststellung der Schwangerschaft beigelegt werden. Diese Bestätigung muss auch den Zeitpunkt der erstmaligen Feststellung der Schwangerschaft enthalten.

- 2) Bei folgenden Indikationen bzw. Behandlungen ist ebenfalls ein begünstigter Umstieg auf einen Krankenhaus-Kostentarif gem. § 22, der Versicherungsschutz auch für Krankheiten und damit über Unfallfolgen gemäß §§1 ff hinaus bietet, möglich, sofern diese Erkrankungen nach Versicherungsbeginn eingetreten sind:

#### a. **Organtransplantationen:**

Eine Organtransplantation im Sinne der Bedingungen ist eine durchgeführte Transplantation von Herz (nur komplette Transplantation), Lunge, Leber, Bauchspeicheldrüse (ausgeschlossen ist die Transplantation der Langerhans-Inseln allein) oder Niere von einem Spender auf die versicherte Person.

Der Antrag auf Tarifumstellung erfolgt durch Übermittlung des vom Versicherer zur Verfügung gestellten und von der versicherten Person und dem behandelnden Arzt ausgefüllten Formulars, mit welchem die erstmalige Feststellung der Operationsindikation nach § 23 Abs. 2 lit a. bestätigt wird. Der Antrag auf begünstigten Umstieg kann nur innerhalb von drei Monaten ab erstmaliger ärztlicher Feststellung der Indikation zur Operation nach § 23 Abs. 2 lit a. gestellt werden. Die Umstellung erfolgt mit dem Monatsersten jenes Monats, in dem die erstmalige Indikation zur Organtransplantation ärztlich festgestellt wurde.

#### b. **Operationen an den Herzklappen**

Eine Operation der Herzklappen im Sinne der Bedingungen ist eine Operation am Herzen zur operativen Korrektur oder zum Ersatz von einer oder mehreren Herzklappen.

Der Antrag auf Tarifumstellung erfolgt durch Übermittlung des vom Versicherer zur Verfügung gestellten und von der versicherten Person und dem behandelnden Arzt ausgefüllten Formulars, mit welchem die erstmalige Feststellung der Operationsindikation nach § 23 Abs. 2 lit. b. bestätigt wird. Der Antrag auf begünstigten Umstieg kann nur innerhalb von drei Monaten ab erstmaliger ärztlicher Feststellung der Indikation zur Operation nach § 23 Abs. 2 lit. b. gestellt werden. Die Umstellung erfolgt mit dem Monatsersten jenes Monats, in dem die erstmalige Indikation zur Operation an den Herzklappen ärztlich festgestellt wurde.

#### c. **Operationen an der Aorta**

Eine Operation an der Aorta im Sinne der Bedingungen ist ein chirurgischer Eingriff zur operativen Korrektur oder Wiederherstellung der Funktion der Aorta. Operationen an von der Bauch- oder Brustorta abgehenden Gefäßen sind davon nicht umfasst.

Der Antrag auf Tarifumstellung erfolgt durch Übermittlung des vom Versicherer zur Verfügung gestellten und von der versicherten Person und dem behandelnden Arzt ausgefüllten Formulars, mit welchem die erstmalige Feststellung der Operationsindikation nach § 23 Abs. 2 lit.c. bestätigt wird. Der Antrag auf begünstigten Umstieg kann nur innerhalb von drei Monaten ab erstmaliger ärztlicher Feststellung der Indikation zur Operation nach § 23 Abs. 2 lit.c. gestellt werden. Die Umstellung erfolgt mit dem Monatsersten jenes Monats, in dem die erstmalige Indikation zur Operation an der Aorta ärztlich festgestellt wurde.

**d. Schwere Verbrennungen und Verbrühungen dritten Grades**

Als schwere Verbrennungen im Sinne der Bedingungen werden Verbrennungen 3. Grades von mindestens 18% der Körperoberfläche bezeichnet, die durch thermische, chemische oder elektrische Einwirkungen auf die Haut entstanden sind. Als Messkriterium gilt die «Neuner-Regel» oder die Körperoberflächenkarte nach Lund und Browder.

Der Antrag auf Tarifumstellung erfolgt durch Übermittlung des vom Versicherer zur Verfügung gestellten und von der versicherten Person und dem behandelnden Arzt ausgefüllten Formulars, mit welchem die erstmalige Feststellung des Vorliegens einer schweren Verbrennung oder Verbrühung dritten Grades nach § 23 Abs. 2 lit. d. bestätigt wird. Der Antrag auf begünstigten Umstieg kann nur innerhalb von drei Monaten ab erstmaliger ärztlicher Feststellung des Vorliegens einer schweren Verbrennung oder Verbrühung dritten Grades nach § 23 Abs. 2 lit. d. gestellt werden. Die Umstellung erfolgt mit dem Monatsersten jenes Monats, in dem die schwere Verbrennung oder Verbrühung dritten Grades nach § 23 Abs. 2 lit. d eingetreten ist.

**e. Multiple Sklerose**

Multiple Sklerose (MS) im Sinne der Bedingungen ist eine entzündliche Erkrankung des zentralen Nervensystems mit Entmarkungsherden in der weißen Substanz des Gehirns oder Rückenmarks

Eine begünstigte Tarifumstellung ist bei Vorliegen eines gesicherten Verdachts auf MS möglich.

Ein gesicherter Verdacht auf MS liegt vor, wenn alle der folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

\* Vorliegen der entsprechenden Anamnese (oder einer Anamnese, die auf MS hinweist),

\* Vorliegen eines MRTs mit Hinweis auf MS, und

\* Vorhandensein einer Überweisung zur Abklärung mittels Liquorabklärung (Lumbalpunktion)

Der Antrag auf Tarifumstellung erfolgt durch Übermittlung des vom Versicherer zur Verfügung gestellten und von der versicherten Person und dem behandelnden Arzt Neurologen ausgefüllten Formulars, mit welchem das Vorliegen des gesicherten Verdachts auf MS bzw. das Vorliegen der oben genannten Voraussetzungen bestätigt wird. Der Antrag auf begünstigten Umstieg kann nur innerhalb von drei Monaten ab Vorliegen des gesicherten Verdachts auf MS gestellt werden. Die Umstellung erfolgt mit dem Monatsersten jenes Monats, in dem die genannten Voraussetzungen erstmals gemeinsam vorlagen.

**f. Krebs**

Krebs im Sinne dieser Bedingungen ist ein bösartiges Zellwachstum (z. B. Tumor), das durch unkontrolliertes Wachstum sowie das Eindringen in anderes Gewebe mit Tendenz zur Metastasenbildung gekennzeichnet ist. Unter den Begriff 'Krebs' fallen auch die Tumorformen des Bluts, der blutbildenden Organe und des Lymphsystems einschließlich Leukämie, Lymphome und Morbus Hodgkin. Die Diagnose muss durch Vorlage des histologischen – bzw. für Leukämien zytologischen – Befunds bestätigt sein.

Ebenfalls eingeschlossen sind Carcinoma in situ (CIS) und intraepitheliale Neoplasien (z. B. CIN I–III, DCIS, VIN, AIN), soweit sie histologisch nachgewiesen und als präinvasive Krebsvorstufen mit malignem Potenzial beurteilt sind. Diese Stadien gelten als Teil des malignen Spektrums, auch wenn ein invasives Wachstum über die Basalmembran noch nicht vorliegt.

Der Antrag auf Tarifumstellung erfolgt durch Übermittlung des vom Versicherer zur Verfügung gestellten und von der versicherten Person und dem behandelnden Arzt ausgefüllten Formulars, mit welchem die Diagnose nach § 23 Abs. 2 lit. f. bestätigt wird. Der Antrag auf begünstigten Umstieg kann nur innerhalb von drei Monaten ab Vorliegen des histologischen -bzw. für Leukämie -zytologischen Befundes gestellt werden. Die Umstellung erfolgt mit dem Monatsersten jenes Monats, in dem der histologische bzw. zytologische Befund erstmals vorlag.

**g. Knochenmarkstransplantationen (Blutstammzellentransplantationen)**

Bei Knochenmarkstransplantationen (Blutstammzellentransplantationen) im Zusammenhang mit onkologischen und/oder hämatologischen Erkrankungen kann ein begünstigter Tarifumstieg innerhalb von drei Monaten ab Feststellung der Indikation zur Durchführung dieser mit dem vom Versicherer zur Verfügung gestellten und von der versicherten Person und dem behandelnden Arzt ausgefüllten Formular, mit welchem die Diagnose nach § 23 Abs. 2 lit. g. bestätigt wird, beantragt werden. Die Umstellung erfolgt mit dem Monatsersten jenes Monats, in dem die Indikation zur Behandlung gem. § 23 Abs. 2 lit. g erstmals gestellt wurde.

**h. HIV**

Bei Infektionen mit dem Humanen Immundefizienz-Virus kann ein begünstigter Tarifumstieg innerhalb von drei Monaten ab Feststellung der Infektion mit HIV mit dem vom Versicherer zur Verfügung gestellten und von der versicherten Person und dem behandelnden Arzt ausgefüllten Formular, mit welchem die Diagnose nach § 23 Abs. 2 lit. h. bestätigt wird, beantragt werden. Die Umstellung erfolgt mit dem Monatsersten jenes Monats in dem die Diagnose der Infektion mit HIV erstmals gestellt wurde.

- 3) Erfolgt der Antrag auf begünstigten Umstieg in den Fällen des § 23 Abs. 2 lit. a bis h nicht mit dem vom Versicherer zur Verfügung gestellten Formular, müssen dem Antrag die für die jeweilige Behandlungsindikation vorgesehenen ärztlichen Bestätigungen (wie etwa über Vorliegen der Behandlungsindikation und die erstmalige Feststellung der Behandlungsindikation oder Erkrankung) beigelegt werden. Diese Bestätigung muss jedenfalls auch den Zeitpunkt der erstmaligen Feststellung der Behandlungsindikation enthalten.

#### **§ 24 TARIFUMSTELLUNG IM ALTER VON 45 JAHREN, WIDERSPRUCH UND FOLGEN**

- 1) Wird keine Erklärung gemäß § 22 oder § 23 abgegeben, erfolgt in jenem Kalenderjahr, in dem die versicherte Person das 45. Lebensjahr vollendet, zum Ende des Versicherungsjahres automatisch eine Umstellung auf eine Krankenhaus-Kostenversicherung für ASVG-Versicherte mit Selbstbehalt und Österreichdeckung. Sollten zum Umstellungszeitpunkt mehrere entsprechende Selbstbehaltstarife angeboten werden, erfolgt die Umstellung auf den Tarif mit dem niedrigsten Selbstbehalt. Das Versicherungsjahr richtet sich nach dem ursprünglichen Versicherungsbeginn. § 22 Abs. 2–5 gelten entsprechend.
- 2) Der Versicherungsnehmer hat im Falle des Absatz 1 die Möglichkeit, in geschriebener Form binnen drei Monaten nach Umstellung die Änderung auf einen anderen seiner Sozialversicherung entsprechenden Tarif rückwirkend mit dem Umstellungszeitpunkt zu verlangen. § 22 Abs. 2– 5 gelten entsprechend. Allfällige zwischenzeitig vom Versicherer dadurch zu viel ausbezahlte Leistungen sind in diesem Fall vom Versicherungsnehmer zurückzubezahlen.
- 3) Möchte der Versicherungsnehmer keine Umstellung auf eine Krankenhaus-Kostenversicherung gem. § 24 Abs 1 oder 2, muss er dem Versicherer diesen Umstand binnen drei Monaten nach Umstellung des Tarifs in geschriebener Form mitteilen. In diesem Fall verbleibt die versicherte Person in diesem Tarif und es besteht ab dem in Abs. 1 genannten Umstellungszeitpunkt nur mehr Versicherungsschutz für Unfallfolgen gemäß §§ 1 bis 21. Die Prämie wird ab diesem Zeitpunkt um den für die Option vorgesehenen Prämienanteil reduziert.

## **ANHANG — BESTIMMUNGEN DES VERSICHERUNGSVERTRAGSGESETZES (VERSVG) UND DES SIGNATUR- UND VERTRAUENSDIENSTEGESETZES (SVG), AUF DIE IN DEN AVB VERWIESEN WIRD: (STAND 27.11.2025)**

### **VERSVG:**

§ 6. (1) Ist im Vertrag bestimmt, daß bei Verletzung einer Obliegenheit, die vor dem Eintritt des Versicherungsfalles dem Versicherer gegenüber zu erfüllen ist, der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei sein soll, so tritt die vereinbarte Rechtsfolge nicht ein, wenn die Verletzung als eine unverschuldete anzusehen ist. Der Versicherer kann den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen, es sei denn, daß die Verletzung als eine unverschuldete anzusehen ist. Kündigt der Versicherer innerhalb eines Monats nicht, so kann er sich auf die vereinbarte Leistungsfreiheit nicht berufen.

(1a) Bei der Verletzung einer Obliegenheit, die die dem Versicherungsvertrag zugrundeliegende Äquivalenz zwischen Risiko und Prämie aufrechterhalten soll, tritt die vereinbarte Leistungsfreiheit außerdem nur in dem Verhältnis ein, in dem die vereinbarte hinter der für das höhere Risiko tarifmäßig vorgesehenen Prämie zurückbleibt. Bei der Verletzung von Obliegenheiten zu sonstigen bloßen Meldungen und Anzeigen, die keinen Einfluß auf die Beurteilung des Risikos durch den Versicherer haben, tritt Leistungsfreiheit nur ein, wenn die Obliegenheit vorsätzlich verletzt worden ist.

(2) Ist eine Obliegenheit verletzt, die vom Versicherungsnehmer zum Zweck der Verminderung der Gefahr oder der Verhütung einer Erhöhung der Gefahr dem Versicherer gegenüber unabhängig von der Anwendbarkeit des Abs. 1a zu erfüllen ist, so kann sich der Versicherer auf die vereinbarte Leistungsfreiheit nicht berufen, wenn die Verletzung keinen Einfluß auf den Eintritt des Versicherungsfalles oder soweit sie keinen Einfluß auf den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung gehabt hat.

(3) Ist die Leistungsfreiheit für den Fall vereinbart, daß eine Obliegenheit verletzt wird, die nach dem Eintritt des Versicherungsfalles dem Versicherer gegenüber zu erfüllen ist, so tritt die vereinbarte Rechtsfolge nicht ein, wenn die Verletzung weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruht. 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.

(4) Eine Vereinbarung, nach welcher der Versicherer bei Verletzung einer Obliegenheit zum Rücktritt berechtigt sein soll, ist unwirksam.

(5) Der Versicherer kann aus der fahrlässigen Verletzung einer vereinbarten Obliegenheit Rechte nur ableiten, wenn dem Versicherungsnehmer vorher die Versicherungsbedingungen oder eine andere Urkunde zugegangen sind, in der die Obliegenheit mitgeteilt wird.

§ 10. (1) Hat der Versicherungsnehmer seine Wohnung geändert, die Änderung aber dem Versicherer nicht mitgeteilt, so genügt für eine Willenserklärung, die dem Versicherungsnehmer gegenüber abzugeben ist, die Absendung eines eingeschriebenen Briefes nach der letzten dem Versicherer bekannten Wohnung. Die Erklärung wird in dem Zeitpunkt wirksam, in welchem sie ohne die Wohnungsänderung bei regelmäßiger Beförderung dem Versicherungsnehmer zugegangen wäre.

(2) Hat der Versicherungsnehmer die Versicherung in seinem Gewerbebetrieb genommen, so sind bei einer Verlegung der gewerblichen Niederlassung die Vorschriften des Abs. 1 entsprechend anzuwenden.

§ 12. (1) Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag 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 bekanntgeworden ist; ist dem Dritten dieses Recht nicht bekanntgeworden, so verjähren seine Ansprüche erst nach zehn Jahren.

(2) Ist ein Anspruch des Versicherungsnehmers beim Versicherer angemeldet worden, so ist die Verjährung bis zum Einlangen einer in geschriebener Form übermittelten Entscheidung des Versicherers gehemmt, die zumindest mit der Anführung einer der Ablehnung derzeit zugrunde gelegten Tatsache und gesetzlichen oder vertraglichen Bestimmung begründet ist. Nach zehn Jahren tritt jedoch die Verjährung jedenfalls ein.

(3) 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 gegenüber den erhobenen Anspruch in einer dem Abs. 2 entsprechenden Weise sowie unter Angabe der mit dem Ablauf der Frist verbundenen Rechtsfolge abgelehnt hat; sie ist für die Dauer von Vergleichsverhandlungen über den erhobenen Anspruch und für die Zeit, in der der Versicherungsnehmer ohne sein Verschulden an der rechtzeitigen gerichtlichen Geltendmachung des Anspruchs gehindert ist, gehemmt.

§ 16. (1) Der Versicherungsnehmer hat beim Abschluß des Vertrages alle ihm bekannten Umstände, die für die Übernahme der Gefahr erheblich sind, dem Versicherer anzuzeigen. Erheblich sind jene Gefahrumstände, die geeignet sind, auf den Entschluß des

Versicherers, den Vertrag überhaupt oder zu den vereinbarten Bestimmungen abzuschließen, einen Einfluß auszuüben. Ein Umstand, nach welchem der Versicherer ausdrücklich und in geschriebener Form gefragt hat, gilt im Zweifel als erheblich.

(2) Ist dieser Vorschrift zuwider die Anzeige eines erheblichen Umstandes unterblieben, so kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten. Das gleiche gilt, wenn die Anzeige eines erheblichen Umstandes deshalb unterblieben ist, weil sich der Versicherungsnehmer der Kenntnis des Umstandes arglistig entzogen hat.

(3) Der Rücktritt ist ausgeschlossen, wenn der Versicherer den nicht angezeigten Umstand kannte. Er ist auch ausgeschlossen, wenn die Anzeige ohne Verschulden des Versicherungsnehmers unterblieben ist; hat jedoch der Versicherungsnehmer einen Umstand nicht angezeigt, nach dem der Versicherer nicht ausdrücklich und genau umschrieben gefragt hat, so kann dieser vom Vertrag nur dann zurücktreten, wenn die Anzeige vorsätzlich oder grob fahrlässig unterblieben ist.

§ 17. (1) Der Versicherer kann vom Vertrag auch dann zurücktreten, wenn über einen erheblich Umstand eine unrichtige Anzeige gemacht worden ist.

(2) Der Rücktritt ist ausgeschlossen, wenn die Unrichtigkeit dem Versicherer bekannt war oder die Anzeige ohne Verschulden des Versicherungsnehmers unrichtig gemacht worden ist.

§ 18. Hatte der Versicherungsnehmer die Gefahrenumstände an Hand von vom Versicherer in geschriebener Form gestellter Fragen anzuzeigen, so kann der Versicherer wegen unterbliebener Anzeige eines Umstandes, nach dem nicht ausdrücklich und genau umschrieben gefragt worden ist, nur im Falle arglistiger Verschweigung zurücktreten.

§ 19. Wird der Vertrag von einem Bevollmächtigten oder von einem Vertreter ohne Vertretungsmacht abgeschlossen, so kommt für das Rücktrittsrecht des Versicherers nicht nur die Kenntnis und die Arglist des Vertreters, sondern auch die Kenntnis und die Arglist des Versicherungsnehmers in Betracht. Der Versicherungsnehmer kann sich darauf, daß die Anzeige eines erheblichen Umstandes ohne Verschulden unterblieben oder unrichtig gemacht ist, nur berufen, wenn weder dem Vertreter noch ihm selbst ein Verschulden zur Last fällt.

§ 20. (1) Der Rücktritt ist nur innerhalb eines Monats zulässig. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, in welchem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erlangt.

(2) Der Rücktritt ist gegenüber dem Versicherungsnehmer zu erklären. Im Falle des Rücktrittes sind, soweit dieses Bundesgesetz nicht in Ansehung der Prämie etwas anderes bestimmt, beide Teile verpflichtet, einander die empfangenen Leistungen zurückzugewähren; eine Geldsumme ist von dem Zeitpunkt des Empfanges an zu verzinsen.

§ 21. Tritt der Versicherer zurück, nachdem der Versicherungsfall eingetreten ist, so bleibt seine Verpflichtung zur Leistung gleichwohl bestehen, wenn der Umstand, in Ansehung dessen die Anzeigepflicht verletzt ist, keinen Einfluß auf den Eintritt des Versicherungsfalles oder soweit er keinen Einfluß auf den Umfang der Leistung des Versicherers gehabt hat.

§ 22. Das Recht des Versicherers, den Vertrag wegen arglistiger Täuschung über Gefahrenumstände anzufechten, bleibt unberührt.

§ 31. (1) Liegen die Voraussetzungen, unter denen der Versicherer nach den Vorschriften dieses Kapitels zum Rücktritt oder zur Kündigung berechtigt ist, nur für einen Teil der Gegenstände oder Personen vor, auf die sich die Versicherung bezieht, so steht dem Versicherer das Recht des Rücktrittes oder der Kündigung für den übrigen Teil nur zu, wenn anzunehmen ist, daß für diesen allein der Versicherer den Vertrag unter den gleichen Bestimmungen nicht geschlossen hätte.

(2) Macht der Versicherer von dem Recht des Rücktrittes oder der Kündigung für einen Teil der Gegenstände oder Personen Gebrauch, so ist der Versicherungsnehmer berechtigt, das Versicherungsverhältnis für den übrigen Teil zu kündigen; die Kündigung kann jedoch nicht für einen späteren Zeitpunkt als den Schluß der Versicherungsperiode erklärt werden, in welcher der Rücktritt des Versicherers oder seine Kündigung wirksam wird.

(3) Liegen die Voraussetzungen, unter denen der Versicherer wegen einer Verletzung der Vorschriften über die Erhöhung der Gefahr von der Verpflichtung zur Leistung frei ist, für einen Teil der Gegenstände oder Personen vor, auf die sich die Versicherung bezieht, so ist die Vorschrift des Abs. 1 auf die Befreiung entsprechend anzuwenden.

§ 38. (1) Ist die erste oder einmalige Prämie innerhalb von 14 Tagen nach dem Abschluß des Versicherungsvertrags und nach der Aufforderung zur Prämienzahlung nicht gezahlt, so ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, 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.

(2) Ist die erste oder einmalige Prämie zur Zeit des Eintritts des Versicherungsfalles und nach Ablauf der Frist des Abs. 1 noch nicht gezahlt, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, es sei denn, daß der Versicherungsnehmer an der rechtzeitigen Zahlung der Prämie ohne sein Verschulden verhindert war.

(3) Die Aufforderung zur Prämienzahlung hat die im Abs. 1 und 2 vorgesehenen Rechtsfolgen nur, wenn der Versicherer den Versicherungsnehmer dabei auf diese hingewiesen hat.

(4) Die Nichtzahlung von Zinsen oder Kosten löst die Rechtsfolgen der Abs. 1 und 2 nicht aus.

§ 39. (1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, so kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten schriftlich eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen bestimmen; zur Unterzeichnung genügt eine Nachbildung der eigenhändigen Unterschrift. Dabei sind die Rechtsfolgen anzugeben, die nach Abs. 2 und 3 mit dem Ablauf der Frist verbunden sind. Eine Fristbestimmung, ohne Beachtung dieser Vorschriften, ist unwirksam.

(2) Tritt der Versicherungsfall nach dem Ablauf der Frist ein und ist der Versicherungsnehmer zur Zeit des Eintrittes mit der Zahlung der Folgeprämie im Verzug, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, es sei denn, daß der Versicherungsnehmer an der rechtzeitigen Zahlung ohne sein Verschulden verhindert war.

(3) Der Versicherer kann nach dem Ablauf der Frist das Versicherungsverhältnis ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen, wenn der Versicherungsnehmer mit der Zahlung im Verzug ist. Die Kündigung kann bereits mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, daß sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer in diesem Zeitpunkt mit der Zahlung im Verzug ist; darauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich aufmerksam zu machen. Die Wirkungen der Kündigung fallen fort, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, falls die Kündigung mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach dem Ablauf der Zahlungsfrist die Zahlung nachholt, sofern nicht der Versicherungsfall bereits eingetreten ist.

(4) Die Nichtzahlung von Zinsen oder Kosten löst die Rechtsfolgen der Abs. 1 bis 3 nicht aus.

§ 39a. Ist der Versicherungsnehmer bloß mit nicht mehr als 10 vH der Jahresprämie, höchstens aber mit 60 Euro im Verzug, so tritt eine im § 38 oder § 39 vorgesehene Leistungsfreiheit des Versicherers nicht ein.

§ 41. (1) Ist die dem Versicherungsnehmer beim Abschluß des Vertrages obliegende Anzeigepflicht verletzt worden, das Rücktrittsrecht des Versicherers aber ausgeschlossen, weil dem anderen Teil kein Verschulden zur Last fällt, so kann der Versicherer vom Beginn der laufenden Versicherungsperiode an eine höhere Prämie verlangen, falls sie mit Rücksicht auf die höhere Gefahr angemessen ist. Das gleiche gilt, wenn beim Abschluß des Vertrages ein für die Übernahme der Gefahr erheblicher Umstand dem Versicherer nicht angezeigt worden ist, weil er dem anderen Teil nicht bekannt war.

(2) Wird die höhere Gefahr nach den für den Geschäftsbetrieb des Versicherers maßgebenden Grundsätzen auch gegen eine höhere Prämie nicht übernommen, so kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von einem Monat kündigen.

(3) Der Anspruch auf die höhere Prämie erlischt, wenn er nicht innerhalb eines Monats von dem Zeitpunkt an geltend gemacht wird, in welchem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht oder von dem nicht angezeigten Umstand Kenntnis erlangt. Das gleiche gilt von dem Kündigungsrecht, wenn es nicht innerhalb des bezeichneten Zeitraumes ausgeübt wird.

§ 41b. Der Versicherer darf – vorbehaltlich des § 56 Abs. 3 ZaDiG 2018 – neben der Prämie nur solche Gebühren verlangen, die der Abgeltung von Mehraufwendungen dienen, die durch das Verhalten des Versicherungsnehmers veranlasst worden sind; die Vereinbarung davon abweichender Nebengebühren ist unwirksam.

§ 178e. Ist ein Versicherungsnehmer im vollen Umfang des § 178b Abs. 1 und nicht bloß für zusätzliche Aufwendungen zu den Leistungen der gesetzlichen Sozialversicherung versichert, so ist der Versicherer auf Verlangen des Versicherungsnehmers verpflichtet, dessen neugeborenes Kind mit Wirkung ab der Geburt ohne Wartezeiten zu versichern; dieses Verlangen ist spätestens zwei Monate nach der Geburt zu stellen. Der Versicherungsschutz hat den gleichen Umfang wie der des Versicherungsnehmers. Bedeutet das Kind ein erhöhtes Risiko, so kann der Versicherer einen angemessenen Prämienzuschlag verlangen.

§ 178f. (1) Eine Vereinbarung, nach der der Versicherer berechtigt ist, die Prämie nach Vertragsabschluß einseitig zu erhöhen oder den Versicherungsschutz einseitig zu ändern, etwa einen Selbstbehalt einzuführen, ist unbeschadet des § 6 Abs. 1 Z 5 KSchG beziehungsweise des § 6 Abs. 2 Z 3 KSchG nur mit den sich aus den Abs. 2 und 3 ergebenden Einschränkungen wirksam.

(2) Als für Änderungen der Prämie oder des Versicherungsschutzes maßgebende Umstände dürfen nur die Veränderungen folgender Faktoren vereinbart werden:

1. eines in der Vereinbarung genannten Index,
2. der durchschnittlichen Lebenserwartung,
3. der Häufigkeit der Inanspruchnahme von Leistungen nach Art der vertraglich vorgesehenen und deren Aufwendigkeit, bezogen auf die auf die zu diesem Tarif Versicherten,
4. des Verhältnisses zwischen den vertraglich vereinbarten Leistungen und den entsprechenden Kostenersätzen der gesetzlichen Sozialversicherungen,

5. 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 und

6. des Gesundheitswesens oder der dafür geltenden gesetzlichen Bestimmungen.

Bloß vom Älterwerden des Versicherten oder von der Verschlechterung seines Gesundheitszustandes abhängige Anpassungen dürfen jedenfalls nicht vereinbart werden, insbesondere ist eine Prämienanpassung unzulässig, um eine schon bei Eingehung der Versicherung unzureichend kalkulierte Alterungsrückstellung zu ersetzen. Es kann jedoch vereinbart werden, daß eine zunächst geringere Prämie ab einem bestimmten Lebensalter des Versicherten auf denjenigen Betrag angehoben wird, den der betreffende Tarif für Versicherte vorsieht, die mit diesem Alter in die Versicherung eintreten; dieses Lebensalter darf nicht über 20 Jahren liegen.

(3) Erhöht der Versicherer die Prämie, so hat er dem Versicherungsnehmer auf dessen Verlangen die Fortsetzung des Vertrages mit höchstens gleichbleibender Prämie und angemessen geänderten Leistungen anzubieten.

(4) Die Erklärung einer rückwirkenden Änderung der Prämie oder des Versicherungsschutzes ist unwirksam; die Erklärung wirkt erst ab dem der Absendung folgenden Monatsersten.

§ 178j. Endet das Versicherungsverhältnis anders als durch Rücktritt des Versicherers gemäß § 16 oder § 38 oder durch dessen Kündigung (§ 178i Abs. 3), so sind die Versicherten berechtigt, binnen zweier Monate die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses nach dem Versicherungsnehmer zu erklären.

§ 178k. Wegen einer Verletzung der dem Versicherungsnehmer beim Abschluß des Vertrags obliegenden Anzeigepflicht kann der Versicherer vom Vertrag nicht mehr zurücktreten oder den Vertrag kündigen, wenn seit dem Abschluß drei Jahre verstrichen sind. Das Rücktrittsrecht bleibt jedoch bestehen, wenn die Anzeigepflicht arglistig verletzt worden ist.

#### **SVG:**

§ 4. (1) Eine qualifizierte elektronische Signatur erfüllt das rechtliche Erfordernis der Schriftlichkeit im Sinne des § 886 ABGB. Andere gesetzliche Formerfordernisse, insbesondere solche, die die Beziehung eines Notars oder eines Rechtsanwalts vorsehen, sowie vertragliche Vereinbarungen über die Form bleiben unberührt.

(2) Letztwillige Verfügungen können in elektronischer Form nicht wirksam errichtet werden. Folgende Willenserklärungen können nur dann in elektronischer Form wirksam abgefasst werden, wenn das Dokument über die Erklärung die Bestätigung eines Notars oder eines Rechtsanwalts enthält, dass er den Signator über die Rechtsfolgen seiner Signatur aufgeklärt hat:

1. Willenserklärungen des Familien- und Erbrechts, die an die Schriftform oder ein strengeres Formerfordernis gebunden sind;

2. eine Bürgschaftserklärung (§ 1346 Abs. 2 ABGB), die von Personen außerhalb ihrer gewerblichen, geschäftlichen oder beruflichen Tätigkeit abgegeben wird.

(3) Bei Rechtsgeschäften zwischen Unternehmern und Verbrauchern sind Vertragsbestimmungen, nach denen eine qualifizierte elektronische Signatur nicht das rechtliche Erfordernis der Schriftlichkeit erfüllt, für Anzeigen oder Erklärungen, die vom Verbraucher dem Unternehmer oder einem Dritten abgegeben werden, nicht verbindlich, es sei denn, der Unternehmer beweist, dass die Vertragsbestimmungen im Einzelnen ausgehandelt worden sind oder mit dem Verbraucher eine andere vergleichbar einfach verwendbare Art der elektronischen Authentifizierung vereinbart wurde.

