

Vertragsgrundlagen zur Gruppenkrankenversicherung

Allgemeine Bedingungen für
Krankengeld-Gruppenversicherung nach Tarifgruppe KT
(AVBGK 2009)

Unter den Flügeln des Löwen.





Dafür sein statt dagegen.

CARE heißt: die Wünsche, Ziele und Pläne unserer Kunden in den Mittelpunkt zu stellen.

Begleiten statt bearbeiten.

CARE heißt: ein Leben lang für unsere Kunden da zu sein – mit den richtigen Ideen für jede Lebensphase.

Aktiv handeln statt abwarten.

CARE heißt: die Initiative zu ergreifen und damit Probleme erst gar nicht entstehen zu lassen.

Individuell statt gleich.

CARE heißt: jeden Kunden individuell zu unterstützen – mit einer auf ihn abgestimmten Betreuung und einem ganz besonderen Qualitäts- und Leistungsanspruch.

Lösungen statt Produkte.

CARE heißt: jeden Kunden mit einer persönlichen Gesamtlösung zu überzeugen, die über das reine Produktangebot hinausgeht.

Besser sein statt gut.

CARE heißt: neue Maßstäbe zu setzen – im Service, in der Beratung und im Bestreben, immer einen Schritt voraus zu sein.

Danke. Für Ihr Vertrauen.

Sehr geehrte Kundin,
sehr geehrter Kunde,

die Generali ist eines der führenden Versicherungsunternehmen in Österreich. Und auch international zählen wir zu den ganz Großen.

Wir wissen, dass die Basis für die Nachhaltigkeit unseres Erfolges einzig und allein im Kundenvertrauen liegt. Dieses Vertrauen erlangt man nur durch erstklassige, kompetente Betreuung, individuelle Produktlösungen und überzeugende Servicequalität.

Aus dieser Grundüberzeugung heraus haben wir das Generali CAREConcept entwickelt. Es definiert unseren Anspruch, die Wünsche, Ziele und Pläne unserer Kunden zu erfüllen.

Im Sinne unseres CAREConcepts ist es uns ein wichtiges Anliegen, noch mehr Transparenz hinsichtlich der Vertragsgrundlagen für Sie zu erreichen.

Daher finden Sie auf den folgenden Seiten die Bedingungen, welche Ihrem Versicherungsvertrag zu Grunde liegen.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre Generali

Inhaltsverzeichnis

DER VERSICHERUNGSSCHUTZ

§ 1	Gegenstand und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes.....	5
§ 2	Abschluss des Gruppenversicherungsvertrages/Beitritt	6
§ 3	Beginn des Versicherungsschutzes	6
§ 4	Wartezeit	6
§ 5	Art oder Umfang des Versicherungsschutzes	7
§ 6	Einschränkung des Versicherungsschutzes	8
§ 7	Auszahlung der Versicherungsleistungen	9
§ 8	Ruhen des Versicherungsschutzes	9
§ 9	Ende des Versicherungsschutzes	10

PFLICHTEN DES VERSICHERUNGSNEHMERS

§ 10	A. Prämie, Gebühren und Angaben	10
	B. Zahlungsverzug und dessen Folgen	10
§ 11	Obliegenheiten	11
	A. Anzeigeobligiertheit vor Abschluss des Versicherungsvertrages	11
	B. Folgen der Verletzung der Anzeigeobligiertheit vor Abschluss des Versicherungsvertrages bzw. vor Beitritt der versicherten Person (vgl. auch § 6)	11
	C. Anmeldung von Ansprüchen.....	11
	D. Obliegenheiten des Versicherungsnehmers und der versicherten Person während des Bestehens des Versicherungsvertrages	12
	E. Folgen bei Versäumnis der Anmeldung von Ansprüchen und bei Verletzung der Obliegenheiten während des Bestehens des Versicherungsvertrages	12
§ 12	Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten (Ärztekommission)	13

ENDE DES VERSICHERUNGSSCHUTZES

§ 13	Dauer des Gruppenversicherungsvertrages, Kündigung durch den Versicherungsnehmer und den Versicherer	13
§ 14	Kündigung durch den Versicherungsnehmer	13
§ 15	Kündigung durch den Versicherer	14
§ 16	Sonstige Beendigungsgründe	14
§ 16a	Weiterversicherung	15

SONSTIGE BESTIMMUNGEN

§ 17	Form und Empfänger von Willenserklärungen und Anzeigen	15
§ 18	Erfüllungsort, Gerichtsstand	18
§ 19	Änderungen des Versicherungsschutzes und der Prämie	15
§ 20	Gewinnbeteiligung	16

DER VERSICHERUNGSSCHUTZ

§ 1

Gegenstand und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(1) Die versicherte Person hat im Versicherungsfall Anspruch auf Versicherungsschutz im Rahmen der gewählten Tarife.

(2) Versicherungsfall ist die völlige (100%ige) Arbeitsunfähigkeit wegen Krankheit oder Unfallfolgen.

Der Versicherungsfall beginnt, wenn die versicherte Person ihre berufliche Tätigkeit nach objektivem ärztlichen Urteil in keiner Weise ausüben kann, sie auch nicht ausübt und keiner anderen Erwerbstätigkeit nachgeht, also weder mitarbeitend noch aufsichtsführend oder leitend in ihrem Beruf tätig sein kann.

Bei versicherten Personen die selbständig erwerbstätig sind, gilt auch die teilweise Arbeitsunfähigkeit wegen Krankheit oder Unfallfolgen als Versicherungsfall.

Der Versicherungsfall endet, wenn die versicherte Person nach medizinischem Befund wieder teilweise oder völlig arbeitsfähig wird oder eine berufliche Tätigkeit ausübt.

(3) Als Versicherungsfall gilt auch die Arbeitsunfähigkeit aufgrund

- eines medizinisch notwendigen stationären Krankenhausaufenthaltes wegen Schwangerschaft, Entbindung oder Fehlgeburt;
- von unmittelbar nach einer Primärbehandlung in einer Krankenanstalt durchgeführten Anschlussheilverfahren oder Rehabilitation in Sonderheilanstalten und Rehabilitationszentren sowie Langzeitabteilungen.

(4) Kein Versicherungsfall ist die Arbeitsunfähigkeit aufgrund

- ausschließlich Schwangerschaft oder Schwangerschaftsunterbrechung;
- der gesetzlichen Beschäftigungsverbote für werdende Mütter und Wöchnerinnen in einem Arbeitsverhältnis (Mutterschutz) bzw. bei selbständig Tätigen für den Zeitraum, in dem Anspruch auf Betriebshilfe besteht;
- kosmetischer Behandlungen und Operationen und deren Folgen, soweit diese Maßnahmen nicht der Beseitigung von Unfallfolgen dienen, sowie Geschlechtsumwandlungen;
- Zahnimplantationen und deren Folgen, soweit sie nicht Folge eines Unfalls sind, sowie auch damit im ursächlichen Zusammenhang stehenden vorbereitenden Maßnahmen;
- nichtärztlicher Hauspflege sowie Maßnahmen der Geriatrie und der Rehabilitation;
- aller Formen der künstlichen Befruchtung (z.B. In vitro fertilisation, Insemination);
- Untersuchungen und Behandlungen zur Feststellung bzw. zur Beseitigung der Unfruchtbarkeit;
- Kur- oder Erholungsaufhalten, unabhängig von der Genehmigung des Sozialversicherungsträgers.

(5) Krankheit ist ein nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft anormaler körperlicher oder geistiger Zustand

(6) Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

(7) Versichert werden können nur gesunde Personen, die selbständig erwerbstätig sind oder in einem ständigen Dienst- oder Arbeitsverhältnis gegen Entgelt stehen und die in Österreich ihren ordentlichen Wohnsitz haben. Andere Personen können zu besonderen Bedingungen versichert werden.

(8) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Versicherungsfälle in Österreich.

Wird eine versicherte Person während eines vorübergehenden Aufenthaltes im Ausland völlig arbeitsunfähig, besteht Versicherungsschutz für die Dauer der medizinisch notwendigen stationären Krankenhausbehandlung, wenn und soweit nach den übrigen Bestimmungen eine Leistungspflicht des Versicherers gegeben ist. Als vorübergehend gilt ein Auslandsaufenthalt in der Dauer von längstens sechs Wochen. Für sonstige Auslandsaufenthalte können besondere Vereinbarungen getroffen werden.

Beginn und Dauer des Auslandsaufenthaltes sind nachzuweisen.

§ 2

Abschluss des Gruppenversicherungsvertrages/Beitritt

(1) Ein Gruppenversicherungsvertrag kann abgeschlossen werden:

- a) mit Arbeitgebern zur Versicherung ihrer Arbeitnehmer,
- b) mit dem Betriebsrat(sfond) oder einem (von einem Personenkreis von Arbeitnehmern laut lit. a) Beauftragten, wenn dieser nachweist, dass er seiner Nachweispflicht als Versicherungsnehmer über die Personaldaten der zu versichernden Arbeitnehmer und über die jeweilige Änderung des Standes des Personenkreises (Ab- und Anmelden von Versicherten) erfüllen kann.
- c) mit Interessenvertretungen zur Versicherung der von ihr vertretenen Personen,

Regelungen für Abschluss und Beitritt von versicherten Personen sind im einzelnen Gruppenversicherungsvertrag festgelegt.

(2)

- a) Personen, die während der Dauer des Gruppenversicherungsvertrages in den zu versichernden Personenkreis neu einbezogen werden, können zu dem im Gruppenversicherungsvertrag näher bezeichneten Zeitpunkt beitreten. Der Beitritt muss innerhalb eines Monats nach dem vorgesehenen Beitrittstermin beantragt werden.
 - b) Der spätere Beitritt zum Gruppenversicherungsvertrag ist nur zu einem im Gruppenversicherungsvertrag näher bezeichneten Zeitpunkt möglich.
 - c) Der neuerliche Beitritt einer aus dem Gruppenversicherungsvertrag ausgeschiedenen Person ist nur zu besonderen Bedingungen möglich.
- (3) Der Beitritt kann von einer ärztlichen Untersuchung oder Beibringung eines ärztlichen Zeugnisses und von besonderen Bedingungen abhängig gemacht werden.
- (4) Der Antragsteller/Beitretende ist sechs Wochen an seinen Antrag gebunden. Die Frist beginnt mit dem Tag der Antragstellung bzw. mit der Absendung des Antrags.
- (5) Über die Annahme des Antrags entscheidet die Geschäftsleitung des Versicherers. Anträge/Beitritts-erklärungen können ohne Angabe von Gründen abgelehnt werden. Die Entscheidung ist dem Antragsteller schriftlich mitzuteilen. Mit der Zustellung (Aushändigung) der Polizza oder der schriftlichen Annahmeerklärung ist der Versicherungsvertrag abgeschlossen bzw. der Beitritt wirksam.

§ 3

Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt mit Abschluss des Gruppenversicherungsvertrages bzw. mit Annahme des Antrags auf Beitritt durch den Versicherer, jedoch nicht vor Bezahlung der ersten Prämie, nicht vor Ablauf der Wartezeiten und nicht vor dem im Versicherungsvertrag oder in der Polizza/Annahmeerklärung bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn).

Wird die Polizza oder die Annahmeerklärung nach diesem Zeitpunkt ausgehändigt, die Prämie aber sodann innerhalb von 14 Tagen bezahlt, beginnt der Versicherungsschutz, abgesehen von den Bestimmungen über die Wartezeiten, mit dem im Versicherungsvertrag oder in der Annahmeerklärung bezeichneten Zeitpunkt.

Nach diesem Zeitpunkt (ursprünglicher Versicherungsbeginn) wird in der Folge auch das Versicherungsjahr gerechnet.

§ 4

Wartezeit

- (1) Die Wartezeit wird ab Versicherungsbeginn, bei Erhöhung oder Ausweitung des Versicherungsschutzes ab dem Änderungszeitpunkt, gerechnet.

- (2) Die allgemeine Wartezeit beträgt bei Abschluss des Gruppenversicherungsvertrages und beim Beitritt gemäß § 2 einen Monat.

Sie entfällt bei Arbeitsunfähigkeit:

- a) wegen Unfällen
Bauch- oder Unterleibsbrüche, die durch einen Unfall herbeigeführt oder verschlechtert worden sind, gelten nicht als Unfallfolgen.
- b) wegen folgender akuter Infektionskrankheiten:
Röteln, Masern, Windpocken (Varicellen), Scharlach, Diphtherie, Keuchhusten, Mumps, spinale Kinderlähmung, Meningitis, Ruhr, Paratyphus, Flecktyphus (Fleckfieber), Typhus, Cholera, Pocken, Rückfallfieber, Malaria, Rotlauf, Gelbfieber, Pest, Tularämie, Psittakose.
- (3) Die Bestimmungen über die allgemeine Wartezeit gelten, sofern im Gruppenversicherungsvertrag, in den Ergänzenden Versicherungsbedingungen für die versicherten Tarife oder in der Polizza/Annahmeerklärung keine besonderen Wartezeiten festgelegt sind.
- (4) Für Arbeitsunfähigkeit wegen eines medizinisch notwendigen stationären Krankenhausaufenthaltes wegen Schwangerschaft, Entbindung oder Fehlgeburt (§ 1 Abs. 3) besteht Versicherungsschutz nach Ablauf einer Wartezeit von neun Monaten.

Wenn der Versicherungsnehmer beweist, dass die Schwangerschaft nachweislich nach dem Versicherungsbeginn eingetreten ist, besteht keine Wartezeit.

Es gilt als Nachweis, wenn der ärztlich errechnete Geburtstermin neun Monate nach Versicherungsbeginn liegt.

§ 5

Art oder Umfang des Versicherungsschutzes

- (1) Art und Umfang des Versicherungsschutzes ergeben sich aus dem Gruppenversicherungsvertrag, den vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen, den Ergänzenden Versicherungsbedingungen der versicherten Tarife und der Polizza.
- (2) Das Krankengeld ist nur zu zahlen, solange sich die versicherte Person an ihrem Wohnort aufhält oder sich in stationärer Krankenhausbehandlung im Inland befindet. Entsteht ein Versicherungsfall außerhalb des Wohnsitzes der versicherten Person, so erbringt der Versicherer seine tariflichen Leistungen nur, solange die Rückkehr der versicherten Person an ihren Wohnsitz aus medizinischen Gründen nicht oder nur unter Gefährdung ihrer Gesundheit möglich ist.
- (3) Das Krankengeld wird bei völliger (100%iger) Arbeitsunfähigkeit in der vereinbarten Höhe bezahlt. Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit, wird das Krankengeld in Höhe eines Prozentsatzes des vereinbarten Betrages bezahlt, der dem Grad der Arbeitsunfähigkeit entspricht.

Das Krankengeld wird nach Ablauf der im Tarif festgelegten Karenz für die Dauer der Arbeitsunfähigkeit unter Einschluss der Sonn- und Feiertage bezahlt. Die Karenzfrist beginnt an dem Tag zu laufen, an dem die versicherte Person gemäß § 1 Abs. 2 erstmals arbeitsunfähig ist.

Bei Arbeitsunfähigkeit wegen Entbindung gemäß § 1 Abs. 3 wird, wenn sonst keine Leistung zu erbringen ist, ein Pauschalbetrag in Höhe des 5fachen vereinbarten Tagesatzes bezahlt.

Der Anspruch auf Krankengeld endet mit dem nachgewiesenen letzten Tag der Arbeitsunfähigkeit.

Treten innerhalb von 12 Monaten von Beginn der Arbeitsunfähigkeit an wegen desselben Krankheitsgeschehens oder derselben Unfallfolgen neuerliche Arbeitsunfähigkeiten ein, so werden diese zur Berechnung der Karenzfrist bzw. der Leistung zusammengerechnet.

Liegen zwischen dem letzten Tag der Arbeitsunfähigkeit und der neuerlichen Arbeitsunfähigkeit mehr als 12 Monate, wird das Krankengeld erst wieder nach Ablauf der Karenz bezahlt.

- (4) Das versicherte Krankengeld darf nicht mehr als das auf den Tag umgerechnete durchschnittliche Nettoeinkommen der letzten 12 Monate vor jeweils eingetretener Arbeitsunfähigkeit betragen. Bei Minderung des monatlichen Nettoeinkommens sind das versicherte Krankengeld und die Prämie entsprechend der Minderung, auch für bereits eingetretene Arbeitsunfähigkeit, mit Wirkung vom Beginn des zweiten Monats nach Kenntnis herabzusetzen. Bis zum Zeitpunkt der Wirksamkeit der Herabsetzung wird die Leistungspflicht für bereits eingetretene Arbeitsunfähigkeit nicht berührt.

- (5) Der Versicherer ist berechtigt, jederzeit vom Versicherungsnehmer den Nachweis zu verlangen, dass das versicherte Krankengeld das auf den Tag umgerechnete Nettoeinkommen der versicherten Person in den letzten 12 Monaten vor jeweils eingetretener Arbeitsunfähigkeit nicht übersteigt. Erbringt der Versicherungsnehmer diesen Nachweis nicht innerhalb 14 Tagen, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei und kann den Vertrag innerhalb eines Monats nach Ablauf der Frist ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen, es sei denn, den Versicherungsnehmer trifft dafür kein Verschulden.

§ 6

Einschränkung des Versicherungsschutzes

- (1) Vom Versicherungsschutz ausgenommen ist eine Arbeitsunfähigkeit, die vor Versicherungsbeginn begonnen hat.
- (2) Krankheiten und Unfallfolgen, die vor Versicherungsbeginn entstanden sind, aber erst nach Versicherungsbeginn zu einer Arbeitsunfähigkeit führen, sind nach Maßgabe des Abs. 6 und § 11 in den Versicherungsschutz einbezogen.
- (3) Für Krankheiten, die während der Wartezeit (§ 4) erstmalig zu einer Arbeitsunfähigkeit führten, besteht bis zur Beendigung des Versicherungsfalles, längstens bis drei Jahre nach Abschluss, Abänderung oder Wiedereinkraftsetzung des Versicherungsvertrages kein Versicherungsschutz; dasselbe gilt für Krankheiten, die mit diesen in einem unmittelbar ursächlichen Zusammenhang stehen.

Der Versicherer ist jedoch zur Leistung verpflichtet, wenn der Versicherungsnehmer beweist, dass die Krankheit erst nach Versicherungsabschluss erkennbar wurde.

- (4) Kein Versicherungsschutz besteht für Arbeitsunfähigkeit wegen
- Krankheiten und Unfällen sowie deren Folgen, die aufgrund eines missbräuchlichen Genusses von Alkohol oder Suchtgiften eintreten oder verschlechtert werden oder deren Heilbehandlung infolge eines missbräuchlichen Genusses von Alkohol oder Suchtgiften wesentlich erschwert ist, sowie für Entziehungsmaßnahmen oder Entziehungskuren;
 - Anhaltung bzw. Unterbringung aufgrund Selbst- oder Fremdgefährdung sowie wegen Heilbehandlung der Folgen von Selbstmordversuchen;
 - Krankheiten und 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;
 - auf Vorsatz des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person beruhenden Krankheiten und Unfällen, einschließlich deren Folgen;
hat der Versicherungsnehmer die Krankheit oder den Unfall einer versicherten Person vorsätzlich herbeigeführt, so bleibt der Versicherer diesem gegenüber zur Leistung verpflichtet, der Schadenersatzanspruch der versicherten Person an den Versicherungsnehmer geht jedoch auf den Versicherer über.
 - Krankheiten und Unfällen sowie deren Folgen, die durch Kriegsereignisse jeder Art, einschließlich Neutralitätsverletzungen, entstehen.
- (5) Arbeitsunfähigkeit aufgrund Krankheiten und Unfallfolgen gemäß Abs. 1 bis 3 kann zu besonderen Bedingungen (höhere Prämie, besondere Wartezeiten) in den Versicherungsschutz eingeschlossen werden.
- (6) Für die Arbeitsunfähigkeit aufgrund von Krankheiten und Unfallfolgen, die vom Versicherungsnehmer bzw. von der versicherten Person vor Abschluss des Versicherungsvertrages angegeben wurden, kann der Versicherungsschutz nur durch ausdrückliche schriftliche Erklärung des Versicherers ausgeschlossen werden.
- (7) Geht die Dauer der Arbeitsunfähigkeit über das notwendige Maß hinaus, so ist der Versicherer berechtigt, die Erstattung entsprechend herabzusetzen.
- (8) Der Versicherer kann in begründeten Fällen Behandlungen durch bestimmte Ärzte oder Dentisten bzw. in bestimmten Krankenanstalten oder Abteilungen von Anstalten vom Versicherungsschutz ausnehmen. Dies gilt für Behandlungen, die nach Zustellung der Mitteilung durchgeführt werden; für laufende Versicherungsfälle besteht jedoch Versicherungsschutz längstens bis zum Ablauf des 3. Monats nach Zustellung der Mitteilung.

§ 7

Auszahlung der Versicherungsleistungen

- (1) Die Auszahlung der Versicherungsleistungen erfolgt nur aufgrund rechtzeitiger vollständiger Anmeldung der Ansprüche des Versicherungsnehmers gemäß § 11, Abs. 8 bis 10, entweder an diesen selbst oder an einen anderen von ihm namhaft gemachten Bezugsberechtigten.
- (2) Die Ansprüche auf Versicherungsleistungen können ohne Zustimmung des Versicherers weder verpfändet noch abgetreten werden.

Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, wenn es sich um Gegenforderungen handelt, die im rechtlichen Zusammenhang mit seiner Forderung stehen und die gerichtlich festgestellt oder die vom Versicherer anerkannt worden sind.

- (3) Geldleistungen des Versicherers sind mit Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung des Versicherers nötigen Erhebungen fällig. Die Fälligkeit tritt jedoch unabhängig davon ein, wenn der Versicherungsnehmer nach Ablauf zweier Monate sei dem Begehren nach einer Geldleistung eine Erklärung des Versicherers verlangt, aus welchen Gründen die Erhebungen noch nicht beendet werden konnten, und der Versicherer diesem Verlangen nicht binnen eines Monats entspricht.
- (4) 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 schriftlich abgelehnt hat. Die Entscheidung des Versicherers muss zumindest mit Anführung einer der Ablehnung derzeit zugrunde gelegten Tatsache und der gesetzlichen oder vertraglichen Bestimmung begründet sein und die Angabe der mit dem Ablauf der Frist verbundenen Rechtsfolge enthalten; 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 Anspruches gehindert ist, gehemmt.

- (5) Die Ansprüche auf die Versicherungsleistungen verjähren in drei Jahren. Steht der Anspruch einem Dritten zu, so beginnt die Verjährung zu laufen, sobald diesem sein Recht auf die Leistung des Versicherers bekannt geworden ist; ist dem Dritten dieses Recht nicht bekannt geworden, so verjähren seine Ansprüche erst nach zehn Jahren. Ist ein Anspruch des Versicherungsnehmers beim Versicherer angemeldet, so ist die Verjährung bis zum Einlangen einer schriftlichen Entscheidung des Versicherers gehemmt, die zumindest mit der Anführung einer der Ablehnung derzeit zugrunde gelegten Tatsache und der gesetzlichen oder vertraglichen Bestimmung begründet ist. Nach zehn Jahren tritt jedoch die Verjährung jedenfalls ein.

§ 8

Ruhen des Versicherungsschutzes

- (1) Auf Antrag des Versicherungsnehmers kann in begründeten Fällen auf einen im Voraus bestimmten Zeitraum von nicht mehr als zwölf Monaten das Ruhen der Rechte und Pflichten aus dem Versicherungsvertrag vereinbart werden.
- (2) Eine vom Versicherungsnehmer beantragte Wiederinkraftsetzung der Versicherung vor Ablauf des vereinbarten Zeitraumes kann von einer Gesundheitsprüfung abhängig gemacht werden.
- (3) Für Versicherungsfälle, die während des Ruhens des Versicherungsvertrages eingetreten sind, besteht kein Versicherungsschutz.

Anwartschaftsversicherung

- (4) Wird für die Zeit der Ruhendstellung der Versicherung eine Anwartschaftsprämie vereinbart und im Voraus entrichtet (Anwartschaftsversicherung) besteht nach Wiederinkraftsetzung der Versicherung Versicherungsschutz für den Weiterbestand von während des Ruhens eingetretenen Versicherungsfällen. Die Dauer der Anwartschaftsversicherung wird auf die Wartezeit (§ 4) angerechnet.

Stilllegung der Versicherung

- (5) Wird für die Zeit der Ruhendstellung der Versicherung keine Anwartschaftsprämie bezahlt, besteht für den Weiterbestand von während des Ruhens eingetretenen Versicherungsfällen nach Wiederinkraftsetzung der Versicherung kein Versicherungsschutz. Ein Einschluss in den Versicherungsschutz kann zu besonderen Bedingungen (höhere Prämie, besondere Wartezeit) vereinbart werden.

§ 9

Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz endet, auch für laufende Versicherungsfälle, mit der Beendigung des Versicherungsvertrages; im Falle der Kündigung durch den Versicherer (§ 13) endet der Versicherungsschutz nach Ablauf von vier Wochen ab Beendigung des Versicherungsvertrages, spätestens aber mit dem Ende der Anspruchsberechtigung gemäß § 14 Abs. 4.

PFLICHTEN DES VERSICHERUNGSNEHMERS

§ 10

A. Prämie, Gebühren und Angaben

- (1) Prämien und Gebühren richten sich nach dem Gruppenversicherungsvertrag.

Die Prämie ist eine Jahresprämie und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Sie ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres vom Versicherungsnehmer zu entrichten, kann aber auch in gleichen monatlichen Prämienraten bezahlt werden, die jeweils bis zur Fälligkeit der Prämienraten gestundet gelten.

Die Prämienraten sind am 1. eines jeden Monats fällig. Die erste Prämie ist spätestens bei Aushändigung bzw. Angebot des Gruppenversicherungsvertrages bzw. der Police/Annahmeerklärung und Aufforderung zur Prämienzahlung fällig.

- (2) Die Prämien sind in der im Gruppenversicherungsvertrag vereinbarten Form gesammelt an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.
- (3) Allfällige Abgaben (Steuern) aus dem Versicherungsvertrag trägt der Versicherungsnehmer. Ansonsten können dem Versicherungsnehmer nur Gebühren angelastet werden, die der Abgeltung von Mehraufwendungen dienen, die durch das Verhalten des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person veranlasst worden sind.

B. Zahlungsverzug und dessen Folgen

- (4) Ist die erste Prämie oder die erste Prämienrate innerhalb von 14 Tagen nach dem Abschluss des Versicherungsvertrages und nach 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.
- (5) Wird in der Folge eine fällige Prämie oder eine fällige Prämienrate nicht rechtzeitig bezahlt, so kann der Versicherer den Versicherungsnehmer unter Angabe der Höhe der Prämien- und Kostenschuld und der Rechtsfolge weiterer Säumnis schriftlich auffordern, die Schuld innerhalb einer Zahlungsfrist von 14 Tagen, vom Empfang der Aufforderung gerechnet, an die vom Versicherer bezeichnete Stelle ohne Abrechnung von Überweisungsspesen zu bezahlen.

Neben Postgebühr und Mahnkosten können Verzugszinsen in Höhe der gesetzlichen Verzugszinsen eingehoben werden.

- (6) Tritt der Versicherungsfall nach Ablauf der Zahlungsfrist ein und ist der Versicherungsnehmer zu dieser Zeit mit der Zahlung der Prämien ganz oder teilweise im Verzug, 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. Die Leistungspflicht des Versicherers lebt nach Bezahlung aller rückständigen Prämien wieder auf, jedoch besteht für Versicherungsfälle, die nach Ablauf der Zahlungsfrist und vor Nachzahlung der rückständigen Prämien eingetreten sind, und deren Folgen kein Anspruch auf Leistung.
- (7) Ist der Versicherungsnehmer bloß mit nicht mehr als 10vH der Jahresprämie, höchstens aber mit dem in § 39a VersVG genannten Betrag (derzeit EUR 60,-) in Verzug, so tritt die in Abs. 6 vorgesehene Leistungsfreiheit des Versicherers nicht ein.
- (8) Der Versicherer ist berechtigt, den Versicherungsvertrag ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist zu kündigen, wenn der Versicherungsnehmer nach Ablauf der Frist nach Abs. (5) mit der Zahlung im Verzug ist. Der Versicherer kann bereits bei der Bestimmung der Zahlungsfrist den Versicherungsvertrag so kündigen, dass die Kündigung mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer in diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist.

- (9) 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.

§ 11

Obliegenheiten

A. Anzeigeobligenheit vor Abschluss des Versicherungsvertrages

- (1) Der Versicherungsnehmer und die versicherte Person haben bei der Antragstellung und zwischen Antragstellung und Zustellung (Aushändigung) der Polizze alle erheblichen Gefahrenumstände und beruflichen Verhältnisse anzuzeigen. Jeder Gefahrenumstand, nach dem der Versicherer ausdrücklich in schriftlicher Form gefragt hat, gilt im Zweifel als erheblich.

B. Folgen der Verletzung der Anzeigeobligenheit vor Abschluss des Versicherungsvertrages bzw. vor Beitritt der versicherten Person (vgl. auch § 6)

- (2) Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person die Anzeigeobligenheit über erhebliche Gefahrenumstände und berufliche Verhältnisse schuldhaft verletzt, so kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten. Die Anzeigeobligenheit ist auch dann verletzt, wenn Fragen um Gefahrenumstände unvollständig beantwortet werden.

- (3) Der Rücktritt vom Versicherungsvertrag ist innerhalb eines Monats von dem Tag an zulässig, an dem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigeobligenheit Kenntnis erlangt.

Das Recht auf Weiterversicherung gemäß § 16a steht nicht zu.

- (4) Tritt der Versicherer zurück, nachdem ein Versicherungsfall eingetreten ist, so bleibt der Versicherungsschutz bestehen, wenn der Umstand, in Ansehung dessen die Anzeigeobligenheit verletzt wurde, keinen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalles oder soweit er keinen Einfluss auf den Umfang der Leistung des Versicherers gehabt hat. Der Versicherer kann jedoch die Rückzahlung der Leistungen verlangen, die sich auf Tatsachen beziehen, die zum Rücktritt geführt haben.

Das Recht auf Weiterversicherung gemäß § 16a steht nicht zu.

- (5) Treffen die Voraussetzungen für den Rücktritt nur auf einzelne versicherte Personen zu, so kann er auf diese beschränkt werden. Der Versicherungsnehmer hat in diesem Fall das Recht, innerhalb eines Monats nach Erhalt der Rücktrittserklärung den Versicherungsvertrag mit sofortiger Wirkung zur Gänze zu kündigen.

- (6) Wegen einer Verletzung der dem Versicherungsnehmer beim Abschluss des Vertrags obliegenden Anzeigeobligenheit 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 Anzeigeobligenheit arglistig verletzt worden ist.

- (7) Bei schuldloser Verletzung der Anzeigeobligenheit kann der Versicherer, wenn der Geschäftsplan bei Vorliegen der ihm unbekannt gebliebenen Gefahrenumstände eine höhere Prämie vorsieht, vom Beginn des laufenden Versicherungsjahres an die entsprechend höhere Prämie verlangen.

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.

C. Anmeldung von Ansprüchen

- (8) Der Versicherungsnehmer und die versicherte Person haben die gänzliche oder teilweise Arbeitsunfähigkeit unverzüglich nach deren Eintritt schriftlich unter Vorlage eines ärztlichen Zeugnisses mit Angabe der Diagnose und des Grades der Arbeitsunfähigkeit zu melden. Ein Rückfall innerhalb von zwölf Monaten (§ 5 Abs. 3) ist unverzüglich zu melden.

Zeugnisse und Bescheinigungen von Ärzten, die mit dem Versicherungsnehmers oder der versicherten Person in auf- oder absteigender Linie verwandt oder mit ihm verehelicht sind, werden nicht anerkannt.

- (9) Der Nachweis über den Fortbestand der Arbeitsunfähigkeit ist, unbeschadet des Rechtes des Versicherers, die Arbeitsunfähigkeit durch seine Vertrauensärzte feststellen zu lassen, durch wöchentliche Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung mit Diagnose und Grad der Arbeitsunfähigkeit zu erbringen.
- (10) Die Wiedererlangung der gänzlichen oder teilweisen Arbeitsfähigkeit haben der Versicherungsnehmer und die versicherte Person ebenfalls mittels ärztlicher Bestätigung unverzüglich bekannt zu geben.

D. Obliegenheiten des Versicherungsnehmers und der versicherten Person während des Bestehens des Versicherungsvertrages

- (11) Der Versicherungsnehmer und die versicherte Person haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Art und des Umfanges des Versicherungsschutzes erforderlich ist.

Dies umfasst auch die Obliegenheit der versicherten Person, sich auf Verlangen des Versicherers durch einen von diesem beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
- (12) Wird für eine versicherte Person bei einem anderen Unternehmen ein Vertrag mit Anspruch auf Kranken- oder Krankentagegeld abgeschlossen, so ist der Versicherer vom weiteren Versicherungsvertrag unverzüglich zu unterrichten.
- (13) Der Versicherungsnehmer hat dem Versicherer unverzüglich den Zeitpunkt mitzuteilen, zu welchem die Voraussetzungen zur Aufrechterhaltung des Versicherungsvertrages (§ 16) entfallen oder eine Minderung des monatlichen Nettoeinkommens aus selbständiger oder unselbständiger Tätigkeit (§ 5 Abs. 4) eingetreten ist.
- (14) Die arbeitsunfähige versicherte Person hat den zumutbaren Anforderungen des Arztes Folge zu leisten und alles zu vermeiden, was der Wiederherstellung der Gesundheit hinderlich sein könnte.

E. Folgen bei Versäumnis der Anmeldung von Ansprüchen und bei Verletzung der Obliegenheiten während des Bestehens des Versicherungsvertrages

- (15) Erfolgt die in Abs. 8 bezeichnete Meldung nicht unverzüglich, so gilt als erster Krankheitstag der Tag, an dem die Anzeige beim Versicherer eingeht. Ist die rechtzeitige Meldung vorsätzlich oder grob fahrlässig unterblieben, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei. Wird die Meldeobligiegenheit 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.
- (16) Verletzt der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person die Auskunftsobliegenheit des Abs. 11, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, sofern die Verletzung vorsätzlich oder grob fahrlässig erfolgt ist.

Ist die Auskunftsobliegenheit 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.
- (17) Leistet die arbeitsunfähige versicherte Person ohne umgehende genügende Entschuldigung einer solchen Aufforderung zur Untersuchung gemäß Abs.11 keine Folge, so kann das Krankengeld für die Dauer der Weigerung entzogen werden.
- (18) Wird die in Abs. 12 genannte Informationsobligiegenheit schuldhaft verletzt, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Erbringung von Leistungen frei. Der Versicherer kann überdies den Versicherungsvertrag zur Gänze oder nur hinsichtlich der betreffenden versicherten Person 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.
- (19) Handelt die versicherte Person trotz schriftlicher Aufforderung den in Abs. 14 bezeichneten Obliegenheiten zuwider, ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung für die Zeit ab dem dritten dem Tage der Zustellung der Aufforderung folgenden Tage frei.

§ 12

Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten (Ärztelkommission)

- (1) Im Fall von Meinungsverschiedenheiten über Art und Umfang der Arbeitsunfähigkeit entscheidet die Ärztelkommission.

Die Entscheidung der Ärztelkommission kann im Sinne des § 184 VersVG gerichtlich überprüft werden. Die Entscheidung der Ärztelkommission ist dann nicht verbindlich, wenn sie offenbar von der wirklichen Sachlage erheblich abweicht. Das Gleiche gilt, wenn die Sachverständigen die Feststellung nicht treffen können oder wollen oder sie verzögern.

- (2) Der Versicherungsnehmer ist berechtigt, innerhalb von 6 Monaten nach Zugang unserer Erklärung über die Anerkennung einer Leistungspflicht (siehe § 7 Abs 4), unter Bekanntgabe seiner Forderungen und Vorlage eines medizinischen Gutachtens Widerspruch zu erheben und die Entscheidung der Ärztelkommission zu beantragen.

Das Recht, die Entscheidung der Ärztelkommission zu beantragen, steht auch dem Versicherer zu.

- (3) Für die Ärztelkommission bestimmen der Versicherer und der Anspruchsberechtigte je einen Facharzt, der zur selbständigen Ausübung des ärztlichen Berufes im jeweiligen medizinischen Sonderfach berechtigt ist und an der Heilbehandlung der versicherten Person nicht mitgewirkt hat. Wenn eine der beiden Parteien innerhalb zweier Wochen nach schriftlicher Aufforderung keinen Arzt benennt, wird dieser von der österreichischen Ärztekammer bestellt.

Die beiden Ärzte bestellen einvernehmlich vor Beginn ihrer Tätigkeit einen weiteren Arzt als Obmann, der für den Fall, dass sie sich nicht oder nur zum Teil einigen sollten, im Rahmen der durch die Gutachten der beiden Ärzte gegebenen Grenzen entscheidet. Einigen sich die beiden Ärzte über die Person des Obmannes nicht, wird ein für den Versicherungsfall zuständiger medizinischer Sachverständiger durch die österreichische Ärztekammer als Obmann bestellt.

- (4) Die versicherte Person ist verpflichtet, sich von den Ärzten der Kommission untersuchen zu lassen und sich jenen Maßnahmen zu unterziehen, die diese Kommission für notwendig hält.
- (5) Die Ärztelkommission hat über ihre Tätigkeit Protokoll zu führen, in welchem sie ihre Entscheidung schriftlich zu begründen hat. Bei Nichteinigung hat jeder Arzt seine Auffassung im Protokoll gesondert darzustellen. Ist eine Entscheidung durch den Obmann erforderlich, begründet auch er sie im Protokoll. Die Akten des Verfahrens werden vom Versicherer verwahrt.
- (6) Die Kosten der Ärztelkommission werden von ihr selbst festgesetzt und sind im Verhältnis des Obsiegens der beiden Parteien zu tragen. Der Kostenanteil den der Anspruchsteller zu tragen hat ist jedoch mit 25% des strittigen Betrages begrenzt.

ENDE DES VERSICHERUNGSSCHUTZES

§ 13

Dauer des Gruppenversicherungsvertrages, Kündigung durch den Versicherungsnehmer und den Versicherer

Der Gruppenversicherungsvertrag wird für einen Zeitraum von 12 Monaten abgeschlossen. Er gilt jeweils ein Jahr verlängert, wenn er nicht von einem der Vertragsteile unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist schriftlich zum jeweiligen Ablauf gekündigt wird.

Das Versicherungsjahr richtet sich nach dem ursprünglichen Versicherungsbeginn.

§ 14

Kündigung durch den Versicherungsnehmer

- (1) Das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der versicherten Person kann zum Ende eines Versicherungsjahres, frühestens zum Ende des 3. Versicherungsjahres, mit einer Frist von einem Monat gekündigt werden.

Das Versicherungsjahr richtet sich nach dem ursprünglichen Versicherungsbeginn.

- (2) Die Kündigung muss schriftlich erfolgen und ist an die Geschäftsleitung des Versicherers zu richten.
- (3) Kündigt der Versicherungsnehmer den Gruppenversicherungsvertrag hinsichtlich einzelner Personen, hat der Versicherer das Recht, innerhalb einer Frist von einem Monat den Gruppenversicherungsvertrag hinsichtlich der übrigen Personen zum gleichen Termin zu kündigen.
- (4) Werden Prämien erhöht oder Leistungen vermindert (§ 11 B) Abs. 7), 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.

Eine Anpassung des Versicherungsvertrages gemäß § 178f VersVG (siehe auch § 19) berechtigt zur Kündigung jedoch nicht.

§ 15

Kündigung durch den Versicherer

Wenn der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person durch wissentlich falsche Angaben, insbesondere durch Vortäuschung von Arbeitsunfähigkeit, Versicherungsleistungen erschleicht oder zu erschleichen versucht oder bei einer solchen Handlung mitwirkt, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei und hat das Recht, den Gruppenversicherungsvertrag fristlos zu kündigen.

Das gleiche gilt, wenn eine versicherte Person im Krankheitsfall den vom Arzt oder vom Versicherer gegebenen zumutbaren Verhaltensmaßregeln vorsätzlich oder grob fahrlässig nicht Folge leistet.

Die Kündigung kann auf die jeweils betroffenen versicherten Personen beschränkt werden.

Diesen steht das Recht auf Weiterversicherung gemäß § 16a nicht zu.

§ 16

Sonstige Beendigungsgründe

- (1) Geht der Versicherungsnehmer in Ausgleich, Konkurs oder Liquidation, so haben beide Vertragsteile das Recht, den Gruppenversicherungsvertrag ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist zum Ende des laufenden Monats zu kündigen.
- (2) Der Gruppenversicherungsvertrag endet hinsichtlich einer versicherten Person mit dem Fortfall jeglichen Erwerbseinkommens dieser Person aus selbständiger oder unselbständiger Tätigkeit.
Wurde der Fortfall des Erwerbseinkommens durch einen Versicherungsfall gemäß § 1 Abs. 2 ursächlich herbeigeführt, so enden das Versicherungsverhältnis und die Leistungspflicht mit dem Erlöschen der Anspruchsberechtigung gemäß Abs. 5.
- (3) Der Gruppenversicherungsvertrag endet hinsichtlich einer versicherten Person mit dem Eintritt deren dauernden Berufsunfähigkeit. Eine solche liegt vor, wenn die versicherte Person im bisher ausgeübten Beruf auf nicht absehbare Zeit mehr als 50% erwerbsunfähig ist.
Wurde die dauernde Berufsunfähigkeit durch einen Versicherungsfall gemäß § 1 Abs. 2 ursächlich herbeigeführt, so enden das Versicherungsverhältnis und die Leistungspflicht mit dem Erlöschen der Anspruchsberechtigung gemäß Abs. 5.
- (4) Der Gruppenversicherungsvertrag endet hinsichtlich einer versicherten Person mit dem auf das Erreichen des Regelpensionsalters folgenden Monatsersten.
- (5) Der Gruppenversicherungsvertrag endet hinsichtlich einer versicherten Person mit dem Bezug von Leistungen für die Dauer von 365 Tagen innerhalb von drei Versicherungsjahren.
- (6) Beim Tod einer versicherten Person endet der Gruppenversicherungsvertrag hinsichtlich dieser Person.
- (7) Für versicherte Personen, die während der Vertragsdauer aus dem zu versichernden Personenkreis ausscheiden, endet der Versicherungsvertrag mit dem Ende des Monats des Ausscheidens.

§ 16a

Weiterversicherung

- (1) Die Gruppenversicherten haben das Recht, innerhalb eines Monats nach Ausscheiden aus dem versicherten Personenkreis bzw. nach Beendigung des gesamten Gruppenversicherungsvertrages die Fortsetzung als Einzelversicherung nach Maßgabe der im Umstiegszeitpunkt für die Fortsetzung als Einzelversicherung geltenden Tarife und Versicherungsbedingungen bis zur Höhe der im Gruppenversicherungsvertrag erworbenen Rechte zu verlangen, sofern sie bei Eintritt in die Gruppenversicherung gemäß den Bestimmungen für die Einzelversicherung versicherungsfähig waren.
- (2) Dieses Recht steht dem Versicherten dann zu, wenn die Fortsetzung als Einzelversicherung für alle bisher mitversicherten Familienangehörigen unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers beantragt wird.

SONSTIGE BESTIMMUNGEN

§ 17

Form und Empfänger von Willenserklärungen und Anzeigen

- (1) Alle Erklärungen des Versicherungsnehmers sind gültig, wenn sie schriftlich erfolgen und beim Versicherer eingelangt sind. Die Erklärungen des Versicherers erfolgen ebenfalls schriftlich.
- (2) Haben der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person ihre Wohnung gewechselt, dies aber nicht dem Versicherer mitgeteilt, so genügt zur Rechtswirksamkeit von Willenserklärungen des Versicherers dem Versicherungsnehmer bzw. der versicherten Person gegenüber die Absendung des Briefes an die letzte dem Versicherer bekanntgegebene Anschrift.

§ 18

Erfüllungsort, Gerichtsstand

- (1) Erfüllungsort für die beiderseitigen Verpflichtungen aus dem Versicherungsvertrag ist der Sitz des Versicherers.
- (2) Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Sitz des Versicherers oder bei dem Gericht des Ortes anhängig gemacht werden, wo der Vermittlungsagent zur Zeit der Vermittlung seine gewerbliche Niederlassung oder in Ermangelung einer solchen seinen Wohnsitz hatte.
- (3) Für Klagen gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht örtlich zuständig, in dessen Sprengel der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz, seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat oder der Ort seiner Beschäftigung liegt.

§ 19

Änderungen des Versicherungsschutzes und der Prämie

- (1) Der Versicherer ist, zur Wahrung der vertraglichen Leistungszusage, verpflichtet, die Prämie oder den Versicherungsschutz (Allgemeine Versicherungsbedingungen und Tarife) einseitig zu ändern, wenn mindestens einer der folgenden Umstände gegeben ist. Dabei ist der Versicherer bei Vorliegen der vereinbarten Voraussetzungen für eine Prämienänderung auch zu einer Herabsetzung der Prämien verpflichtet:
 - a) Änderung der durchschnittlichen Lebenserwartung;
 - b) Änderung der Häufigkeit der Inanspruchnahme von Leistungen nach Art der vertraglich vorgesehenen und deren Aufwändigkeit, bezogen auf die zu diesem Tarif versicherten Personen;
 - c) Änderung des Gesundheitswesens oder der dafür geltenden gesetzlichen Bestimmungen.
- (2) Erhöht der Versicherer die Prämie gemäß Abs. 1, so hat er den Versicherungsnehmer auf dessen Verlangen die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses mit höchstens gleichbleibender Prämie und angemessen geänderten Leistungen anzubieten.

- (3) Die Erklärung einer rückwirkenden Änderung der Prämie oder des Versicherungsschutzes ist unwirksam; die Erklärung wirkt ab dem der Absendung folgenden Monatsersten.
- (4) Der Versicherungsnehmer hat das Recht, während der Laufzeit des Vertrages unter Anrechnung der aus der Vertragslaufzeit erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung in einen anderen im Geschäftsplan vorgesehenen Tarif derselben Versicherungsart (§ 178 b VersVG) bis zum bisherigen Deckungsumfang zu wechseln.

§ 20

Gewinnbeteiligung

Die Versicherungen nach Tarif KT gehören zum Gewinnverband B.

Zu Gewinnverband B zählen auch Krankenhauskostenversicherungen, Krankenhaustagegeldversicherungen, Pflegegeldversicherungen, Versicherungen für Kur und Rehabilitation und Vorsorgeversicherungen.

Der Gewinnrückstellung des Gewinnverbandes B werden 85% des nach Maßgabe des Geschäftsplanes ermittelten Gewinnes zugewiesen. Aus der Gewinnrückstellung sind die auf einzelne Versicherungsnehmer entfallenden Gewinnanteile nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen auszuschütten:

- (1) Erstens sind nur diejenigen Versicherungen des Gewinnverbandes teilnahmeberechtigt, für welche die Prämien des abgelaufenen ganzen Kalenderjahres voll gezahlt worden sind.

Änderungen des Versicherungsschutzes oder der Tarife während des Kalenderjahres können eine Teilnahmeberechtigung nicht begründen. Haben sich die Prämien während des Kalenderjahres geändert, bemisst sich die Höhe der Gewinnbeteiligung nach der niedrigsten Monatsprämie.

Weiters ist Voraussetzung, dass für die ganze Dauer des letzten Kalenderjahres keine Leistungen vom Versicherer bezogen worden sind.

Ausgeschlossen sind die Versicherungen, bei denen im abgelaufenen Kalenderjahr durch Prämienzahlungsverzug Leistungsfreiheit des Versicherers eingetreten ist, oder die in Form einer Anwartschaftsversicherung bestanden haben (§ 8 Abs. (4)).

- (2) Auszahlung von Versicherungsleistungen:

Bei Feststellung der Teilnahmeberechtigung an der Gewinnbeteiligung gelten die Versicherungen von erwachsenen Personen als Einheit, d.h. diese Versicherungen sind nur dann teilnahmeberechtigt, wenn von keiner der erwachsenen Personen im abgelaufenen Geschäftsjahr Versicherungsleistungen in Anspruch genommen worden sind.

- (3) Kinderprämien sind nicht gewinnberechtigt.

- (4) Der auf die einzelne Versicherung entfallende Gewinnanteil wird entsprechend dem Geschäftsplan ermittelt. Er muss stets ein ganzzahliges Vielfaches einer Monatsprämie betragen. Verbleibende Reste in der Gewinnrücklage der Versicherten werden auf das Folgejahr vorgetragen.

- (5) Die Verrechnung der Gewinnbeteiligung erfolgt nach Veröffentlichung der Bilanz, frühestens jedoch zum 1.7. des dem abgelaufenen Geschäftsjahr folgenden Kalenderjahrs. Für zum Zeitpunkt der Verrechnung ausgeschlossene Versicherungsverträge erfolgt keine Verrechnung.

Die Gewinnbeteiligung wird vom Versicherer auf die Prämien der Monate, die der Verrechnung folgen, in Anrechnung gebracht.

- (6) Bei Ansprüchen auf Versicherungsleistung für das abgelaufene Geschäftsjahr nach Empfang der Gewinnbeteiligung, wird diese auf die Leistung des Versicherers angerechnet; eine zu Unrecht erhaltene Gewinnbeteiligung ist zurückzuerstatten.

