ALLGEMEINE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN FÜR DIE KRANKENHAUS-TAGGELD-VERSICHERUNG BZW. SONDERKLASSE-VERSICHERUNG MIT WERTANPASSUNG NACH TARIF WWH (VERSICHERUNGSSCHUTZ FÜR UNMITTELBARE UNFALLFOLGEN)

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

Versicherungsnehmer ist die Person, die mit der DONAU VERSICHERUNG AG Vienna Insurance Group den Versicherungsvertrag abschließt.
Versicherte Personen sind jene Personen, deren Krankenhausaufenthalte versichert sind.
Versicherer ist die DONAU VERSICHERUNG AG Vienna Insurance Group

§ 1 WAS IST VERSICHERT?

1) Versichert sind stationäre Aufenthalte und auch ambulante Operationen zum Zweck der medizinisch notwendigen Heilbehandlung der versicherten Person wegen unmittelbarer Unfallfolgen. Als unmittelbare Unfallfolgen gelten solche Unfallfolgen, die direkt mit dem Unfall in Zusammenhang stehen und vom Arzt innerhalb von zwei Jahren nach dem Unfall behandelt werden. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung, er endet, wenn nach medizinischem Befund die Notwendigkeit der Heilbehandlung nicht mehr besteht. 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 Zerreißungen von Gliedmaßen und an der Wirbelsäule befindlichen Muskeln, Sehnen, Bändern und Kapseln, sofern keine Vorschädigung bestanden hat.
3) Krankheiten gelten nicht als Unfälle, übertragbare Krankheiten auch nicht als Unfallfolgen. Haben Krankheiten oder Gebrechen, die schon vor dem Unfall bestanden haben, die Unfallfolgen beeinflusst, ist die Leistung entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens zu kürzen, sofern dieser Anteil mindestens 25 % beträgt.
4) Unfälle als Folge eines Herzinfarkts oder Schlaganfalls sind mitversichert. Herzinfarkt oder Schlaganfall gelten jedoch in keinem Fall als Unfallfolge.
5) 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.
6) 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.
7) 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.
8) 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 WAS WIRD VOM VERSICHERER GELEISTET?

1) Die aus Ihrem Versicherungsschein ersichtliche Tagegeldsumme wird von uns für jeden Tag einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung wegen unmittelbarer Unfallfolgen gemäß § 1 ausgezahlt. Für mitversicherte Kinder vor Vollendung des 18. Lebensjahres werden generell 50 % der jeweils für Erwachsene vorgesehenen Barleistungen ausgezahlt.
2) Wahlweise können Sie von uns an Stelle der Taggeldauszahlung auch den Ersatz der Aufzahlungskosten für die Sonderklasse-Zweibettzimmer für die medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung der versicherten Person wegen unmittelbarer Unfallfolgen bis zu den in der Ihrem Versicherungsschein beiliegenden Leistungsübersicht angeführten Beträgen für versicherte Heilbehandlungen in Österreich sowie in allen öffentlichen Krankenhäusern aller Staaten der Welt verlangen; in privaten Spitälern erbringen wir jene Leistung, die wir für die entsprechende Behandlung mit einem Wiener Vertragskrankenhaus vereinbart haben. In den USA erfolgt für alle Krankenhausbehandlungen ein Kostenersatz wie in öffentlichen Krankenhäusern, wenn die Kostenverrechnung über einen vom Versicherer beauftragten Assisteur erfolgt.

3) Im Übrigen werden im Versicherungsfall Leistungen bis zu den Beträgen erbracht, die sich aus der Ihrem Versicherungsschein beiliegenden Leistungsübersicht ergeben. Für die Einstufung von Operationen ist das jeweilige mit der Ärztekammer Wien zuletzt vereinbarte Operationsgruppenverzeichnis maßgebend. Dieses wird dem Versicherungsnehmer auf Verlangen ausgehändigt. Bei Mehrfachoperationen wird die höchste Operationsgruppe abgegolten. Dies gilt auch für ambulante Operationen. 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. Damit verbundene Sachkosten, wie zum Beispiel Kosten von Körperersatzstücken, Implantaten und sonstigen therapeutischen Behelfen wie insbesondere Apparaturen, die Organe ersetzen oder in ihrer Funktion unterstützen, werden nicht gesondert ersetzt.
4) Besteht Anspruch auf gleichartigen Kostenersatz aus einem anderen, bei welchem Versicherer auch immer bestehenden Versicherungsvertrag, aus der Sozialversicherung oder gegenüber sonstigen Dritten, sind wir berechtigt, diesen Ersatz auf unsere Leistungen anzurechnen. Sie sind verpflichtet, uns diese Ansprüche abzutreten, insoweit wir Kostenersatz geleistet haben.
5) 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.
6) Die versicherte Person hat die zumutbaren Vorgaben des Versicherers hinsichtlich der Leistungsverrechnung (insbesondere die Zustimmung zur Abwicklung über einen Assisteur des Versicherers etc.) zu beachten.
7) Bei planbaren Krankenhausaufenthalten ist der Versicherer so rechtzeitig vor Aufnahme der versicherten Person im Krankenhaus zu verständigen, dass eine angemessene Prüfung des Leistungsanspruches gemäß § 2 (2) und gegebenenfalls die Anforderung und Übermittlung weiterer zur Prüfung notwendigen Unterlagen (Kostenvoranschlag etc.) erfolgen kann.

§ 3 WELCHE INFORMATIONS- UND ORGANISATIONSLEISTUNGEN BIETEN WIR IHNEN IM ZUSAMMENHANG MIT DER MEDIZINISCHEN BEHANDLUNG IHRER UNFALLFOLGEN? ERHALTEN SIE AUCH TRANSPORTKOSTEN ERSETZT?

In Zusammenhang mit einem versicherten Unfallereignis stehen Ihnen die angeführten Informations- und Organisationsleistungen im Rahmen eines telefonischen 24-Stunden-Services zur Verfügung:

1) Die Informationsleistungen umfassen
   a) die Erteilung detaillierter Auskünfte über Ärzte, Krankenhäuser, Reha-Einrichtungen und andere medizinische Dienstleistungsanbieter.
   b) die Erteilung ärztlicher Informationen und Auskünfte zu medizinischen Fragen, medizinischen Behandlungen aller Art (auch Komplementärmedizin), Medikamenten etc.
   c) die Benennung von Notfalladressen, wie beispielsweise Apothekennotdienste, ärztliche Bereitschaftsdienste, Zahnarztdienste für den Raum Österreich.
2) Die Organisationsleistungen bestehen in der
   a) Organisation der Reise (Ticket- und/oder Hotelbuchung) zum Zweck einer medizinisch notwendigen Behandlung im Ausland.
   b) Organisation von medizinisch notwendigen Transporten mit PKW, Kranken-, Rettungs- und Notarztwagen, per Stretcher, Helikopter oder Ambulanzflugzeug zur stationären Behandlung im In- und Ausland.
   c) Benachrichtigung von Angehörigen.
   d) Organisation von Bargeldvorlagen, Kautionen oder Kostenübernahmeerklärungen für stationäre Behandlungen.
   e) Organisation der Nachsendung von Bescheinigungen und Dokumenten.
   f) Organisation der Heimreise (z. B. Ticketumbuchung).
3) Vollen Kostenersatz erhalten Sie von der DONAU Versicherung AG auch für
   a) den Transport zur geplanten stationären Behandlung ins Ausland sowie den Rücktransport, wenn diese Behandlung aufgrund des medizinischen Standards in Österreich nicht durchführbar ist.
   b) einen medizinisch notwendigen Transport zur stationären Weiterbehandlung im Inland sowie den Rücktransport.
   c) die Bescheinigung der Flugtauglichkeit im Falle einer Rückholung aus dem Ausland.
   d) eine medizinische Begleitung auf der Heimreise aus dem Ausland, wenn diese aus ärztlicher Sicht notwendig ist.
   e) die Beschaffung und den Transport von Blutkonserven und Seren sowie Medikamenten ins Ausland bei deren Verlust.
   f) die Begleitung von Kindern bis zwölf Jahren im Spital sowie für die Reise ins Ausland und zurück.

   Die Leistungen nach Ziffer a) bis f) werden nur erbracht, wenn es sich um eine medizinisch notwendige Maßnahme im Zusammenhang mit einem versicherten Unfallereignis im Sinne der Allgemeinen Versicherungsbedingungen handelt. Weiters werden die Leistungen a) bis b) nur erbracht, wenn sie von einem von der DONAU Versicherung AG beauftragten Unternehmen organisiert werden.

§ 4 WELCHE ZUSÄTZLICHEN SERVICELEISTUNGEN (ASSISTANCE-LEISTUNGEN) KÖNNEN SIE BEANSPRUCHEN?

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 Ihnen 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 in Ihrem 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 Sie organisiert und die dadurch entstehenden Kosten bis zu dem in der Leistungsübersicht zum Versicherungsschein angeführten Betrag pro Tag übernommen.

Dazu genügt ein kurzer Anruf unter unserer Service-Nummer. Der Servicedienst der DONAU Versicherung AG meldet sich rund um die Uhr. Sollten Sie diese Leistungen von Professionisten eigenständig durchführen lassen, erhalten Sie Kostenersatz bis zu dem in der Leistungsübersicht zum Versicherungsschein angeführten Betrag pro Tag.
Im Falle der Betreuung von Kindern bis zum 15. Lebensjahr durch Nachbarn, Bekannte oder Verwandte, die nicht im gleichen Haushalt leben, werden nachgewiesene Kosten bis zu dem in der Leistungsübersicht zum Versicherungsschein 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 zum Versicherungsschein angeführte Betrag ersetzt.

3) Falls Ihnen aus einem versicherten Unfall für die erstmalige Rechtsberatung und/oder für einen Dolmetscher Kosten erwachsen, ersetzen wir Ihnen Kosten bis zu dem in der Leistungsübersicht zum Versicherungsschein angeführten Betrag.
4) Nach einem versicherten Unfall mit Dauerfolgen organisiert unser Servicedienst auf Wunsch die nachstehenden Dienstleistungen:
   - Beratung für Lebensplanung
   - Psychologische Beratung
   - Beratung für Wohnungsumbau
   - Beratung für Berufsumschulung

§ 5 WER KANN NACH DIESEM TARIF VERSICHERT WERDEN?

Versichert können nur Personen werden, die erwerbsfähig und jünger als 65 Jahre sind, und ihren ordentlichen Wohnsitz 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.

§ 6 WAS IST BEI DER ANTRAGSTELLUNG ZU BEACHTEN?

1) Als Versicherungsnehmer stellen Sie einen Antrag auf Abschluss der Versicherung in geschriebener Form. An diesen Antrag sind Sie sechs Wochen lang gebunden.
2) Vertragsgrundlagen sind Ihr Versicherungsantrag, der Versicherungsschein, die Leistungsübersichten und die Versicherungsbedingungen. Soweit nichts Abweichendes vereinbart ist, gilt österreichisches Recht, insbesondere das Versicherungsvertragsgesetz.

§ 7 WANN BEGINNT DER VERSICHERUNGSSCHUTZ?

Der Versicherungsschutz beginnt mit Abschluss des Versicherungsvertrages, jedoch nicht vor Bezahlung der ersten Prämie und nicht vor dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn). Wird der Versicherungsschein nach diesem Zeitpunkt ausgehändigt, die Prämie sodann aber innerhalb von 14 Tagen bezahlt, so beginnt der Versicherungsschutz mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt.

§ 8 FÜR WELCHE KRANKENANSTALTEN BESTEHT VERSICHERUNGSSCHUTZ?

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 (Inquisitenspitälern)
   - selbständigen Ambulatorien (auch wenn die durchzuführende Untersuchung oder Behandlung eine kurzfristige Unterbringung erforderlich macht);
   - Tag- und Nachtkliniken.

§ 9 MIT WELCHEN EINSCHRÄNKUNGEN DES VERSICHERUNGSSCHUTZES MÜSSEN SIE RECHNEN?

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 schuldhafte 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 Luftfahrtzeugen bzw.-geräten sowie bei Fallschirmabsprüngen ereignen;
   - von Unfällen, die sich bei Beteiligung an motorsportlichen Wettbewerben (auch Wertungsfahrten und Rallyes) und den dazugehörenden Trainingsfahrten ereignen;
   - von Folgen von Unfällen, die sich bei der Teilnahme an Bundes- oder internationalen sportlichen Wettbewerben sowie am offiziellen Training für diese Veranstaltungen ereignen;
   - von Unfällen, die mittelbar oder unmittelbar durch den Einfluss ionisierender Strahlen im Sinne des Strahlenschutzgesetzes (BGBl. Nr. 227/1969) in der jeweils geltenden Fassung oder durch Kernenergie verursacht werden.

§ 10 WAS GILT FÜR DIE AUSZAHLUNG DER VERSICHERUNGSLEISTUNGEN?

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 Sie nach Ablauf von zwei Monaten seit Anmeldung des Versicherungsfalles eine Erklärung verlangen, aus welchen Gründen die Erhebungen noch nicht beendet werden konnten, und wir diesem Verlangen nicht binnen eines Monats entsprechen.
3) Wir dürfen den jeweiligen Überbringer von Belegen als zum Empfang der darauf entfallenden Versicherungsleistungen berechtigt ansehen.

4) Die Ansprüche auf Versicherungsleistungen können ohne unsere Zustimmung weder verpfändet noch abgetreten werden. Sie können gegen Forderungen von uns nur aufrechnen, wenn Ihre Gegenforderungen gerichtlich festgestellt oder von uns anerkannt worden sind.
5) Die Ansprüche auf die Versicherungsleistungen verjähren in drei Jahren. Ist ein Anspruch bei uns angemeldet worden, so ist die Verjährung bis zum Einlangen einer Entscheidung in geschriebener Form von uns gehemmt, die zumindest mit der Anführung einer der Ablehnung zugrunde gelegten Tatsache und gesetzlichen oder vertraglichen Bestimmung begründet ist. Nach zehn Jahren tritt die Verjährung jedenfalls ein.

§ 11 KANN RUHEN DES VERSICHERUNGSSCHUTZES VEREINBART WERDEN?

1) Sie können in begründeten Fällen für einen im Voraus bestimmten Zeitraum von nicht mehr als zwölf Monaten das Ruhen der Rechte und Pflichten aus dem Versicherungsvertrag beantragen.
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 von Ihnen 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 können wir von einer Gesundheitsprüfung abhängig machen.

§ 12 WANN ENDET DER VERSICHERUNGSSCHUTZ?

Der Versicherungsschutz endet mit der Beendigung des Versicherungsvertrages. Dies gilt auch für bereits vorher eingetretene Versicherungsfälle.

§ 13 WIE BERECHNET SICH IHRE PRÄMIE?

1) Die Prämie ist eine Monatsprämie und am ersten eines jeden Monats fällig. Die erste Prämie ist spätestens bei Aushändigung des Versicherungsscheines fällig.
2) Hat ein Kind das 18. Lebensjahr vollendet, sind ab dem nächstfolgenden Monatsersten 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 Prämienerhöhung betroffene Kind zum Umstellungszeitpunkt zu kündigen.
3) Sind mehr als drei Geschwister unter 18 Jahren unter einem Versicherungsschein mitversichert, ist dennoch die Prämie nur für drei Kinder zu entrichten.
4) Die Prämien sind für uns kostenfrei zu entrichten.
5) Für allfällige durch den Versicherungsnehmer veranlasste Mehraufwendungen können Gebühren verrechnet werden.

§ 14 WAS GESCHIEHT, WENN SIE EINE PRÄMIE NICHT RECHTZEITIG BEZAHLEN?

1) Wenn Sie die erste Prämie nicht innerhalb von 14 Tagen nach der Zustellung des Versicherungsscheines und nach der Aufforderung zur Prämienzahlung bezahlen, sind wir leistungsfrei, es sei denn, dass Sie an der rechtzeitigen Zahlung ohne Verschulden verhindert waren. Wir können außerdem vom Versicherungsvertrag zurücktreten.
2) Wenn Sie eine Folgeprämie nicht rechtzeitig bezahlen, so erhalten Sie eine Mahnung in geschriebener Form. Bezahlen Sie den Rückstand nicht innerhalb der in der Mahnung gesetzten Frist von zwei Wochen, können wir den Versicherungsvertrag zum Ablauf der Frist kündigen. Außerdem entfällt Ihr Versicherungsschutz, es sei denn, dass Sie an der rechtzeitigen Zahlung ohne Verschulden verhindert waren.
3) Eingehende Prämienzahlungen werden auf die älteste Prämienschuld angerechnet.

§ 15 WELCHE BEDEUTUNG HABEN IHRE ANTWORTEN BZW. AUSSAGEN IM VERSICHERUNGSANTRAG?

1) Wir übernehmen den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, dass Sie alle mit dem Antrag verbundenen Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten bzw. dass Ihre Auskünfte richtig sind.
2) Wenn eine andere Person versichert oder mitversichert werden soll, ist auch diese für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung und für die Richtigkeit dieser Auskünfte verantwortlich.
3) Sie und die versicherten Personen haben bei der Antragstellung und zwischen Antragstellung und Zustellung (Aushändigung) des Versicherungsscheines alle erheblichen Gefahrumstände anzuzeigen. Jeder Gefahrumstand, nach dem wir ausdrücklich und in geschriebener Form gefragt haben, gilt im Zweifel als erheblich.

4) Werden Fragen schuldhaft unrichtig oder unvollständig beantwortet bzw. falsche Auskünfte erteilt, können wir innerhalb der ersten drei Jahre nach Abschluss oder Änderung des Versicherungsvertrages vom Versicherungsvertrag zurücktreten. Das gleiche gilt, wenn die Anzeige eines erheblichen Gefahrumstands deshalb unterblieben ist, weil Sie sich der Kenntnis des Umstands arglistig entzogen haben.
Wir werden den Rücktritt innerhalb eines Monats ab Kenntnis von der Unrichtigkeit oder Unvollständigkeit der Angaben erklären. Der Rücktritt ist ausgeschlossen, wenn wir den nicht (vollständig) oder unrichtig angezeigten Umstand kannten. Er ist auch ausgeschlossen, wenn die Verletzung der Anzeigepflicht ohne Ihr Verschulden unterblieben ist; haben Sie jedoch einen Umstand nicht angezeigt, nach dem wir nicht ausdrücklich und genau umschrieben gefragt haben, so können wir vom Versicherungsvertrag nur dann zurücktreten, wenn die Anzeige vorsätzlich oder grob fahrlässig unterblieben ist. Hatten Sie die Gefahrumstände anhand von uns in geschriebener Form gestellter Fragen anzuzeigen, so können wir wegen unterbliebener Anzeige eines Umstands, nach dem nicht ausdrücklich und genau umschrieben gefragt worden ist, nur im Falle arglistiger Verschweigung zurücktreten.
Wird der Versicherungsvertrag 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. Sie können sich darauf, dass die Anzeige eines erheblichen Umstands ohne Verschulden unterblieben oder unrichtig gemacht ist, nur berufen, wenn weder dem Vertreter noch Ihnen selbst ein Verschulden zur Last fällt. Diese Bestimmungen gelten sinngemäß auch für sonstige versicherte Personen.
5) Bei arglistiger Täuschung können wir den Versicherungsvertrag anfechten.
6) Wenn wir vom Versicherungsvertrag zurücktreten, bleiben wir für einen bereits eingetretenen Versicherungsfall leistungspflichtig, soweit der Umstand, in Ansehung dessen die Anzeigepflicht verletzt wurde, keinen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalles oder auf den Umfang unserer Leistung gehabt hat. Der Versicherungsschutz erstreckt sich jedoch keinesfalls über den Zeitpunkt des Rücktritts. Wir können die Rückzahlung der Leistungen verlangen, die sich auf Tatsachen beziehen, die zum Rücktritt geführt haben.
7) Treffen die Voraussetzungen für den Rücktritt nur auf einzelne versicherte Personen zu, so kann er auf diese beschränkt werden. Sie haben in diesem Fall das Recht, innerhalb eines Monats nach Erhalt der Rücktrittserklärung den Versicherungsvertrag mit sofortiger Wirkung zur Gänze zu kündigen.
8) Bei schuldloser Verletzung der Anzeigepflicht können wir, wenn unser Geschäftsplan bei Vorliegen der uns unbekannt gebliebenen Gefahrumstände eine höhere Prämie vorsieht, von Beginn des laufenden Versicherungsjahres an die entsprechend höhere Prämie verlangen. Ist der unbekannt gebliebene Gefahrumstand nach unserem Geschäftsplan auch gegen eine höhere Prämie nicht versicherbar, können wir den Versicherungsvertrag kündigen. Das gleiche gilt, wenn uns beim Abschluss des Versicherungsvertrages ein für die Übernahme der Gefahr erheblicher Umstand nicht angezeigt worden ist, weil er Ihnen nicht bekannt war. Wird die höhere Gefahr nach den für unseren Geschäftsbetrieb maßgebenden Grundsätzen auch gegen eine höhere Prämie nicht übernommen, so können wir das Versicherungsverhältnis unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von einem Monat kündigen. Der Anspruch auf die höhere Prämie erlischt, wenn er nicht innerhalb eines Monats von dem Zeitpunkt an geltend gemacht wird, in welchem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht oder von dem nicht angezeigten Umstand Kenntnis erlangt haben. Das gleiche gilt für das Kündigungsrecht, wenn es nicht innerhalb des bezeichneten Zeitraums ausgeübt wird.
9) Wir können aus der fahrlässigen Verletzung einer vereinbarten Obliegenheit Rechte nur ableiten, wenn Ihnen vorher die Versicherungsbedingungen oder eine andere Urkunde zugegangen sind, in der die Obliegenheit mitgeteilt wird.

§ 16 WELCHE SONSTIGEN AUSKUNFTSPFLICHTEN SIND VON IHNEN ZU ERFÜLLEN?

1) Sie und die Versicherten haben uns auf Verlangen jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder des Umfangs der Versicherungsleistung erforderlich ist.
Dies umfasst auch die Verpflichtung
   - sich auf Verlangen durch einen von uns beauftragten Arzt untersuchen zu lassen,
   - von uns geforderte Unterlagen zur Verfügung zu stellen, sowie – falls dies nicht bereits im Antrag erfolgt ist – Dritte (z. B. Ärzte, Versicherungseinrichtungen, Behörden) von ihrer ärztlichen oder sonstigen Schweigepflicht zu entbinden. Wird für eine versicherte Person bei einem anderen Versicherer ein Krankenversicherungsvertrag abgeschlossen, so sind wir vom weiteren Versicherungsvertrag unverzüglich zu unterrichten.
2) Verletzt der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person die Auskunftspflicht des § 16 Abs. 1, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei. Dies gilt jedoch nicht, 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. § 15 Abs. 9 gilt sinngemäß.
3) Wird die in § 16 Abs. 2 genannte Informationspflicht verletzt, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Erbringung von Summenleistungen, wie z. B Krankenhaus- Tagegeld, Krankenhaus-Ersatztagegeld, 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. Leistungsfreiheit und Kündigungsrecht bestehen nicht, wenn die Verletzung als eine unverschuldete anzusehen ist. § 15 Abs. 9 gilt sinngemäß.

§ 17 WANN KÖNNEN SIE DEN VERSICHERUNGSVERTRAG KÜNDIGEN?

1) Der Versicherungsvertrag wird auf unbestimmte Zeit abgeschlossen. Sie haben 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) Das Versicherungsjahr richtet sich nach dem ursprünglichen Versicherungsbeginn.
3) Die Kündigung muss schriftlich erfolgen.
4) Wenn Sie den Versicherungsvertrag hinsichtlich einzelner Personen kündigen, haben wir 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 WANN KANN DER VERSICHERER DEN VERSICHERUNGSVERTRAG SONST NOCH EINSEITIG BEENDEN BZW. WAS IST DIE FOLGE, WENN SIE IM VERSICHERUNGSFALL UNRICHTIGE ANGABEN MACHEN ODER SICH NICHT AN ÄRZTLICHE VERHALTENSMASSREGELN HALTEN?

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. 4
   - schuldhaftes Verhalten des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person gemäß dem nachfolgenden Abs. 2. Werden Prämien gemäß §1 5 (8) 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.
2) Wenn Sie oder ein Versicherter eine versicherte Person durch wissentlich falsche Angaben, insbesondere durch Vortäuschung einer Krankheit, Versicherungsleistungen erschleichen oder zu erschleichen versuchen oder bei einer solchen Handlung mitwirken, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei und haben das Recht, den Versicherungsvertrag zur Gänze oder nur hinsichtlich der betroffenen Person innerhalb eines Monats, nachdem wir von der Verletzung Kenntnis erlangt haben, ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist zu kündigen. Das Gleiche gilt, wenn Sie bzw. eine versicherte Person im Krankheitsfall den vom Arzt oder von uns gegebenen zumutbaren Verhaltensmaßregeln vorsätzlich oder grob fahrlässig nicht Folge leisten. 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. § 15 Abs. 9 gilt sinngemäß.
3) Kündigen wir den Versicherungsvertrag hinsichtlich einzelner Personen, haben Sie das Recht, den Versicherungsvertrag hinsichtlich der übrigen Personen innerhalb einer Frist von einem Monat zum gleichen Termin zu kündigen.

§ 19 AUS WELCHEN SONSTIGEN GRÜNDEN ENDET DER VERSICHERUNGSVERTRAG? KANN DER VERSICHERUNGSVERTRAG FORTGEFÜHRT WERDEN? WELCHE PRÄMIE IST FÜR DIE FORTFÜHRUNG ZU ZAHLEN?

1) Der Versicherungsvertrag endet mit Ihrem Tod. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, den Versicherungsvertrag unter Benennung eines künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach Ihrem Tod abzugeben.
2) Mit dem Tod einer versicherten Person endet der Versicherungsvertrag hinsichtlich dieser Person.
3) Der Versicherungsvertrag endet ferner durch Verlegung Ihres Wohnsitzes oder des Wohnsitzes der versicherten Person ins Ausland, es sei denn, dass eine andere Vereinbarung getroffen wird. Als Wohnsitz des Versicherungsnehmers ist jener Ort zu verstehen, an dem sich dieser niedergelassen hat, in der nachgewiesenen oder aus den Umständen hervorgehenden Absicht, dort seinen bleibenden Aufenthalt zu nehmen. Die Bestimmungen des Abs. 1 gelten sinngemäß.

§ 20 UNTER WELCHEN VORAUSSETZUNGEN ERHALTEN SIE VON UNS EINE INVALIDITÄTS-BARLEISTUNG?

Wenn aufgrund eines versicherten Unfalls

- eine zumindest 50%ige Minderung ihrer Erwerbsfähigkeit eintritt und deshalb
- ein Anspruch auf Berufs-(Erwerbs-)unfähigkeits-, oder Invaliditätspension oder auf eine Schwerversehrtenrente entsteht,

zahlen wir einmalig eine Invaliditäts-Barleistung aus.

§ 21 WAS GILT FÜR ERKLÄRUNGEN, DIE DEN VERSICHERUNGSVERTRAG BETREFFEN?

1) Für Ihre sämtlichen Anzeigen und Erklärungen an uns 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 zugehen muss. Die qualifizierte elektronische Signatur gemäß § 4 Signaturgesetz ist der eigenhändigen Unterschrift nicht gleichgestellt.

2) Haben Sie Ihre Anschrift geändert, dies uns aber nicht mitgeteilt, so genügt zur Rechtswirksamkeit unserer Erklärungen an Sie die Absendung eines Briefs an die Anschrift, die Sie uns zuletzt bekanntgegeben haben. Die Erklärung wird in dem Zeitpunkt wirksam, in welchem sie Ihnen ohne die Änderung der Anschrift bei regelmäßiger Beförderung zugegangen wäre. Bei vereinbarter elektronischer Kommunikation gilt dies nur, wenn wir Sie rechtzeitig elektronisch von der Zusendung eines Briefs und von den genannten Folgen einer unterbleibenden Mitteilung der Anschriftenänderung verständigt haben (sofern die elektronische Verständigung möglich war). Dies gilt sinngemäß für Erklärungen gegenüber einer versicherten Person.

§ 22 UNTER WELCHEN VORAUSSETZUNGEN KÖNNEN DIE PRÄMIE ODER DER VERSICHERUNGSSCHUTZ GEÄNDERT WERDEN (ANPASSUNG)

1) Die Versicherungsleistungen werden in ihrem Wert durch periodische Anpassungen erhalten. Dazu wird am Ende eines jeden Kalenderjahrs das versicherte Krankenhaus-Tagegeld mit der für das nächste Kalenderjahr kundgemachten Aufwertungszahl gemäß § 108 a des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes multipliziert. Die sich dabei ergebende Änderung wird nicht durchgeführt, wenn sie weniger als 4 % beträgt oder das Versicherungsverhältnis noch nicht mindestens zwölf Monate bestanden hat. Sie wird jedoch in die nächste Berechnung einbezogen. Sobald die auf diese Weise berechnete Änderung mindestens 4 % beträgt, wird sie durchgeführt, wobei auf volle Euro auf- oder abgerundet wird. Wird die Aufwertungszahl nicht mehr verlautbart, gelten die an ihrer Stelle verlautbarten Werte als Maßstab für die Änderung.
2) Als für Änderungen der Prämie oder des Versicherungsschutzes maßgebende Umstände im Sinne des § 178 f Versicherungsvertragsgesetz gelten auch die Veränderungen folgender Faktoren:
   - der durchschnittlichen Lebenserwartung
   - der Häufigkeit der Inanspruchnahme von Leistungen nach Art der vertraglich vorgesehenen und deren Aufwändigkeit, 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; bei der Festsetzung der Höhe der Anpassung bleiben jedoch Gebühren und/oder Honorare, über deren Höhe ein Einvernehmen mit dem Versicherer nicht hergestellt worden ist, außer Betracht.
   - des Gesundheitswesens oder der dafür geltenden gesetzlichen Bestimmungen.
3) Die Erklärung einer rückwirkenden Änderung der Prämie oder des Versicherungsschutzes ist unwirksam; die Erklärung wirkt erst ab dem der Absendung folgenden Monatsersten vom Zeitpunkt der Anpassung an.
4) Vom Zeitpunkt der Anpassung an ändert sich die Prämie entsprechend den geänderten Versicherungsleistungen.
5) 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 werden wir Sie in unserer Benachrichtigung über die Prämienerhöhung ausdrücklich nochmals hinweisen.