

ALLGEMEINE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN DER KRANKENGELDVERSICHERUNG FÜR SELBSTÄNDIG ERWERBSTÄTIGE NACH TARIF KG, KXG

Analog den Formulierungen im Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) beziehen sich personenbezogene Bezeichnungen auf Frauen und Männer in gleicher Weise

§ 1. Gegenstand der Versicherung.

- (1) Der Versicherer bezahlt nach Maßgabe der Versicherungsbedingungen und Tarife während der Dauer des Vertragsverhältnisses ein Krankengeld in der versicherten Höhe, wenn die versicherte Person infolge einer Krankheit völlig (hundertprozentig) arbeitsunfähig ist.
- (2) Krankheit im Sinne der Versicherungsbedingungen ist ein nach medizinischen Begriffen anomaler körperlicher oder geistiger Zustand, auch wenn er als Folge eines Unfalles eintritt.
- (3) Völlige (hundertprozentige) Arbeitsunfähigkeit liegt nur dann vor, wenn die versicherte Person ihre berufliche Tätigkeit nach objektivem ärztlichen Urteil in keiner Weise ausüben kann und auch nicht ausübt, also weder mitarbeitend noch aufsichtführend oder leitend in ihrem Beruf tätig ist oder sein kann.
- (4) Der Versicherungsfall beginnt mit der Erkrankung (Abs. 2), in deren Verlauf völlige Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird; er endet, sobald nach ärztlichem Befund keine Arbeitsunfähigkeit mehr besteht. Tritt innerhalb von 14 Tagen aus ein und derselben Ursache eine neuerliche völlige Arbeitsunfähigkeit ein, so gelten diese Perioden der Arbeitsunfähigkeit als ein Versicherungsfall.
- (5) Das versicherte Krankengeld darf nicht mehr als 80 Prozent des täglichen Durchschnitts-Nettoeinkommens (laut Einkommenssteuerbescheid oder einer von einem Steuerberater bestätigten Einnahmen-Ausgaben-Rechnung) der letzten drei Monate vor dem Eintritt der völligen Arbeitsunfähigkeit betragen. Bei Minderung des Nettoeinkommens sind das versicherte Krankengeld und die Prämie entsprechend der Minderung herabzusetzen (vergl. § 8 Abs. 2). Die Herabsetzung der Prämie (§ 10) erfolgt ab dem Monatsersten, der auf den Zeitpunkt folgt, zu dem der Versicherer von der Minderung des Einkommens Kenntnis erlangt.
- (6) Der Versicherer bezahlt nach Ablauf der in § 14 festgelegten Wartezeit und nach Ablauf der im Versicherungsschein unmittelbar nach der Tarifbezeichnung angegebenen Karenztage folgende Leistung: Für jeden Tag der völligen (hundertprozentigen) Arbeitsunfähigkeit wird ein Krankengeld in der vereinbarten Höhe bezahlt. Ist jedoch das auf den Tag umgerechnete durchschnittliche Nettoeinkommen gemäß Abs. 5 geringer als das versicherte Krankengeld, so wird nur das auf den Tag umgerechnete durchschnittliche Nettoeinkommen gezahlt.

§ 2. Versicherungsfähigkeit.

- (1) Versicherungsfähig sind alle in Österreich wohnenden, ausschließlich selbständig erwerbstätigen, gesunden Personen vom vollendeten 18. bis zum vollendeten 55. Lebensjahr, sofern nicht eine andere Vereinbarung getroffen wird.
- (2) Der Versicherer kann Personen, die ein erhöhtes Risiko darstellen, gegen Berechnung eines zu vereinbarenden Zuschlages zur Prämie oder unter besonderen Bedingungen versichern.

§ 3. Antragstellung, Versicherungspolize.

- (1) Der Versicherungsantrag ist auf dem hierfür bestimmten Vordruck zu stellen.
- (2) Der Antragsteller ist sechs Wochen an seinen Antrag gebunden. Die Frist beginnt mit dem Tage der Antragstellung, unter Abwesenden mit der Absendung des Antrages.
- (3) Über die Annahme des Antrages entscheidet der Versicherer. Eine Ablehnung ist dem Antragsteller in geschriebener Form mitzuteilen. Die Annahme des Antrages erfolgt durch eine Erklärung in geschriebener Form oder durch Aushändigung oder Angebot der Versicherungsscheins.
- (4) Die Annahme des Antrages kann von der Untersuchung durch einen vom Versicherer bezeichneten Arzt, von der Beibringung eines ärztlichen Zeugnisses und von der Vorlage eines amtlichen Altersnachweises abhängig gemacht werden. Die Kosten trägt der Antragsteller.
- (5) Der Antragsteller (die versicherte Person) erteilt dem Versicherer durch Fertigung des Antrages unwiderruflich die Befugnis, über bestehende oder frühere Krankheiten und Gebrechen bei Dritten (Ärzten, Krankenanstalten, Sozialversicherungsträgern, sonstigen Versicherungseinrichtungen, Behörden usw.) alle für erforderlich erachteten Erkundigungen einzuziehen. Er ermächtigt diese Dritten, dem Versicherer jede Auskunft zu erteilen und darüber auch vor Gericht Zeugnis abzulegen. Die gleiche Befugnis erteilen die handlungsfähigen mitzuversichernden Personen.
- (6) Weicht der Inhalt des Versicherungsscheins von dem Antrag ab, so gilt die Abweichung als genehmigt, wenn der Versicherungsnehmer nicht innerhalb eines Monats nach Empfang des Versicherungsscheins in geschriebener Form widerspricht. Auf die Abweichung hat der Versicherer durch besondere Mitteilung in geschriebener Form oder durch auffälligen Vermerk im Versicherungsschein hinzuweisen. Hat der Versicherer es unterlassen, den Versicherungsnehmer auf die Frist und die Folgen ihrer Versäumnis aufmerksam zu machen und die einzelnen Abweichungen besonders zu bezeichnen, so ist die Abweichung für den Versicherungsnehmer unverbindlich und der Inhalt des Versicherungsantrages insoweit als vereinbart anzusehen. Das Recht des Versicherungsnehmers, den Versicherungsvertrag wegen Irrtums anzufechten, bleibt unberührt.
- (7) Der Versicherungsnehmer kann jederzeit Abschriften der Erklärungen fordern, die er mit Bezug auf den Versicherungsvertrag abgegeben hat. Bedarf der Versicherungsnehmer der Abschriften für die Vornahme von Handlungen gegenüber dem Versicherer, die an eine bestimmte Frist gebunden sind, und sind sie ihm nicht schon früher vom Versicherer ausgehändigt worden, so ist der Lauf der Frist von der Stellung des Verlangens bis zum Eingang der Abschriften gehemmt.

§ 4. Willenserklärungen und Anzeigen.

- (1) Für sämtliche Anzeigen und Erklärungen des Versicherungsnehmers an den Versicherer ist die geschriebene Form erforderlich, sofern nicht die Schriftform ausdrücklich und mit gesonderter Erklärung vereinbart wurde.

Der geschriebenen Form wird durch Zugang eines Textes in Schriftzeichen entsprochen, aus dem die Person des Erklärenden hervorgeht (z.B. Telefax oder E-Mail). Schriftform bedeutet, dass dem Erklärungsempfänger das Original der Erklärung mit eigenhändiger Unterschrift des Erklärenden zugehen muss. Die qualifizierte elektronische Signatur gemäß § 4 Signaturgesetz ist der eigenhändigen Unterschrift nicht gleichgestellt.

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

(3) Kündigungs- und Rücktrittserklärungen bedürfen der Schriftform.

§ 5. Beginn des Versicherungsschutzes.

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

§ 6. Beendigung der Versicherung.

(1) Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Person durch:

- a) Rücktritt, Anfechtung oder fristlose Kündigung durch den Versicherer,
- b) Fortfall jeglichen Einkommens aus selbständiger Erwerbstätigkeit,
- c) Verlegung des Wohnsitzes ins Ausland oder dauernden Aufenthalt im Ausland; als Wohnsitz des Versicherungsnehmers ist jener Ort zu verstehen, an dem sich dieser niedergelassen hat, in der nachgewiesenen oder aus den Umständen hervorgehenden Absicht, dort seinen bleibenden Aufenthalt zu nehmen,
- d) Tod der versicherten Person,
- e) Eintritt der dauernden Berufsunfähigkeit. Eine solche liegt vor, wenn die versicherte Person im bisher ausgeübten Beruf auf nicht absehbare Zeit mehr als 50 Prozent erwerbsunfähig ist,
- f) Bezug von Leistungen für die Dauer von 364 Tagen innerhalb von drei Versicherungsjahren, mit sofortiger Wirkung;
- g) Kündigung durch den Versicherer,
- h) Kündigung durch den Versicherungsnehmer,
- i) Vollendung des 65. Lebensjahres, mit Ablauf des Versicherungsjahres;
- j) länger als drei Monaten dauernden Aufenthalt in einem/r psychiatrischen / psychosomatischen Krankenhaus / Krankenhausabteilung, mit dem letzten Tag des dritten Monats.

(2) Die Leistungspflicht erlischt in den Fällen des Abs. 1 lit. a) bis e) und h) bis j) mit dem Ende des Versicherungsverhältnisses; im Falle des Abs. 1 lit. g) nach Ablauf von vier Wochen ab Beendigung des Versicherungsvertrages, spätestens aber mit dem Ende der Anspruchsberechtigung gemäß § 18 Abs. 4.

(3) Wurden die Fälle des Abs. 1 lit. b) und e) durch eine Arbeitsunfähigkeit im Sinne des § 1 Abs. 2 und 3 ursächlich herbeigeführt, so enden das Versicherungsverhältnis und die Leistungspflicht mit dem Erlöschen der Anspruchsberechtigung gemäß § 18 Abs. 4.

(4) Die Verpflichtung zur Zahlung der Prämien endet in den Fällen des Abs. 1 lit. b) und c), ausgenommen Fälle des Abs. 3 mit dem Letzten des Monats, in dem der Versicherer vom Eintritt des Umstandes, der das Versicherungsverhältnis beendet, Kenntnis erlangt. In den übrigen Fällen endet die Verpflichtung zur Zahlung der Prämien mit dem Versicherungsverhältnis.

§ 7. Dauer der Versicherung, Kündigung.

(1) Der Versicherungsvertrag wird auf unbestimmte Zeit abgeschlossen. Der Versicherungsnehmer und der Versicherer haben das Recht, das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres unter Einhaltung einer einmonatigen Frist zu kündigen.

(2) Wenn der Versicherungsnehmer oder der Versicherer das Versicherungsverhältnis nur zum Teil oder nur für einzelne versicherte Personen kündigt, so kann der Versicherer beziehungsweise der Versicherungsnehmer die Restversicherung zum gleichen Termin kündigen, aber nur innerhalb einer Frist von einem Monat nach Empfang der Kündigung.

§ 8. Obliegenheiten; Folgen der Verletzung von Obliegenheiten: Rücktritt, Anfechtung und fristlose Kündigung.

(1) Der Versicherungsnehmer und die versicherte Person haben bei der Antragstellung und zwischen Antragstellung und Zustellung (Aushändigung) des Versicherungspolizzescheins alle erheblichen Gefahrenumstände anzuzeigen.

(2) Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, den Versicherer unverzüglich von einer Minderung des monatlichen Nettoeinkommens aus selbständiger Erwerbstätigkeit sowie von Umständen zu verständigen, die eine Beendigung der Versicherung gemäß § 6 bewirken.

(3) Jeder nachträgliche Beitritt zu einer anderen Kranken- oder Unfallversicherung ist dem Versicherer unverzüglich unter Angabe der Höhe des anderweitig versicherten Krankengeldes mitzuteilen. Wird diese Obliegenheit verletzt, ist der Versicherer berechtigt, das Versicherungsverhältnis innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist zu kündigen. Das Kündigungsrecht besteht nicht, wenn die Verletzung dieser Obliegenheit als eine unverschuldete anzusehen ist.

(4) Die arbeitsunfähige versicherte Person ist verpflichtet,

- a) den Anordnungen des Arztes Folge zu leisten und alles zu vermeiden, was der Wiederherstellung der Gesundheit hinderlich sein könnte,
- b) auf Anfragen sowohl des Versicherers als auch dem von ihm beauftragten Krankenbesucher über den Verlauf der Krankheit, den Umfang der Arbeitsunfähigkeit sowie alle sonstigen für die Prüfung der Leistungspflicht erheblichen Umstände jede erwünschte Auskunft in geschriebener Form oder mündlich zu erteilen.
- c) keine auf Erwerb gerichteten sowie keine solchen häuslichen Arbeiten vorzunehmen, die die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit hindern,
- d) die Arbeit nicht vor der Gesundheitsmeldung aufzunehmen,

e) sich auf Verlangen des Versicherers einer ärztlichen Nachuntersuchung durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt innerhalb von zwei Tagen nach eingegangener Aufforderung zu unterziehen. Leistet die arbeitsunfähige versicherte Person ohne umgehende genügende Entschuldigung einer solchen Aufforderung keine Folge, so kann das Krankengeld für die Dauer der Weigerung entzogen werden.

Sofern die versicherte Person trotz Aufforderung in geschriebener Form den vorstehend genannten Obliegenheiten zuwiderhandelt, ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung für die Zeit ab dem dritten dem Tage der Zustellung der Aufforderung folgenden Tage frei.

Leistungsfreiheit tritt nicht ein, wenn die Verletzung weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruht. Wird die Obliegenheit nicht mit dem Vorsatz verletzt, die Leistungspflicht des Versicherers zu beeinflussen oder die Feststellung solcher Umstände zu beeinträchtigen, die erkennbar für die Leistungspflicht des Versicherers bedeutsam sind, so bleibt der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung weder auf die Feststellung des Versicherungsfalles noch auf die Feststellung oder den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung Einfluss gehabt hat.

(5) Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person bei Antragstellung bzw. bis zum Erhalt des Versicherungsscheins, bei einer Abänderung oder bei der Wiederinkraftsetzung der Versicherung die Anzeigepflicht über erhebliche Gefahrumstände oder berufliche Verhältnisse verletzt, so kann der Versicherer vom Versicherungsvertrag zurücktreten. Das gleiche gilt, wenn die Anzeige eines erheblichen Gefahrumstandes deshalb unterblieben ist, weil sich der Versicherungsnehmer / die versicherte Person der Kenntnis des Umstandes arglistig entzogen hat. Die Anzeigepflicht ist auch dann verletzt, wenn Fragen um Gefahrumstände oder berufliche Verhältnisse unvollständig oder unrichtig beantwortet werden. Jeder Umstand, nach dem der Versicherer ausdrücklich und genau umschrieben in geschriebener Form gefragt hat, gilt im Zweifel als erheblich.

(6) Der Rücktritt vom Versicherungsvertrag ist innerhalb eines Monats von dem Tag an zulässig, an dem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erlangt hat. Der Rücktritt ist ausgeschlossen, wenn der Versicherer den nicht (vollständig) oder unrichtig angezeigten Umstand kannte. Er ist auch ausgeschlossen, wenn die Verletzung der Anzeigepflicht ohne Verschulden des Versicherungsnehmers / der versicherten Person unterblieben ist; hat jedoch der Versicherungsnehmer / die versicherte Person einen Umstand nicht angezeigt, nach dem der Versicherer nicht ausdrücklich und genau umschrieben gefragt hat, so kann dieser vom Versicherungsvertrag nur dann zurücktreten, wenn die Anzeige vorsätzlich oder grob fahrlässig unterblieben ist. Hatte der Versicherungsnehmer / die versicherte Person 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.

Wird der Versicherungsvertrag von einem Bevollmächtigten oder von einem Vertreter ohne Vertretungsmacht abgeschlossen, so kommt für das Rücktrittsrecht des Versicherers nicht nur die Kenntnis und die Arglist des Vertreters, sondern auch die Kenntnis und die Arglist des Versicherungsnehmers / der versicherten Person in Betracht. Der Versicherungsnehmer / die versicherte Person 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.

(7) Das Rücktrittsrecht entfällt nach Ablauf von drei Jahren nach Vertragsabschluss oder seit Abänderung oder Wiederinkraftsetzung der Versicherung, es sei denn, dass die Anzeigepflicht arglistig verletzt worden ist.

(8) Tritt der Versicherer zurück, nachdem ein Versicherungsfall eingetreten ist, so bleibt der Versicherungsschutz bestehen, wenn der Umstand, in Ansehung dessen die Anzeigepflicht verletzt wurde, keinen Einfluß auf den Eintritt des Versicherungsfalles oder soweit er keinen Einfluß auf den Umfang der Leistung gehabt hat. Der Versicherungsschutz erstreckt sich jedoch keinesfalls über den Zeitpunkt des Rücktrittes. Der Versicherer kann ganz oder teilweise die Rückzahlung der Leistungen verlangen, die sich auf Tatsachen beziehen, die zum Rücktritt geführt haben.

(9) 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.

(10) Das Recht des Versicherers, den Versicherungsvertrag wegen Arglist anzufechten, wird durch die vorstehenden Bestimmungen nicht berührt.

(11) Bei schuldloser Verletzung der Anzeigepflicht kann der Versicherer, wenn der Geschäftsplan bei Vorliegen der ihm unbekannt gebliebenen Gefahrumstände eine höhere Prämie vorsieht, von Beginn des laufenden Versicherungsjahres an die entsprechend höhere Prämie verlangen. Das gleiche gilt, wenn beim Abschluss des Versicherungsvertrages ein für die Übernahme der Gefahr erheblicher Umstand dem Versicherer nicht angezeigt worden ist, weil er dem anderen Teil nicht bekannt war. 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. 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 für das Kündigungsrecht, wenn es nicht innerhalb des bezeichneten Zeitraums ausgeübt wird.

(12) Wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person während der Dauer des Versicherungsverhältnisses durch wissentlich falsche Angaben, insbesondere durch Vortäuschung einer Krankheit, 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, das Versicherungsverhältnis fristlos innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist zu kündigen. Das gleiche gilt, wenn sich die versicherte Person im Krankheitsfalle den vom Arzt oder vom Versicherer gegebenen zumutbaren Verhaltensmaßregeln vorsätzlich oder grobfahrlässig nicht fügt. Der Versicherer kann sich im Fall der Verletzung zumutbarer Verhaltensmaßregeln auf die Leistungsfreiheit bzw. das Kündigungsrecht nicht berufen, soweit die Verletzung keinen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalles gehabt hat.

(13) Kündigt der Versicherer den Versicherungsvertrag hinsichtlich einzelner Personen, hat der Versicherungsnehmer das Recht, den Versicherungsvertrag hinsichtlich der übrigen Personen innerhalb einer Frist von einem Monat zum gleichen Termin zu kündigen.

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

§ 9. Ruhendstellung der Versicherung

(1) Während längerer Auslandsaufenthalte, für die Zeit des Wehrdienstes oder eines auf ähnlicher Grundlage beruhenden Dienstes, mit dem gesetzliche Heilfürsorge verbunden ist, kann für die betreffende versicherte Person auf Antrag des Versicherungsnehmers das Ruhen der gegenseitigen Verpflichtungen aus der Versicherung für einen im Voraus bestimmten Zeitraum von nicht mehr als 12 Monaten vereinbart werden. Für die Zeit der Ruhendstellung ist eine Anerkennungsprämie im Ausmaß von 10% der Tarifprämie im Voraus für die vereinbarte Dauer der Ruhendstellung zu entrichten. Eine Wiederinkraftsetzung der Versicherung vor Ablauf der vereinbarten Frist kann von einer Gesundheitsprüfung abhängig gemacht werden.

(2) Für Arbeitsunfähigkeiten, die während des Ruhens der Versicherung eingetreten sind, besteht für die Dauer der Ruhendstellung kein Anspruch auf Leistungen. Nach Ablauf der Ruhezeit besteht Anspruch auf Versicherungsleistung erst nach Ablauf der in § 14 festgelegten Wartezeit und nach Ablauf der im Versicherungsschein unmittelbar nach der Tarifbezeichnung angegebenen Karenzzeit.

§ 10. Prämien und Nebengebühren.

(1) Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, Jahresprämien nach dem Versicherungsvertrag zugrunde liegenden Tarif zu zahlen. Die Jahresprämie ist im Voraus zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres fällig. Die erste Jahresprämie ist spätestens bei Aushändigung beziehungsweise Angebot des Versicherungsscheines fällig.

(2) Die Zahlung der Jahresprämie kann in monatlichen Raten erfolgen. Die nach Bezahlung der ersten Rate fälligen monatlichen Raten gelten jeweils als gestundet und sind am Ersten eines jeden Monats im Voraus zu zahlen. Prämien oder monatliche Raten, die bereits fällig waren, können vom Versicherer im Versicherungsfall in Anrechnung gebracht werden.

(3) Der Versicherer ist jederzeit berechtigt, vom Versicherungsnehmer einen amtlichen Altersnachweis zu verlangen. Das Beitrittsalter ist die Differenz zwischen dem Jahr des Versicherungsbeginns und dem Geburtsjahr. Im Falle unrichtiger Altersangaben sind, unbeschadet der Rechte des Versicherers aus § 8, die zuwenig gezahlten Prämien zuzüglich 4 Prozent Verzugszinsen nachzuzahlen; etwa zuviel gezahlte Prämien werden nach Wahl des Versicherungsnehmers auf die nächstfolgenden Prämienzahlungen angerechnet oder zurückgezahlt.

(4) Die Prämien sind auch während des Bezuges von Leistungen zu zahlen; sie sind eine Bringschuld und portofrei zu entrichten. Dem Versicherer steht es frei, die Prämien gegen eine angemessene Gebühr einheben zu lassen.

(5) Der Versicherungsnehmer hat dem Versicherer sowohl die bestehenden als auch die erst während der Versicherungsdauer etwa neu hinzukommenden, für den Versicherungsvertrag zu entrichtenden oder nach den Prämien und den Leistungen des Versicherers aus dem Versicherungsvertrag bemessenen öffentlichen Gebühren und Abgaben aller Art zu erstatten. Ebenso sind dem Versicherer die Schreibgebühren für die Ausfertigung von Ersatz- und sonstigen Urkunden sowie aller Abschriften zu entrichten und die vom Versicherungsnehmer verursachten Postspesen zu vergüten.

§ 11. Zahlungsverzug und dessen Folgen.

(1) Wird die erste Prämie oder die erste Prämienrate innerhalb von vierzehn Tagen nach dem Abschluß des Versicherungsvertrages und nach der Aufforderung zur Prämienzahlung nicht gezahlt, so kann der Versicherer, so lange die Zahlung nicht bewirkt ist, vom Versicherungsvertrag zurücktreten. Es gilt als Rücktritt, wenn der Anspruch auf die Prämie nicht innerhalb dreier Monate vom Fälligkeitstage (§ 10 Abs. 1) gerichtlich geltend gemacht wird. Ist die Prämie zur Zeit des Eintritts des Versicherungsfalles (Arbeitsunfähigkeit) und nach Ablauf der Frist von vierzehn Tagen noch nicht gezahlt, so ist der Versicherer nach Maßgabe der §§ 38 und 39a VersVG von der Verpflichtung zur Leistung frei, es sei denn, dass der Versicherungsnehmer an der rechtzeitigen Zahlung der Prämie ohne sein Verschulden verhindert war.

(2) Wird in der Folge eine fällige Prämie oder eine fällige Prämienrate (vergl. § 10) nicht rechtzeitig bezahlt, so kann der Versicherer den Versicherungsnehmer unter Angabe der Höhe der Prämien- und Kostenschuld und der Rechtsfolgen weiterer Säumnis in geschriebener Form auffordern, die Schuld innerhalb einer Zahlungsfrist von zwei Wochen, vom Empfang der Aufforderung an gerechnet, an die vom Versicherer bezeichnete Stelle ohne Abrechnung von Überweisungsspesen zu bezahlen. Neben Postgebühren und Mahnkosten können einmalige Verzugsgebühren von 4 Prozent des Prämienrückstandes eingehoben werden. Nach Ablauf der Zahlungsfrist von zwei Wochen werden, wenn bis dahin der eingemahnte Betrag nicht bezahlt ist, die gestundeten Prämienraten des laufenden Versicherungsjahres fällig.

(3) Tritt der Versicherungsfall (Arbeitsunfähigkeit) 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 nach Maßgabe der §§ 39 und 39a VersVG 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 (und deren Folgen), die nach Ablauf der Zahlungsfrist und vor Nachzahlung der rückständigen Prämien eingetreten sind, kein Anspruch auf Leistung.

(4) Der Versicherer ist berechtigt, den Versicherungsvertrag ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist zu kündigen, wenn der Versicherungsnehmer nach Ablauf der Frist mit der Zahlung im Verzug ist. Der Versicherer kann bereits bei der Bestimmung der Zahlungsfrist das Versicherungsverhältnis so kündigen, daß die Kündigung mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer in diesem Zeitpunkt mit der Zahlung im Verzug ist.

(5) 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.

(6) Eingehende Prämienzahlungen werden auf die älteste Prämienschuld angerechnet.

§ 12. Verpfändung, Abtretung, Aufrechnung.

Die Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder verpfändet noch abgetreten werden. Gegen Forderungen des Versicherers kann der Versicherungsnehmer nicht aufrechnen.

§ 13. Ausschlussfristen, Verjährung, Erfüllungsort.

(1) 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 unter Angabe der mit dem Ablauf der Frist verbundenen Rechtsfolgen schriftlich abgelehnt hat.

(2) Die Ansprüche auf die Versicherungsleistungen verjähren in drei Jahren. Ist ein Anspruch beim Versicherer angemeldet worden, so ist die Verjährung bis zum Einlangen einer Entscheidung des Versicherers in geschriebener Form gehemmt, die zumindest mit der Anführung einer der Ablehnung zugrunde gelegten Tatsache und gesetzlichen oder vertraglichen Bestimmung begründet ist. Nach 10 Jahren tritt die Verjährung jedenfalls ein.

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

§ 14. Wartezeit.

(1) Die Wartezeit (§ 5) beträgt drei Monate. Die Wartezeit wird von dem im Versicherungsschein angegebenen Tag des Versicherungsbeginnes an gerechnet.

(2) Die Wartezeit entfällt:

a) Bei Unfällen und deren Folgen. Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper mechanisch wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet. Bauch- oder Unterleibsbrüche, die durch einen Unfall herbeigeführt oder verschlechtert worden sind, gelten nicht als Unfallfolgen.

b) Bei folgenden akuten Infektionskrankheiten: Röteln, Masern, Windpocken (Varicellen), Scharlach, Diphtherie, Keuchhusten, Mumps, spinale Kinderlähmung, Meningitis, Ruhr, Paratyphus, Flecktyphus (Fleckfieber), Typhus, Cholera, Wechselfieber, Rückfallfieber, Milzbrand und Rotlauf, Gelbfieber, Pest, Tularämie, Psittakose.

(3) Bei Übertritt in eine höhere Tarifklasse besteht der Anspruch auf erhöhten Versicherungsschutz nur für Versicherungsfälle, die nach neuerlichem Ablauf der Wartezeit eintreten.

§ 15. Leistungsausschlüsse.

(1) Der Versicherungsschutz gilt nur für Krankheiten, die während des Bestandes der Versicherung entstehen. Er erstreckt sich aber auch auf vorvertragliche Erkrankungen, sofern die tarifliche Wartezeit (§ 14) erfüllt ist und keine Verletzung der Anzeigepflicht (§ 8) vorliegt. Für Krankheiten, die während der Wartezeit erstmalig behandelt worden sind, besteht bis zur Beendigung des Versicherungsfalles, längstens bis 3 Jahre nach Abschluss, Abänderung oder Wiederinkraftsetzung des Versicherungsvertrages kein Versicherungsschutz; dasselbe gilt für Krankheiten, die mit diesen in einem unmittelbar ursächlichen Zusammenhang stehen. Der Versicherer ist nur dann zur Leistung verpflichtet, wenn der Versicherungsnehmer beweist, dass die Krankheit erst nach Vertragsabschluss erkennbar wurde. Im übrigen sind vom Versicherungsschutz nur solche Krankheiten ausgenommen, für die dies im Versicherungsschein ausdrücklich erklärt ist.

(2) Nach Ablauf von 3 Jahren nach Vertragsabschluss kann der Versicherer von den Bestimmungen des § 8 keinen Gebrauch machen, es sei denn, dass die Anzeigepflicht arglistig verletzt worden ist.

(3) Kein Versicherungsschutz besteht

- für Folgen von Unfällen, die sich bei der Teilnahme an Bundes- oder internationalen sportlichen Wettbewerben sowie am offiziellen Training für diese Veranstaltungen ereignen;

- von Krankheiten und Unfällen, die als Folge eines missbräuchlichen Genusses von Alkohol oder Suchtgiften eintreten, sowie für Entziehungsmaßnahmen und Entziehungskuren;

- bei Unterbringung wegen Selbst- oder Fremdgefährdung;

- für Krankheiten und Unfälle 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;

- für Folgen von Selbstmordversuchen;

- für auf Vorsatz der versicherten Person beruhende Krankheiten und Unfälle, 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 geht jedoch auf den Versicherer über (§ 67 Versicherungsvertragsgesetz);

- für Krankheiten und Unfälle sowie deren Folgen, die durch Kriegereignisse jeder Art, einschließlich Neutralitätsverletzungen, entstehen.

(4) Keine Leistungspflicht besteht bei Arbeitsunfähigkeit, wenn diese durch kosmetische Behandlung und deren Folgen, präventive Behandlungen und Eingriffe und deren Folgen oder durch geschlechtsangleichende Operationen und deren Folgen verursacht wurden. 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 gelten 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.

(5) Bei normalen und anomalen Entbindungen, Früh- oder Fehlgeburten (auch wenn ein Unfall die Ursache ist), bei Schwangerschaftsbeschwerden und -komplifikationen sowie bei Folgen der Entbindung und des Wochenbettes besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistungen.

§ 16. Anmeldung von Ansprüchen.

(1) Die Anmeldung einer die völlige Arbeitsunfähigkeit bedingenden Krankheit hat innerhalb von acht Tagen nach Ablauf der Karenzfrist nach deren Feststellung beim Versicherer in geschriebener Form unter Vorlage einer ärztlichen Bestätigung mit Angabe der Diagnose zu erfolgen. Erfolgt die Krankmeldung erst nach Ablauf der vorgesehenen Frist, so gilt als erster Krankheitstag der Tag, an dem die Anzeige beim Versicherer eingeht. Leistungsfreiheit tritt nicht ein, wenn die Verletzung der Verpflichtung zur rechtzeitigen Anmeldung weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruht. Wird die Obliegenheit nicht mit dem Vorsatz verletzt, die Leistungspflicht des Versicherers zu beeinflussen oder die Feststellung solcher Umstände zu beeinträchtigen, die erkennbar für die Leistungspflicht des Versicherers bedeutsam sind, so bleibt der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung weder auf die Feststellung des Versicherungsfalles noch auf die Feststellung oder den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung Einfluss gehabt hat. § 8 Abs. 14 gilt entsprechend.

(2) Der Nachweis über den Fortbestand der Arbeitsunfähigkeit ist, unbeschadet des Rechtes des Versicherers, die Arbeitsunfähigkeit zu bestreiten bzw. durch seine Vertrauensärzte feststellen zu lassen, durch wöchentliche Vorlage einer ärztlichen Bestätigung mit Diagnose zu erbringen.

(3) Die Wiedererlangung der gänzlichen oder teilweisen Arbeitsfähigkeit hat die versicherte Person ebenfalls mittels ärztlicher Bestätigung unverzüglich bekanntzugeben.

§ 17. Örtlicher Geltungsbereich.

(1) Der Versicherungsschutz ist, abgesehen von den Fällen des Abs. 3, auf Österreich beschränkt.

(2) Das Krankengeld ist nur zu zahlen, solange sich der Erkrankte an seinem Wohnsitz aufhält oder sich in stationärer Krankenhausbehandlung im Inland befindet. Erkrankt die versicherte Person außerhalb ihres Wohnsitzes, so wird das versicherte Krankengeld bedingungsgemäß gezahlt, wenn die Überführung des Erkrankten an seinen Wohnsitz nicht oder nur unter Gefährdung seiner Gesundheit möglich ist.

(3) Wird die versicherte Person während eines Aufenthaltes im europäischen Ausland völlig arbeitsunfähig und ist aus medizinischen Gründen eine stationäre Krankenhausbehandlung wegen einer unvorhergesehenen Erkrankung oder wegen der Folgen eines während des Auslandsaufenthaltes erlittenen Unfalles erforderlich geworden, wird das Krankengeld für die Dauer der stationären Behandlung gezahlt, wenn und soweit nach den übrigen Bestimmungen eine Leistungspflicht des Versicherers gegeben ist.

§ 18. Leistungen des Versicherers.

(1) Das Krankengeld wird in der vereinbarten Höhe nach Ablauf der im Tarif festgelegten Karenz für die Dauer völliger (100 prozentiger) Arbeitsunfähigkeit unter Einschluss der Sonn- und Feiertage bezahlt.

(2) Die Kosten der Überweisung der Versicherungsleistung sind vom Versicherungsnehmer zu tragen.

(3) Der Versicherer ist berechtigt, jederzeit von der versicherten Person den Nachweis zu verlangen, dass das versicherte Krankengeld 80 Prozent des täglichen Durchschnitts-Nettoarbeitseinkommens aus selbständiger Tätigkeit der letzten drei Monate nicht übersteigt. Erbringt die versicherte Person diesen Nachweis nicht innerhalb von 14 Tagen, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei und kann den Versicherungsvertrag innerhalb eines Monats nach Ablauf der Frist ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen. Das Kündigungsrecht besteht nicht, wenn, die Verletzung als eine unverschuldete anzusehen ist. § 8 Abs. 14 gilt entsprechend.

(4) Wurde das Krankengeld für eine oder mehrere Krankheiten innerhalb von drei Versicherungsjahren insgesamt durch 364 Tage bezahlt, so erlischt die Versicherung (§ 6 Abs. 1 lit. f).

§ 19. Feststellung des Leistungsanspruches.

(1) Im Falle von Meinungsverschiedenheiten über Art und Umfang der Arbeitsunfähigkeit entscheidet eine Ärztekommision.

(2) In den nach Abs. 1 der Ärztekommision vorbehaltenen Streitfällen hat der Versicherungsnehmer innerhalb von 14 Tagen, nachdem ihm die Ablehnung des Versicherers zugegangen ist, Widerspruch zu erheben und die Entscheidung der Ärztekommision zu beantragen.

(3) Für die Ärztekommision werden regelmäßig zwei Ärzte bestimmt, von denen jede Partei einen der anderen Partei mittels eingeschriebenen Briefes namhaft zu machen hat. Die beiden Ärzte bestellen einvernehmlich vor Beginn ihrer Tätigkeit einen weiteren Arzt als Obmann. Die Ärztekommision entscheidet mit Stimmenmehrheit.

(4) Die versicherte Person ist verpflichtet, sich innerhalb einer zu bestimmenden Frist allen Untersuchungen zu unterziehen, die von der Ärztekommision als notwendig erachtet werden.

(5) Die Aufteilung der Kosten der Ärztekommision auf die beiden Parteien erfolgt nach dem Verhältnis der von der Kommission zugesprochenen beziehungsweise abgelehnten Leistungsansprüche.

§ 20. Änderungen der Prämie oder des Versicherungsschutzes (Anpassung)

(1) Als für Änderungen der Prämie oder des Versicherungsschutzes maßgebende Umstände im Sinne des § 178f Versicherungsvertragsgesetz gelten die Veränderungen folgender Faktoren:

- der durchschnittlichen Lebenserwartung
- der Häufigkeit der Inanspruchnahme von Leistungen nach Art der vertraglich vorgesehenen und deren Aufwendigkeit, bezogen auf die zu diesem Tarif versicherten Personen
- des Gesundheitswesens oder der dafür geltenden gesetzlichen Bestimmungen.

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

(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. Auf dieses Recht wird der Versicherer den Versicherungsnehmer in seiner Benachrichtigung über die Prämienhöhung ausdrücklich nochmals hinweisen.