

Vertragsgrundlagen zur Gruppenkrankengeldversicherung

Allgemeine Versicherungsbedingungen
für die Gruppenkrankengeldversicherung (AVBKG 2017)
in der Fassung 7/2021



	Seite
Bitte beachten Sie:	3
DER VERSICHERUNGSSCHUTZ	3
§ 1 Gegenstand und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes	3
§ 2 Abschluss des Gruppenversicherungsvertrages / Beitritt zum Gruppenversicherungsvertrag	4
§ 3 Beginn des Versicherungsschutzes	4
§ 4 Wartezeit	4
§ 5 Art oder Umfang des Versicherungsschutzes	5
§ 6 Einschränkung des Versicherungsschutzes	5
§ 7 Auszahlung der Versicherungsleistungen	6
§ 8 Ende des Versicherungsschutzes	6
PFLICHTEN DES GRUPPENVERSICHERUNGSNEHMERS, DES HAUPTVERSICHERTEN UND DES VERSICHERTEN	7
§ 9 Prämie, Gebühren und Abgaben	7
§ 10 Obliegenheiten	7
A. Obliegenheiten vor Eintritt des Versicherungsfalles	7
B. Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalles	7
§ 11 Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten (Schiedsgutachter)	8
ENDE DES GRUPPENVERSICHERUNGSVERTRAGES	9
§ 12 Dauer des Gruppenversicherungsvertrages	9
§ 13 Kündigung durch den Gruppenversicherungsnehmer	9
§ 13a Kündigung durch den Versicherer	10
§ 14 Sonstige Beendigungsgründe	10
§ 14a Weiterversicherung	11
SONSTIGE BESTIMMUNGEN	11
§ 15 Form von Willenserklärungen und Anzeigen	11
§ 16 Erfüllungsort	11
§ 17 Änderungen des Versicherungsschutzes und der Prämie	11
§ 18 Gewinnbeteiligung	12
ANHANG	13
Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VersVG) auf die in den AVBKG 2017 Bezug genommen wird	13

Bitte beachten Sie:

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen

sind insoweit Bestandteil des Gruppenversicherungsvertrages, als in den Ergänzenden Versicherungsbedingungen für die gewählten Tarife und/oder im Gruppenversicherungsvertrag nichts Abweichendes bestimmt ist.

Gruppenversicherungsnehmer

schließt den Gruppenversicherungsvertrag mit dem Versicherer ab.

Hauptversicherter

ist die Person, die

- den Beitritt zum Gruppenversicherungsvertrag für sich und Personen, die einbezogen werden können, beantragt und
- im Rahmen des Gruppenversicherungsvertrages versichert und anspruchsberechtigt ist.

Versicherter

ist die Person, die aufgrund einer Erklärung des Hauptversicherten im Rahmen des Gruppenversicherungsvertrages versichert und anspruchsberechtigt ist.

DER VERSICHERUNGSSCHUTZ

§ 1

Gegenstand und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

- (1) Der (Haupt)Versicherte 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 der (Haupt)Versicherte seine 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 seinem Beruf tätig sein kann.
Bei (Haupt)Versicherten die selbständig erwerbstätig sind, gilt auch die teilweise Arbeitsunfähigkeit wegen Krankheit oder Unfallfolgen als Versicherungsfall.
Der Versicherungsfall endet, wenn der (Haupt)Versicherte 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.
Kosmetische Behandlungen im Sinne der Versicherungsbedingungen dienen nicht der Behebung einer Fehlfunktion des Körpers und damit der Heilung einer therapiebedürftigen Erkrankung. Das Ergebnis der kosmetischen Behandlung dient vornehmlich der Ästhetik.
Daher gilt Arbeitsunfähigkeit aufgrund Korrekturoperationen nach Eingriffen wegen Übergewichts auch dann nicht als Versicherungsfall, wenn der ursprüngliche Eingriff zur Behandlung des Übergewichts medizinisch indiziert und damit vom Versicherungsschutz umfasst war.
 - geschlechtsangleichender Operationen;
 - Zahnimplantationen, sowie die damit im ursächlichen Zusammenhang stehenden Maßnahmen und Folgen, soweit diese nicht der Beseitigung von Unfallfolgen dienen;
 - präventiver Behandlungen und Eingriffe;
 - 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 Erholungsaufenthalten, 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 der Versicherte durch ein plötzlich von außen auf seinen Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.
- (7) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Versicherungsfälle in Österreich.
Wird ein (Haupt)Versicherter 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 zum Gruppenversicherungsvertrag

Der Gruppenversicherungsvertrag wird mit Unterschrift des Gruppenversicherungsnehmers und des Versicherers abgeschlossen.

Der Beitritt zum Gruppenversicherungsvertrag wird mit Zugang der Police an den Hauptversicherten wirksam.

§ 3

Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt

- mit dem Vertragsbeginn,
- nach Ablauf vereinbarter Wartezeiten (siehe unten § 4) und
- nach Bezahlung der vorgeschriebenen Prämie (siehe unten § 9 Abs. 1).

Vertragsbeginn bezeichnet das in der Police beim jeweiligen versicherten Tarif angeführte Datum mit dem Zusatz

- „neu ab“ – bei Neuabschluss eines Tarifs;
- „gültig ab“ – bei Änderung eines bereits versicherten Tarifs.

Das Versicherungsjahr wird ab dem Datum berechnet, das in der Police unter „Ursprünglicher Vertragsbeginn der Krankenversicherung:“ angeführt ist.

§ 4

Wartezeit

- (1) Wartezeiten (§ 178d VersVG, siehe unten Abs. 3) werden ab dem Vertragsbeginn (siehe oben § 3) gerechnet.
- (2) 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.
- (3) **Auszug aus dem VersVG:**

§ 178d VersVG

- (1) Soweit Wartezeiten vereinbart werden, dürfen diese in der Krankheitskosten-, Krankenhaustagegeld- und Krankengeldversicherung als allgemeine Wartezeit drei Monate, als besondere Wartezeit für Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie acht Monate und für Entbindung sowie damit im Zusammenhang stehende Heilbehandlungen neun Monate nicht überschreiten. In der Pflegeversicherung darf die Wartezeit drei Jahre nicht überschreiten.
- (2) Soweit Versicherungsschutz ausdrücklich für solche Krankheiten oder Unfallfolgen vereinbart wird, die beiden Vertragsteilen bei Vertragsabschluß bereits bekannt sind, dürfen auch längere als die im Abs. 1 genannten Wartezeiten vereinbart werden.
- (3) Tritt ein Versicherungsfall vor Ablauf der Wartezeit ein, so ist der Versicherer zur Leistung nur dann verpflichtet, wenn der Versicherungsnehmer beweist, daß die Krankheit erst nach Vertragsabschluß erkennbar wurde beziehungsweise daß die Schwangerschaft erst nach diesem Zeitpunkt begonnen hat.

§ 5

Art oder Umfang des Versicherungsschutzes

- (1) Art und Umfang des Versicherungsschutzes ergeben sich aus dem Gruppenversicherungsvertrag, dem Antrag auf Beitritt, diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen und der Police.
- (2) Das Krankengeld ist nur zu zahlen, solange sich der (Haupt)Versicherte
 - an seinem gewöhnlichen Aufenthaltsort in Österreich aufhält oder
 - in stationärer Krankenhausbehandlung in Österreich befindet.Entsteht ein Versicherungsfall außerhalb des gewöhnlichen Aufenthaltsorts des (Haupt)Versicherten, so erbringt der Versicherer seine tariflichen Leistungen nur, solange die Rückkehr des (Haupt)Versicherten an seinen gewöhnlichen Aufenthaltsort aus medizinischen Gründen nicht oder nur unter Gefährdung seiner Gesundheit möglich ist.
Als gewöhnlicher Aufenthaltsort des (Haupt)Versicherten ist jener Ort zu verstehen, an dem sich der (Haupt)Versicherte länger als sechs Monate pro Kalenderjahr aufhält.
- (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 der Versicherte 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 Tagsatzes 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.

§ 6

Einschränkung des Versicherungsschutzes

- (1) Vom Versicherungsschutz ausgenommen ist eine Arbeitsunfähigkeit, die vor Vertragsbeginn (siehe oben § 3) begonnen hat.
- (2) Krankheiten und Unfallfolgen, die vor Vertragsbeginn entstanden sind, aber erst nach Vertragsbeginn zu einer Arbeitsunfähigkeit führen, sind versichert, wenn sie
 1. vom (Haupt)Versicherten vor Abschluss des Gruppenversicherungsvertrages bzw. vor Beitritt zum Gruppenversicherungsvertrag (siehe oben § 2) schriftlich angegeben und
 2. vom Versicherer nicht durch eine ausdrückliche Erklärung in geschriebener Form ausgeschlossen wurden.Die vorvertragliche Anzeigepflicht (Pkt. 1) ist in den §§ 16 – 22 VersVG (siehe Anhang) geregelt. In diesen gesetzlichen Bestimmungen sind geregelt
 - welche Umstände vor Vertragsabschluss anzuzeigen sind,
 - unter welchen Voraussetzungen der Versicherer bei Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht vom Vertrag zurücktreten kann,
 - in welchen Fällen dieses Rücktrittsrecht des Versicherers ausgeschlossen ist,
 - in welchen Fällen der Versicherer trotz Rücktritts zur Leistung verpflichtet bleibt und
 - dass der Versicherer wegen arglistiger Täuschung über Gefahrumstände jedenfalls zur Vertragsanfechtung berechtigt ist.
- (3) Kein Versicherungsschutz besteht für Arbeitsunfähigkeit wegen
 - Krankheiten und Unfällen sowie deren Folgen, die aufgrund eines missbräuchlichen Genusses von Alkohol, Suchtgiften oder Medikamenten eintreten oder verschlechtert werden oder deren

Heilbehandlung infolge eines missbräuchlichen Genusses von Alkohol, Suchtgiften oder Medikamenten erschwert ist;

- Entziehungsmaßnahmen und Entziehungskuren aufgrund von Suchterkrankungen;
 - Unterbringung (Unterbringungsgesetz – UbG) aufgrund Selbst- oder Fremdgefährdung;
 - Krankheiten und Unfällen sowie deren Folgen, die durch aktive Beteiligung an Unruhen, durch schuldhaftige Beteiligung an Schlägereien oder bei der Begehung einer gerichtlich strafbaren Handlung, die Vorsatz voraussetzt, entstehen;
 - Folgen von Selbstmordversuchen;
 - auf Vorsatz des Gruppenversicherungsnehmers oder des (Haupt)Versicherten beruhender Krankheiten und Unfällen, einschließlich deren Folgen; hat der Gruppenversicherungsnehmer die Krankheit oder den Unfall eines (Haupt)Versicherten vorsätzlich herbeigeführt, so bleibt der Versicherer diesem gegenüber zur Leistung verpflichtet, der Schadenersatzanspruch des (Haupt)Versicherten geht jedoch auf den Versicherer über (§ 67 VersVG, siehe unten Abs. 5).
 - Krankheiten und Unfällen sowie deren Folgen, die durch Kriegsereignisse jeder Art entstehen; wird der (Haupt)Versicherte vom Ausbruch der Kriegshandlungen überrascht, bleibt der Versicherungsschutz für einen Zeitraum von 14 Tagen erhalten – kein Versicherungsschutz besteht, wenn der (Haupt)Versicherte nach Ausbruch der Kriegshandlungen ins Kriegsgebiet einreist.
- (4) Der Versicherer kann in begründeten Fällen die Arbeitsunfähigkeit aufgrund von Behandlungen durch bestimmte Ärzte oder Zahnärzte/Dentisten oder Angehörige anderer medizinischer Berufe bzw. in bestimmten Krankenanstalten oder in den entsprechenden Organisationseinheiten und Betriebsformen von Krankenanstalten aller Art vom Versicherungsschutz ausnehmen. Dies gilt für Arbeitsunfähigkeit aufgrund von Behandlungen, die nach Zugang der Mitteilung über die Ausnahme bestimmter Behandler bzw. bestimmter Krankenanstalten vom Versicherungsschutz durchgeführt werden; für laufende Versicherungsfälle besteht jedoch Versicherungsschutz längstens bis zum Ablauf des 3. Monats nach Zugang der Mitteilung. Als begründete Fälle für die Ausnahme bestimmter Behandler bzw. Krankenanstalten vom Versicherungsschutz gelten dabei insbesondere
- Erschleichung (auch Versuch oder Mitwirkung) von Versicherungsleistungen;
 - wiederholt schuldhaft mangelnde Mitwirkung bei der Prüfung von Versicherungsfällen durch den Versicherer;
 - wiederholt fehlende oder lückenhafte Dokumentation in Rechnung gestellter Behandlungen;
 - wiederholte Durchführung von Behandlungen ohne medizinische Indikation.

(5) **Auszug aus dem VersVG:**

§ 67 VersVG

- (1) Steht dem Versicherungsnehmer ein Schadenersatzanspruch gegen einen Dritten zu, so geht der Anspruch auf den Versicherer über, soweit dieser dem Versicherungsnehmer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden. Gibt der Versicherungsnehmer seinen Anspruch gegen den Dritten oder ein zur Sicherung des Anspruches dienendes Recht auf, so wird der Versicherer von seiner Ersatzpflicht insoweit frei, als er aus dem Anspruch oder dem Recht hätte Ersatz erlangen können.
- (2) Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen einen mit ihm in häuslicher Gemeinschaft lebenden Familienangehörigen, so ist der Übergang ausgeschlossen; der Anspruch geht jedoch über, wenn der Angehörige den Schaden vorsätzlich verursacht hat.

§ 7

Auszahlung der Versicherungsleistungen

- (1) Die Auszahlung der Versicherungsleistungen erfolgt nur aufgrund rechtzeitiger vollständiger Anmeldung der Ansprüche durch den Gruppenversicherungsnehmer gemäß § 10, Abs. 5 bis 8, entweder an diesen selbst oder an einen anderen von ihm namhaft gemachten Bezugsberechtigten.
- (2) Kosten für die Auslandsüberweisung von Versicherungsleistungen sind vom Gruppenversicherungsnehmer zu tragen.
- (3) Die Ansprüche auf Versicherungsleistungen können ohne Zustimmung des Versicherers weder verpfändet noch abgetreten werden.

§ 8

Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz endet, auch für bereits vorher eingetretene bzw. laufende Versicherungsfälle, mit der Beendigung des Versicherungsvertrages (Polizze).

Im Falle der Kündigung durch den Versicherer gemäß § 12 endet der Versicherungsschutz nach Ablauf von vier Wochen ab Beendigung des Versicherungsvertrages (Polizze), spätestens aber mit dem Ende der Anspruchsberechtigung gemäß § 14 Abs. 5.

PFLICHTEN DES GRUPPENVERSICHERUNGSNEHMERS, DES HAUPTVERSICHERTEN UND DES VERSICHERTEN

§ 9

Prämie, Gebühren und Abgaben

- (1) Die Prämie ist eine Jahresprämie und wird vom Vertragsbeginn (siehe oben § 3) an berechnet. Sie ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten, kann aber auch in gleichen monatlichen Prämienraten bezahlt werden.
Die Prämienraten sind am 1. eines jeden Monats fällig. Die erste Prämie ist spätestens bei Zugang der Polizze und Aufforderung zur Prämienzahlung fällig.
- (2) Neben der Prämie verrechnet der Versicherer Gebühren, die der Abgeltung von Mehraufwendungen dienen, die durch das Verhalten des Gruppenversicherungsnehmers bzw. von (Haupt)Versicherten veranlasst worden sind (z.B. Mahngebühren). Die zum jeweiligen Durchführungstermin gültigen Gebühren für diese Mehraufwendungen werden auf der Homepage www.generali.at veröffentlicht; das Gebührenblatt wird vom Versicherer auf Anfrage übermittelt.
- (3) Die Voraussetzungen des Zahlungsverzugs und dessen Rechtsfolgen sind in den §§ 38, 39 und 39a VersVG geregelt (siehe Anhang).

§ 10

Obliegenheiten

A. Obliegenheiten vor Eintritt des Versicherungsfalles

- (1) Wird für einen (Haupt)Versicherten bei einem anderen Unternehmen ein Vertrag mit Anspruch auf Kranken- oder Krankentagegeld abgeschlossen, so ist der Versicherer vom weiteren Versicherungsvertrag unverzüglich zu unterrichten.
- (2) Der Gruppenversicherungsnehmer hat dem Versicherer unverzüglich den Zeitpunkt mitzuteilen, zu welchem die Voraussetzungen zur Aufrechterhaltung des Versicherungsvertrages (§14 Abs. 1 bis 3 und Abs. 6) entfallen oder eine Minderung des monatlichen Nettoeinkommens aus selbständiger oder unselbständiger Tätigkeit (§ 5 Abs. 4) eingetreten sind.

Rechtsfolgen bei Nichtbeachtung dieser Vorschriften

- (3) Wird eine der in Abs. 1 und 2 angeführten Obliegenheiten vorsätzlich verletzt, ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei.
- (4) Wird eine der in Abs. 1 und 2 angeführten Obliegenheiten zumindest leicht fahrlässig verletzt, kann der Versicherer den Gruppenversicherungsvertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen.
Kündigt der Versicherer den Gruppenversicherungsvertrag hinsichtlich einzelner Personen, hat der Gruppenversicherungsnehmer das Recht, den Vertrag hinsichtlich der übrigen Personen innerhalb einer Frist von einem Monat zum gleichen Termin zu kündigen.

B. Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalles

- (5) Der Gruppenversicherungsnehmer und der (Haupt)Versicherte haben die gänzliche oder teilweise Arbeitsunfähigkeit unverzüglich nach deren Eintritt in geschriebener Form 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 Versicherten in auf- oder absteigender Linie verwandt oder mit ihr verehelicht sind, werden nicht anerkannt.
- (6) Der Gruppenversicherungsnehmer und der (Haupt)Versicherte haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Art und des Umfangs des Versicherungsschutzes erforderlich ist.
Dies umfasst auch die Obliegenheit des (Haupt)Versicherten, sich auf Verlangen des Versicherers durch einen von diesem beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
- (7) Der Gruppenversicherungsnehmer hat auf Verlangen des Versicherers innerhalb von 14 Tagen den Nachweis zu erbringen, dass das versicherte Krankengeld das auf den Tag umgerechnete Nettoeinkommen des Versicherten in den letzten 12 Monaten vor jeweils eingetretener Arbeitsunfähigkeit nicht übersteigt.
- (8) Der Nachweis über den Fortbestand der Arbeitsunfähigkeit ist, unbeschadet des Rechtes des Versicherers, die Arbeitsunfähigkeit durch beauftragte Ärzte feststellen zu lassen, durch wöchentliche Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung mit Diagnose und Grad der Arbeitsunfähigkeit zu erbringen.

- (9) Der arbeitsunfähige (Haupt)Versicherte hat den Anforderungen eines Arztes Folge zu leisten und alles zu vermeiden, was der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit hinderlich sein könnte.
- (10) Die Wiedererlangung der gänzlichen oder teilweisen Arbeitsfähigkeit haben der Gruppenversicherungsnehmer und der (Haupt)Versicherte ebenfalls mittels ärztlicher Bestätigung unverzüglich bekannt zu geben.

Rechtsfolgen bei Nichtbeachtung dieser Vorschriften

- (11) Wird eine der in den Abs. 5 – 10 angeführten Obliegenheiten mit dem Vorsatz verletzt, die Leistungspflicht des Versicherers zu beeinflussen oder die Feststellung solcher Umstände zu erschweren, die erkennbar für die Leistungspflicht des Versicherers bedeutsam sind, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung befreit.
- (12) Wird eine der in den Abs. 5 – 10 angeführten Obliegenheiten mit einem anderen als in Abs. 11 beschriebenen Vorsatz oder grob fahrlässig verletzt, so ist der Versicherer insoweit von der Verpflichtung zur Leistung frei, als die Verletzung der Obliegenheit auf die Feststellung des Versicherungsfalles oder auf die Feststellung oder den Umfang der zu erbringenden Leistung einen Einfluss gehabt hat.

§ 11

Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten (Schiedsgutachter)

- (1) Im Fall von Meinungsverschiedenheiten über Art und Umfang der Arbeitsunfähigkeit entscheidet verbindlich ein **Schiedsgutachter**, sofern
 - dies der Gruppenversicherungsnehmer bzw. der (Haupt)Versicherte (im Folgenden: der Anspruchsberechtigte) oder der Versicherer verlangen, und
 - diese Meinungsverschiedenheiten darauf beruhen, dass das vom Versicherer im Anlassfall eingeholte medizinische Gutachten mit dem ärztlichen Nachweis des Anspruchsberechtigten (siehe oben § 10, Abs. 5 - 8) nicht übereinstimmt.
- (2) Gemäß § 64 Abs 2 VersVG (siehe unten Abs. 8) ist die Entscheidung des Schiedsgutachters nur dann nicht verbindlich, wenn
 - sie offenbar von der wirklichen Sachlage erheblich abweicht;
 - der Schiedsgutachter die Feststellung nicht treffen kann oder will oder sie länger als drei Monate verzögert oder
 - der Schiedsgutachter nicht entscheidet, weil der Anspruchsberechtigte zwar die Entscheidung des Schiedsgutachters verlangt hat, aber nicht fristgerecht gemäß Abs. 7 (siehe unten) mitgeteilt hat, mit dem ihm mitgeteilten Maximalbetrag einverstanden zu sein.

In diesen Fällen entscheidet ein ordentliches Gericht über die strittige Frage.

- (3) Das Recht, die Entscheidung eines Schiedsgutachters zu verlangen, steht sowohl dem Anspruchsberechtigten als auch dem Versicherer zu.
Das Verlangen einer Entscheidung des Schiedsgutachters hat unter Bekanntgabe der Forderung bzw. Auffassung und unter Vorlage eines diese Forderung/Auffassung begründenden ärztlichen Nachweises (siehe oben § 10, Abs. 5 - 8) von Seiten des Anspruchsberechtigten bzw. Gutachtens von Seiten des Versicherers zu erfolgen. Auf dieses Recht sowie die dafür geltenden Erfordernisse und Rahmenbedingungen wird der Versicherer den Anspruchsberechtigten in seiner Entscheidung über den Anspruch und/oder die strittige Fragestellung in geschriebener Form hinweisen.
- (4) Als Schiedsgutachter wird ein in der österreichischen Ärzteliste eingetragener Arzt mit ius practicandi (Recht zur Berufsausübung), welcher in die Liste der in Österreich gerichtlich zertifizierten medizinischen Sachverständigen eingetragen, ist von der Österreichischen Ärztekammer bestellt.
- (5) Die Obliegenheiten gemäß § 10, Abs. 5, 6, 8, 9 und 10 gelten sinngemäß für das Schiedsgutachterverfahren. Den Versicherten trifft demnach auch die Obliegenheit, sich vom Schiedsgutachter untersuchen zu lassen.
- (6) Der Schiedsgutachter hat ein Gutachten zu erstatten und über die strittigen Tatsachen im Sinne des Pkt. 1 zu entscheiden. Diese Entscheidung des Schiedsgutachters hat eine schriftliche Begründung zu umfassen, die sich mit dem vorhandenen Gutachten und dem ärztlichen Nachweis (siehe oben § 10, Abs. 5 - 8) auseinandersetzt.
- (7) Verlangt der Anspruchsberechtigte die Entscheidung des Schiedsgutachters, hat der Versicherer diesem vor Aufnahme der Tätigkeit des Schiedsgutachters in geschriebener Form den Maximalbetrag der vom Anspruchsberechtigten zu tragenden Kosten mitzuteilen. Dieser Maximalbetrag ist vom Versicherer unter Bedachtnahme auf die zu erwartenden objektiv notwendigen Kosten des Schiedsgutachters zu bestimmen und ist mit 50% des strittigen Betrages, höchstens jedoch mit dem 30fachen des versicherten Krankengeldes pro Tag (siehe Polizze – Leistungstarif) begrenzt.

Der Schiedsgutachter wird nur dann tätig, wenn der Anspruchsberechtigte innerhalb von vier Wochen ab Erhalt der Mitteilung erklärt, mit dem ihm mitgeteilten Maximalbetrag einverstanden zu sein. Die endgültigen Kosten des Schiedsgutachters werden von ihm anhand der im Rahmen seiner Tätigkeit angefallenen objektiv notwendigen Kosten festgesetzt und sind im Verhältnis des Obsiegens der beiden Parteien zu tragen, vom Anspruchsberechtigten jedoch maximal bis zur Höhe des ihm mitgeteilten Maximalbetrags. Bei Unverbindlichkeit der Entscheidung des Schiedsgutachters (siehe Pkt. 2) trägt der Versicherer die Kosten des Schiedsgutachters.

(8) **Auszug aus dem VersVG:**

§ 64 VersVG

- (2) Die von dem oder den Sachverständigen getroffene Feststellung ist nicht verbindlich, wenn sie offenbar von der wirklichen Sachlage erheblich abweicht. Die Feststellung erfolgt in diesem Fall durch Urteil. Das gleiche gilt, wenn die Sachverständigen die Feststellung nicht treffen können oder wollen oder sie verzögern.

ENDE DES GRUPPENVERSICHERUNGSVERTRAGES

§ 12

Dauer des Gruppenversicherungsvertrages

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

§ 13

Kündigung durch den Gruppenversicherungsnehmer

- (1) Der Gruppenversicherungsvertrag kann hinsichtlich des Hauptversicherten gemeinsam mit den mit ihm mitversicherten Personen zum Ende eines Versicherungsjahres, frühestens zum Ende des 3. Versicherungsjahres, mit einer Frist von einem Monat gekündigt werden.
- (2) Das Versicherungsjahr richtet sich nach dem ursprünglichen Vertragsbeginn gemäß § 3.
- (3) Die Kündigung muss in geschriebener Form erfolgen und ist an die in der Polizze angeführte Anschrift zu richten.
- (4) Kündigt der Gruppenversicherungsnehmer 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.
Der Gruppenversicherungsnehmer hat innerhalb eines Monats nach Gegenkündigung durch den Versicherer das Recht, die ursprünglich ausgesprochene Kündigung zurückzuziehen.
- (5) Werden Prämien gemäß § 41 VersVG (siehe unten Abs. 6) erhöht, hat der Gruppenversicherungsnehmer 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 unten Abs. 7 sowie § 18) berechtigt zur Kündigung jedoch nicht.
- (6) **Auszug aus dem VersVG:**

§ 41 VersVG

- (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.

(7) Auszug aus dem VersVG:

§ 178f VersVG

- (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.

§ 13a

Kündigung durch den Versicherer

- (1) Der Versicherer hat in folgenden Fällen ein Kündigungsrecht:
 1. der Gruppenversicherungsnehmer gerät in Prämienzahlungsverzug gemäß § 38 bzw. § 39 VersVG (zu den Voraussetzungen des Zahlungsverzugs siehe Anhang);
 2. der Gruppenversicherungsnehmer oder ein (Haupt)Versicherter verletzen die vorvertragliche Anzeigepflicht gemäß §§ 16 – 22 VersVG (siehe Anhang).

In diesen gesetzlichen Bestimmungen sind geregelt

 - welche Umstände vor Vertragsabschluss anzuzeigen sind,
 - unter welchen Voraussetzungen der Versicherer bei Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht vom Vertrag zurücktreten kann,
 - in welchen Fällen dieses Rücktrittsrecht des Versicherers ausgeschlossen ist,
 - in welchen Fällen der Versicherer trotz Rücktritts zur Leistung verpflichtet bleibt und
 - dass der Versicherer wegen arglistiger Täuschung über Gefahrumstände jedenfalls zur Vertragsanfechtung berechtigt ist.
 3. der Gruppenversicherungsnehmer oder ein (Haupt)Versicherter erschleichen durch wissentlich falsche Angaben – insbesondere durch Vortäuschung einer Krankheit – Versicherungsleistungen oder versuchen sie zu erschleichen oder wirken bei einer solchen Handlung mit. Der Versicherer ist zur fristlosen Kündigung berechtigt.
 4. der (Haupt)Versicherte missachtet vorsätzlich oder grob fahrlässig die von einem Arzt gegebenen Verhaltensmaßregeln (§ 10 Abs. 9). Der Versicherer ist zur fristlosen Kündigung berechtigt.
- (2) Bei Fehlverhalten eines Haupt(Versicherten) gemäß Abs. 1 ist das Kündigungsrecht des Versicherers auf die betreffende Person beschränkt. Dieser steht das Recht auf Weiterversicherung gemäß § 14a nicht zu.

§ 14

Sonstige Beendigungsgründe

- (1) Geht der Gruppenversicherungsnehmer 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 eines (Haupt)Versicherten 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 eines (Haupt)Versicherten mit dem Eintritt dessen dauernden Berufsunfähigkeit. Eine solche liegt vor, wenn der Versicherte 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 eines (Haupt)Versicherten mit dem auf die Vollendung des 65. Lebensjahres folgenden Monatsersten.
- (5) Der Gruppenversicherungsvertrag endet hinsichtlich eines (Haupt)Versicherten mit dem Bezug von Leistungen für die Dauer von 365 Tagen innerhalb von drei Versicherungsjahren.
- (6) Beim Tod eines (Haupt)Versicherten endet der Gruppenversicherungsvertrag hinsichtlich dieser Person.
- (7) Für (Haupt)Versicherte, die während der Vertragsdauer aus dem zu versichernden Personenkreis ausscheiden, endet der Versicherungsvertrag mit dem Ende des Monats des Ausscheidens.

§ 14a

Weiterversicherung

Die (Haupt)Versicherten 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 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.

SONSTIGE BESTIMMUNGEN

§ 15

Form von Willenserklärungen und Anzeigen

Alle Erklärungen und Informationen des Gruppenversicherungsnehmers, (Haupt)Versicherten und sonstigen Dritten im Zusammenhang mit dem Gruppenversicherungsvertrag bedürfen zu ihrer Gültigkeit der geschriebenen Form (schriftlich jedoch ohne Unterschrift). Die Erklärungen und Informationen müssen dem Empfänger zugehen, von ihm dauerhaft aufbewahrt werden können (ausdrucken oder abspeichern, wie etwa bei Fax oder E-Mail, aber nicht SMS-Nachrichten) und aus dem Text muss die Person des Erklärenden zweifelsfrei hervorgehen. Schriftliche Erklärungen und Informationen (mit Unterschrift) sind selbstverständlich auch gültig, bloß mündliche aber unwirksam.

§ 16

Erfüllungsort

Erfüllungsort für die beiderseitigen Verpflichtungen aus dem Versicherungsvertrag ist der Sitz des Versicherers.

§ 17

Änderungen des Versicherungsschutzes und der Prämie

- (1) Zur Sicherung der dauerhaften Erfüllbarkeit des Gruppenversicherungsvertrages ist der Versicherer berechtigt, die Prämie oder den Versicherungsschutz nach Vertragsabschluss einseitig zu ändern.
Maßgebende Umstände für Änderungen der Prämie oder des Versicherungsschutzes sind die Veränderungen folgender Faktoren:
 - a) eines vereinbarten Index,
 - b) der durchschnittlichen Lebenserwartung; zusätzlich auch Änderung der durchschnittlichen Lebenserwartung bloß bezogen auf die zu der Gruppe gehörenden Versicherten, auch infolge einer Änderung des Durchschnittsalters der Gruppe,
 - c) der Häufigkeit der Inanspruchnahme von Leistungen nach Art der vertraglich vorgesehenen und deren Aufwendigkeit, bezogen auf die zu diesem Tarif Versicherten; zusätzlich auch bloß bezogen auf die zu der Gruppe gehörenden Versicherten, auch infolge einer Änderung des Durchschnittsalters der Gruppe,

- d) des Verhältnisses zwischen den vertraglich vereinbarten Leistungen und den entsprechenden Kostenersätzen der gesetzlichen Sozialversicherung,
 - e) der durch Gesetz, Verordnung, sonstige behördlichen Akte oder durch Vertrag zwischen dem Versicherer und im Versicherungsvertrag bezeichneten Einrichtungen des Gesundheitswesens festgesetzten Entgelte für die Inanspruchnahme dieser Einrichtungen und
 - f) des Gesundheitswesens oder der dafür geltenden gesetzlichen Bestimmungen.
- (2) Die Erklärung der Änderung der Prämie oder des Versicherungsschutzes gemäß Abs. 1 wirkt erst ab dem der Absendung an den Gruppenversicherungsnehmer folgenden Monatsersten.
Erklärungen der Änderung der Prämie oder des Versicherungsschutzes gemäß Abs. 1 erfolgen zu folgenden Stichtagen: 1. Jänner, 1. April.
Die Anpassung in der Gruppenversicherung kann durch Vereinbarung mit dem Gruppenversicherungsnehmer von den oben genannten Zeitpunkten abweichen.
- (3) Erhöht der Versicherer die Prämie, so hat er dem Gruppenversicherungsnehmer auf dessen Verlangen die Fortsetzung des Vertrages mit höchstens gleichbleibender Prämie und angemessen geänderten Leistungen anzubieten. Auf dieses Recht wird der Versicherer den Gruppenversicherungsnehmer in seiner Benachrichtigung über die Prämienhöhung unter Bekanntgabe der erhöhten Prämie ausdrücklich nochmals hinweisen.

§ 18

Gewinnbeteiligung

Die Versicherungen nach Tarif KT gehören zum Tarifaabrechnungsverband B; die Versicherungen nach Tarif KTH gehören zum Tarifaabrechnungsverband H und sind nicht gewinnberechtigt.

Der Gewinnrückstellung des Tarifaabrechnungsverbands B werden 85% des nach Maßgabe des Geschäftsplanes ermittelten Gewinnes zugewiesen.

Aus der Gewinnrückstellung sind die auf einzelne Gruppenversicherungsnehmer entfallenden Gewinnanteile nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen auszuschütten:

- (1) Erstens sind nur diejenigen Versicherungen des Tarifaabrechnungsverbands 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.
- (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 Abrechnungsverband B im abgelaufenen Geschäftsjahr Versicherungsleistungen in Anspruch genommen worden sind.
- (3) 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 Gewinnrückstellung der (Haupt)Versicherten werden auf das Folgejahr vorgetragen.
- (4) Die Verrechnung der Gewinnbeteiligung erfolgt nach Veröffentlichung der Bilanz, frühestens jedoch zum 1. 7. des dem abgelaufenen Geschäftsjahr folgenden Kalenderjahres. Für zum Zeitpunkt der Verrechnung ausgeschiedene Versicherungsverträge erfolgt keine Verrechnung.
Die Gewinnbeteiligung wird vom Versicherer auf die Prämien der Monate, die der Verrechnung folgen, in Anrechnung gebracht.
- (5) 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.

Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VersVG) auf die in den AVBKG 2017 Bezug genommen wird

§ 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 Gefahrumstände 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 Versicherungsfalls 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 Gefahrumstände anzufechten, bleibt unberührt.

§ 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 Versicherungsfalls 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.

