

Vertragsgrundlagen zur kurzfristigen Krankenversicherung

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die
kurzfristige Krankenversicherung (AVBKK 2017)
in der Fassung 9/2017



Unter den Flügeln des Löwen. **GENERALI**

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die kurzfristige Krankenversicherung (AVBKK 2017) in der Fassung 9/2017

Inhaltsverzeichnis

§ 1 Gegenstand und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes	3
§ 2 Abschluss des Versicherungsvertrages	3
§ 3 Art und Umfang der Versicherungsleistungen	3
§ 4 Einschränkung des Versicherungsschutzes	6
§ 5 Prämien, Gebühren und Abgaben	7
§ 6 Obliegenheiten	7
§ 7 Ansprüche gegen Dritte	8
§ 8 Auszahlung der Versicherungsleistungen	8
§ 9 Form von Willenserklärungen und Anzeigen	9
§ 10 Erfüllungsort, Gerichtsstand	9
Anhang.....	10
Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz (VersVG)	10

§ 1

Gegenstand und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

- (1) Versicherungsschutz besteht für die in der Polizza bzw. Versicherungsbestätigung näher bezeichneten Personen.
- (2) Der zeitliche und örtliche Geltungsbereich des Versicherungsschutzes ist auf der Polizza beschrieben.
- (3) **Versicherungsfall**

Der Versicherer erstattet im Rahmen des gewählten Tarifes die nachgewiesenen Kosten, die im Zusammenhang mit

- einer akuten Erkrankung,
- einem Unfall, oder
- dem Tod

des Versicherten während eines Aufenthaltes im vereinbarten örtlichen Geltungsbereich entstehen.

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

Als **akute Erkrankung** gilt auch die unerwartete Verschlechterung (Schub) einer schon bestehenden chronischen Erkrankung.

Ein **Unfall** liegt vor, wenn der Versicherte durch ein plötzlich von außen auf seinen Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

§ 2

Abschluss des Versicherungsvertrages

Der Versicherungsvertrag wird nach Antragstellung mit dem Zugang der Polizza abgeschlossen.

§ 3

Art und Umfang der Versicherungsleistungen

- (1) Art und Umfang des Versicherungsschutzes ergeben sich aus dem Antrag, den vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen und der Polizza.

- (2) **Kosten für Bergung und Transport**

Der Versicherer ersetzt die nachgewiesenen Kosten

- der notwendigen Bergung, wenn der Versicherte einen Unfall erlitten hat, akut erkrankt oder in Berg- bzw. See-/Wassernot geraten ist und des Transports bis zur nächstgelegenen geeigneten medizinischen Einrichtung (Arzt, Krankenhaus), sowie
- eines medizinisch begründeten Verlegungstransports in ein anderes Krankenhaus, bis zum vereinbarten Höchstbetrag.

- (3) **Kosten der Heilbehandlung**

Heilbehandlung ist eine medizinische Behandlung, die nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft geeignet erscheint, die Gesundheit wiederherzustellen, den Zustand zu bessern oder eine Verschlechterung zu verhindern.

Die Heilbehandlung endet, wenn nach medizinischem Befund die Notwendigkeit der Heilbehandlung nicht mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolgen ausgedehnt werden, die mit der (den) bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängen, so entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall.

1. Als Kosten der Heilbehandlung sind zu verstehen

- die Arztkosten für medizinisch notwendige ambulante Heilbehandlung, die Kosten ärztlich verordneter Heilmittel und Hilfsmittel für Unfallfolgen;
- die Kosten der medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in Krankenhäusern und die Kosten des Transportes in das nächstgelegene geeignete Krankenhaus und zurück.

Bei Behandlung durch Ehegatten, Eltern oder Kinder des Versicherten werden nur die nachgewiesenen Sachkosten erstattet.

2. Ambulante Heilbehandlung

- 2.1 Der Versicherer ersetzt die nachgewiesenen Kosten der ambulanten Heilbehandlung sowie der Erstversorgung und Schmerztherapie von Zahnerkrankungen oder –verletzungen (z.B. einfache Füllung, Zahnextraktion, Wurzelbehandlung).
- 2.2 Der Versicherte hat freie Wahl unter den Ärzten bzw. Zahnärzten, die nach dem für das Aufenthaltsland geltenden Recht zur selbständigen Ausübung des ärztlichen Berufes zugelassen sind.
Der Versicherer leistet Kostenersatz für Leistungen, die von Ärzten oder Zahnärzten/Dentisten in ihrer Ordination oder im Rahmen eines Hausbesuches (siehe unten Pkt. 2.3) unmittelbar am Versicherten erbracht werden.
- 2.3 Die Kosten der ärztlichen Hausbesuche werden nur dann vergütet, wenn der Zustand des Versicherten das Aufsuchen des Arztes nicht gestattet; ansonsten wird nur Kostenersatz für Ordinationen geleistet.
- 2.4 Die Kosten der im Rahmen einer Heilbehandlung ärztlich verordneten, dem Arzneimittelrecht des jeweiligen Aufenthaltslandes entsprechenden, in diesem registrierten und aus einer Apotheke oder nach dem Recht des jeweiligen Aufenthaltslandes zugelassenen Abgabestelle bezogenen Arzneimittel (Heilmittel) werden ersetzt.
Keinesfalls erstattet werden die Kosten für Heil- und Mineralwässer, Medizinalweine, Nähr- und Stärkungsmittel, geriatrische Mittel, Tonika und kosmetische Mittel.
- 2.5 Die Kosten aufgrund von Unfallfolgen ärztlich verordneter Hilfsmittel werden ersetzt. Als solche gelten Krücken, Rollstühle, Gliederprothesen, Bandagen nicht jedoch alle sonst zur Körper- und Krankenpflege dienenden Apparate und Behelfe (z.B. Inhalationsapparate, Irrigatoren, Milchpumpen, Mundduschen, Eisbeutel, Heizkissen, Fieberthermometer). Hat der Versicherer für Heilbehelfe Kostenersatz geleistet, so besteht ein neuerlicher Anspruch auf Leistungen für diese Heilbehelfe erst nach Ablauf der Mindestgebrauchsdauer (gemäß zum Zeitpunkt der Anspruchstellung geltender Musterkrankenordnung des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger), sofern nicht zu einem früheren Zeitpunkt aus medizinischen Gründen eine Neuanschaffung notwendig ist.

3. Stationäre Heilbehandlung

- 3.1 Der Versicherer ersetzt die nachgewiesenen Kosten der medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in den im Tarif und in der Polizzae näher bezeichneten Krankenhäusern.

Der Versicherer übernimmt die Kosten der Behandlung in dem nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus einschließlich der ärztlichen Honorare in voller Höhe, sofern er vor Beginn der Heilbehandlung über den Krankenhausaufenthalt informiert wurde und die volle Kostenübernahme zugesagt hat (siehe unten, Pkt. 3.2).

Stationäre Heilbehandlung im Sinne dieser Versicherungsbedingungen ist eine Heilbehandlung im Rahmen eines medizinisch notwendigen stationären Aufenthaltes in sanitätsbehördlich genehmigten Krankenanstalten, sofern diese ständige ärztliche Anwesenheit vorsehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen, nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft arbeiten, nicht auf die Anwendung bestimmter Behandlungsmethoden ausgerichtet sind, sowie Krankengeschichten führen.

Als stationär gilt ein Aufenthalt nur, wenn die Art der Heilbehandlung einen Aufenthalt von mindestens 24 Stunden erfordert.

3.2 **Volle Kostenübernahme**

Der Versicherte hat den Versicherer vor Antritt der Heilbehandlung über den Krankenhausaufenthalt in Kenntnis zu setzen. Dabei sind die Art der Erkrankung und die Notwendigkeit der Heilbehandlung medizinisch nachzuweisen.

Der Versicherer ist zur Zusage der vollen Kostenübernahme verpflichtet, wenn die Voraussetzungen gemäß Pkt. 3.1 vorliegen. Nach Zusage der vollen Kostenübernahme ist das Krankenhaus berechtigt, die anfallenden Kosten direkt mit dem Versicherer zu verrechnen.

3.3 **Kostenersatz mit Selbstbehalt**

Liegt eine Zusage der vollen Kostenübernahme gemäß Pkt. 3.2 nicht vor, ersetzt der Versicherer die Kosten des Aufenthaltes nach Vorlage der saldierten Originalrechnung mit einem pro Versicherungsfall vereinbarten Selbstbehalt von 10% (maximal jedoch EUR 3.500,00). Dieser Kostenersatz wird geleistet, wenn die Voraussetzungen gemäß Pkt. 3.1 vorliegen.

Der Selbstbehalt wird nicht verrechnet, wenn

- die Dringlichkeit der stationären Heilbehandlung eine vorangehende Verständigung des Versicherers gemäß Pkt. 3.2 nicht zulässt und
- der Versicherungsnehmer/Versicherte unverzüglich nach der Aufnahme in das Krankenhaus den Versicherer gemäß Pkt. 3.2 informiert.

(4) **Mehrkosten der Rückreise**

des Versicherten:

Der Versicherer erstattet die Mehrkosten für die Rückreise des Versicherten, wenn infolge einer akuten Erkrankung oder eines Unfalles des Versicherten die planmäßige Rückreise nicht erfolgen kann (z.B. Verfall einer Fahrkarte, notwendige Benützung eines Krankenwagens oder des Flugzeugs) bis zum vereinbarten Höchstbetrag.

mitreisender Personen:

Der Versicherer erstattet die Kosten der Rückreise einer versicherten mitreisenden Person, wenn diese ihren geplanten Aufenthalt aufgrund eines Rücktransportes oder einer Überführung des Versicherten vorzeitig beenden oder aufgrund eines Krankenhausaufenthaltes des Versicherten verlängern muss. Die Rückreise mit einem Verkehrsmittel der ursprünglich gebuchten Kategorie wird zum ehestmöglichen Zeitpunkt organisiert. Der Versicherer ersetzt die mit der Rückreise verbundenen Mehrkosten (z.B. Verfall einer Fahrkarte, notwendige Benützung der Eisenbahn oder des Flugzeuges) bis zum vereinbarten Höchstbetrag.

mitreisender Kinder:

Können mitreisende Kinder unter 15 Jahren während des versicherten Aufenthaltes im vereinbarten örtlichen Geltungsbereich infolge akuter Erkrankung, Unfalls oder Todes des Versicherten weder von diesem noch von einer anderen mitreisenden Person betreut werden, sorgt der Versicherer für Abholung und Rückreise der Kinder mit einer Begleitperson an deren ständigen Wohnort und trägt die hierdurch entstehenden Kosten bis zum vereinbarten Höchstbetrag.

(5) **Rücktransport**

1. **Nottransport**

Der Versicherer organisiert den medizinisch begründeten und ärztlich angeordneten Nottransport des Versicherten, mit medizinisch adäquaten Transportmitteln (einschließlich Ambulanzflugzeug) und ersetzt die damit verbundenen Kosten.

Medizinisch begründet ist ein Nottransport, wenn eine lebensbedrohende Erkrankung bzw. Unfallverletzung vorliegt, die ärztliche Versorgung am Aufenthaltsort unzureichend ist oder die voraussichtliche Dauer der Krankenhausbehandlung 4 Wochen übersteigt.

2. **Krankenhausaufenthalt von mindestens 3 Tagen**

Nach einem mindestens dreitägigen Krankenhausaufenthalt organisiert der Versicherer die Rückreise zum ehestmöglichen Zeitpunkt auch ohne medizinische Notwendigkeit und ersetzt

die damit verbundenen Kosten. Je nach Zustand des Versicherten hat die Rückreise mit dem adäquaten Verkehrsmittel (Eisenbahn, Autobus, Rettungsauto, Flugzeug) erforderlichenfalls mit Arztbegleitung jedoch nicht mit einem Ambulanzflugzeug zu erfolgen.

(6) Überführung im Todesfall

Im Todesfall nach einer akuten Erkrankung oder nach einem Unfall werden die Kosten der Überführung oder die Kosten der Bestattung im Aufenthaltsland zum Zeitpunkt des Todesfalls ersetzt.

(7) Rücktransport, Überführung – Selbstbehalt

Werden Rücktransport oder Überführung nicht vom Versicherer organisiert, werden die Kosten abzüglich eines in der Police vereinbarten Selbstbehalts ersetzt. Der Selbstbehalt wird nicht verrechnet, wenn die vorangehende Kontaktaufnahme zu der Notfalleinrichtung des Versicherers ohne Verschulden des Versicherten bzw. des Versicherungsnehmers nicht möglich ist.

§ 4

Einschränkung des Versicherungsschutzes

(1) Kein Versicherungsschutz besteht für

1. Krankheiten und Unfälle sowie deren Folgen, die aufgrund eines missbräuchlichen Genusses von Alkohol, Suchtgiften (Morphium, Kokain usw.) oder Medikamenten eintreten oder verschlechtert werden oder deren Heilbehandlung infolge eines missbräuchlichen Genusses von Alkohol, Suchtgiften oder Medikamenten erschwert ist;
2. Entziehungsmaßnahmen und Entziehungskuren aufgrund von Suchterkrankungen;
3. Unterbringung (Unterbringungsgesetz – UbG) wegen Selbst- oder Fremdgefährdung, Heilbehandlung der Folgen von Selbstmordversuchen sowie Selbstmord;
4. Krankheiten und Unfälle sowie deren Folgen, die durch Kriegereignisse jeder Art oder aktive Beteiligung an Unruhen oder schuldhaftige Beteiligung an Schlägereien oder bei der Begehung einer gerichtlich strafbaren Handlung, die Vorsatz voraussetzt, entstehen; wird der Versicherte vom Ausbruch der Kriegshandlungen überrascht, bleibt der Versicherungsschutz für einen Zeitraum von 14 Tagen erhalten – kein Versicherungsschutz besteht, wenn der Versicherte nach Ausbruch der Kriegshandlungen ins Kriegsgebiet einreist;
5. auf Vorsatz des Versicherungsnehmers oder des Versicherten beruhende Krankheiten und Unfälle, einschließlich deren Folgen; hat der Versicherungsnehmer die Krankheit oder den Unfall des Versicherten vorsätzlich herbeigeführt, so bleibt der Versicherer diesem gegenüber zur Leistung verpflichtet, der Schadenersatzanspruch des Versicherten an den Versicherungsnehmer geht jedoch auf den Versicherer über (§ 67 VersVG – siehe Anhang);
6. Behandlungen, die ausschließlicher oder teilweiser Grund für den Aufenthalt im vereinbarten Geltungsbereich waren;
7. Verschlimmerungen bereits bestehender Krankheiten und Unfallfolgen, mit denen aufgrund des Gesundheitszustandes des Versicherten und Art / Dauer des Aufenthalts im vereinbarten Geltungsbereich gerechnet werden musste;
8. bestehende Krankheiten und Unfallfolgen, deren Behandlung während des Aufenthalts im vereinbarten Geltungsbereich aufgrund des bekannten Verlaufs zu erwarten war bzw. aufgrund eines Therapieplans erfolgt;
9. Entbindung, Fehlgeburt oder Schwangerschaftsunterbrechung sowie eine mit der Schwangerschaft in Verbindung stehende medizinisch notwendige Heilbehandlung;

10. kosmetische Behandlungen und Operationen und deren Folgen sowie Geschlechtsumwandlungen;
11. konservierende oder prothetische Zahnbehandlungen und Zahnimplantationen und deren Folgen sowie auch damit im ursächlichen Zusammenhang stehende vorbereitende Maßnahmen (ausgenommen Behandlungen gemäß § 3 Abs. 3, Pkt. 2.1);
12. nichtärztliche Hauspflege sowie Maßnahmen der Geriatrie, der Rehabilitation und der Heilpädagogik;
13. durch Pflegebedürftigkeit bedingte Hilfe und Betreuung;
14. die Inanspruchnahme ortsgebundener Heilverfahren (Kuren);
15. alle Formen der künstlichen Befruchtung (z.B. In-vitro-Fertilisation, Insemination);
16. Impfungen, ärztliche Gutachten und Atteste.

§ 5

Prämien, Gebühren und Abgaben

- (1) Die Prämie ist für die gesamte Vertragsdauer bei Abschluss des Vertrages zu zahlen. Für die Folgen nicht rechtzeitiger Prämienzahlung gelten die §§ 38, 39a VersVG (siehe Anhang).
- (2) Neben der Prämie verrechnet der Versicherer Gebühren, die der Abgeltung von Mehraufwendungen dienen, die durch das Verhalten des Versicherungsnehmers 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.

§ 6

Obliegenheiten

- (1) Nach Eintritt des Versicherungsfalles sind folgende Obliegenheiten einzuhalten:

Der Versicherungsnehmer und der Versicherte haben

1. den Versicherer über den eingetretenen Versicherungsfall ehestmöglich, wahrheitsgemäß und umfassend in geschriebener Form zu informieren;
2. nach Erhalt von Formularen, die dem Versicherer zur Schadenbearbeitung dienen, diese vollständig ausgefüllt dem Versicherer ehestmöglich zuzusenden;
3. alles ihnen Zumutbare zu tun, um die Ursachen, den Hergang und die Folgen des Versicherungsfalles aufzuklären. Dies umfasst auch die Verpflichtung des Versicherten, sich auf Verlangen des Versicherers durch einen von diesem beauftragten Arzt untersuchen zu lassen;
4. alle mit einem Versicherungsfall befassten Behörden und behandelnden Ärzte und/oder Krankenhäuser, sowie Sozial- und Privatversicherer zu ermächtigen und zu veranlassen, die vom Versicherer verlangten Auskünfte zu erteilen;
5. Beweismittel, die den Anspruch auf die Versicherungsleistung dem Grunde und der Höhe nach belegen, wie Polizeiprotokolle, Bestätigungen von Fluglinien, Tatbestandsaufnahmen, Arzt- und Krankenhausatteste und -rechnungen, etc., dem Versicherer im Original zu übergeben.

Rechtsfolgen bei Nichtbeachtung dieser Vorschriften

- (2) Wird eine der in Abs. 1 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.
- (3) Wird eine der Obliegenheiten in Abs. 1 mit einem anderen als dem in Abs. 2 beschriebenen Vorsatz oder grobfahrlässig 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.

§ 7

Ansprüche gegen Dritte

- (1) Der Versicherer bietet gemäß diesen Versicherungsbedingungen nur soweit Versicherungsschutz, als der Versicherte keinen Anspruch auf Kostenersatz gegen Dritte hat.
Die Verpflichtung des Versicherers zur Leistung für Kosten, deren teilweisen Ersatz der Versicherte von einem Sozialversicherungsträger oder einem sonstigen Versicherungsträger fordern kann, tritt erst ein, wenn dieser andere Versicherungsträger die ihm obliegenden Leistungen erbracht hat.
- (2) Gibt der Versicherte seinen Anspruch gegen Dritte oder ein zur Sicherung des Anspruches dienendes Recht ohne Zustimmung des Versicherers auf, so wird der Versicherer insoweit von der Ersatzpflicht frei, als er aus dem Anspruch oder dem Recht hätte Ersatz erlangen können.

§ 8

Auszahlung der Versicherungsleistungen

- (1) Ansprüche auf Leistung sind spätestens innerhalb eines Monats nach Beendigung des Aufenthalts im vereinbarten Geltungsbereich beim Versicherer geltend zu machen.
Die Auszahlung von Versicherungsleistungen erfolgt aufgrund von saldierten Originalrechnungen oder Aufenthaltsbestätigungen. Diese Belege müssen den Vor- und Zunamen, die Adresse, die Polizzennummer, das Geburtsdatum der behandelten Person sowie die Bezeichnung der Krankheit oder der Unfallfolgen und der erbrachten Leistungen und die Daten der Behandlungen enthalten.

Ist der Versicherte noch anderweitig (gesetzlich oder privat) krankenversichert, können auch Zweitschriften samt der dazugehörigen Abrechnung oder detaillierte Abrechnungen der anderen Versicherer vorgelegt werden.

- (2) Der Versicherer darf vorbehaltlich der Bestimmungen in Abs. (5) den Überbringer von Belegen als zum Empfang der darauf entfallenden Versicherungsleistungen berechtigt ansehen.
- (3) Die Belege gehen in das Eigentum des Versicherers über.
- (4) Die Leistungen werden in Euro erbracht. Die in ausländischer Währung entstandenen Kosten werden zum von der Österreichischen Nationalbank veröffentlichten Wechselkurs des letzten Behandlungstages in Euro umgerechnet. Fällt der letzte Behandlungstag auf einen Samstag, Sonntag oder Feiertag, ist der Wechselkurs des folgenden Werktags maßgeblich.
- (5) 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 vom Versicherer anerkannt worden sind.

- (6) Die Überweisung der Versicherungsleistungen an den Anspruchsberechtigten erfolgt kostenfrei auf ein Konto bei einem österreichischen Geldinstitut. Wünscht der Anspruchsberechtigte Überweisungen außerhalb Österreichs oder besondere Überweisungsformen und kommt der Versicherer diesem Wunsch nach, können die dadurch entstehenden Mehrkosten von den Leistungen abgezogen werden.

§ 9

Form von Willenserklärungen und Anzeigen

Alle Erklärungen und Informationen des Versicherungsnehmers, Versicherten und sonstigen Dritten im Zusammenhang mit dem Versicherungsvertrag 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 Email, 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. Rücktrittserklärungen nach §§ 3 und 3a KSchG sind an keine bestimmte Form gebunden.

§ 10

Erfüllungsort, Gerichtsstand

- (1) Erfüllungsort für die beiderseitigen Verpflichtungen aus dem Versicherungsvertrag ist der Sitz des Versicherers in Wien.
- (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.

Anhang

Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz (VersVG)

§ 11

Fälligkeit der Geldleistungen des Versicherers

- (1) 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 seit 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.
- (2) Sind diese Erhebungen bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles nicht beendet, so kann der Versicherungsnehmer in Anrechnung auf die Gesamtforderung Abschlagszahlungen in der Höhe des Betrages verlangen, den der Versicherer nach Lage der Sache mindestens zu zahlen hat.
- (3) Der Lauf der Frist des Abs. 2 ist gehemmt, solange die Beendigung der Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers gehindert ist.
- (4) Eine Vereinbarung, durch welche der Versicherer von der Verpflichtung, Verzugszinsen zu zahlen, befreit wird, ist unwirksam.

§ 12

Verjährung, Klagefrist

- (1) Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Steht der Anspruch einem Dritten zu, so beginnt die Verjährung zu laufen, sobald diesem sein Recht auf die Leistung des Versicherers bekanntgeworden ist; ist dem Dritten dieses Recht nicht bekanntgeworden, so verjähren seine Ansprüche erst nach zehn Jahren.
- (2) Ist ein Anspruch des Versicherungsnehmers beim Versicherer angemeldet worden, so ist die Verjährung bis zum Einlangen einer in geschriebener Form übermittelten Entscheidung des Versicherers gehemmt, die zumindest mit der Anführung einer der Ablehnung derzeit zugrunde gelegten Tatsache und gesetzlichen oder vertraglichen Bestimmung begründet ist. Nach zehn Jahren tritt jedoch die Verjährung jedenfalls ein.
- (3) Der Versicherer ist von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Anspruch auf die Leistung nicht innerhalb eines Jahres gerichtlich geltend gemacht wird. Die Frist beginnt erst, nachdem der Versicherer dem Versicherungsnehmer gegenüber den erhobenen Anspruch in einer dem Abs. 2 entsprechenden Weise sowie unter Angabe der mit dem Ablauf der Frist verbundenen Rechtsfolge abgelehnt hat; sie ist für die Dauer von Vergleichsverhandlungen über den erhobenen Anspruch und für die Zeit, in der der Versicherungsnehmer ohne sein Verschulden an der rechtzeitigen gerichtlichen Geltendmachung des Anspruchs gehindert ist, gehemmt.

§ 38

Verspätete Zahlung der ersten Prämie

- (1) Ist die erste oder einmalige Prämie innerhalb von 14 Tagen nach dem Abschluß des Versicherungsvertrags und nach der Aufforderung zur Prämienzahlung nicht gezahlt, so ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, berechtigt, vom Vertrag zurückzutreten. Es gilt als Rücktritt, wenn der Anspruch auf die Prämie nicht innerhalb dreier Monate vom Fälligkeitstag an gerichtlich geltend gemacht wird.
- (2) Ist die erste oder einmalige Prämie zur Zeit des Eintritts des Versicherungsfalles und nach Ablauf der Frist des Abs. 1 noch nicht gezahlt, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, es sei denn, daß der Versicherungsnehmer an der rechtzeitigen Zahlung der Prämie ohne sein Verschulden verhindert war.
- (3) Die Aufforderung zur Prämienzahlung hat die im Abs. 1 und 2 vorgesehenen Rechtsfolgen nur, wenn der Versicherer den Versicherungsnehmer dabei auf diese hingewiesen hat.

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

§ 39a
Verzug mit geringem Teil der Prämie

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.

§ 62
Abwendung und Minderung des Schadens

- (1) Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, beim Eintritt des Versicherungsfalles nach Möglichkeit für die Abwendung und Minderung des Schadens zu sorgen und dabei die Weisungen des Versicherers zu befolgen; er hat, wenn die Umstände es gestatten, solche Weisungen einzuholen. Sind mehrere Versicherer beteiligt und haben diese entgegenstehende Weisungen gegeben, so hat der Versicherungsnehmer nach eigenem pflichtgemäßen Ermessen zu handeln.
- (2) Hat der Versicherungsnehmer diese Verpflichtungen verletzt, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, es sei denn, daß die Verletzung weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruht. Bei grobfahrlässiger Verletzung bleibt der Versicherer zur Leistung insoweit verpflichtet, als der Umfang des Schadens auch bei gehöriger Erfüllung der Verpflichtungen nicht geringer gewesen wäre.

§ 67
Gesetzlicher Forderungsübergang und Regress des Versicherers

- (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.