# Vertragsgrundlagen zur Gruppenkrankenversicherung

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Gruppenkrankenversicherung von Krankheitskosten und Krankenhaus-Tagegeldversicherung (AVBKVG 2017) in der Fassung 12/2022

GENERALI

## Inhaltsverzeichnis

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 Wartezeiten ..... 4
§ 5 Art und Umfang des Versicherungsschutzes ..... 5
A) Gemeinsame Bestimmungen ..... 5
B) Leistungen für ambulante Heilbehandlung ..... 5
C) Leistungen für stationäre Heilbehandlung ..... 6
§ 6 Einschränkung des Versicherungsschutzes ..... 6
§ 7 Auszahlung der Versicherungsleistung ..... 7
§ 8 Ende des Versicherungsschutzes ..... 8

**PFLICHTEN DES GRUPPENVERSICHERUNGSNEHMERS, DES HAUPTVERSICHERTEN UND DES VERSICHERTEN** ..... 8
§ 9 Prämien, Gebühren und Abgaben ..... 8
§ 10 Obliegenheiten ..... 8
A) Obliegenheit vor Eintritt des Versicherungsfalles ..... 8
B) Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalles ..... 8
§ 11 Ansprüche gegen Dritte ..... 9

**ENDE DES GRUPPENVERSICHERUNGSVERTRAGES** ..... 9
§ 12 Dauer des Gruppenversicherungsvertrages ..... 9
§ 13 Kündigung durch den Gruppenversicherungsnehmer ..... 9
§ 13a Kündigung durch den Versicherer ..... 10
§ 14 Sonstige Beendigungsgründe ..... 11
§ 14a Weiterversicherung ..... 11

**SONSTIGE BESTIMMUNGEN** ..... 11
§ 15 Form von Willenserklärungen und Anzeigen ..... 11
§ 16 Erfüllungsort ..... 11
§ 17 Änderung der Prämie und des Versicherungsschutzes ..... 11
§ 18 Gewinnbeteiligung / Prämienrückvergütung ..... 12

**ANHANG** ..... 14
Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VersVG) auf die in den AVBKVG 2017 Bezug genommen wird ..... 14

**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)

a) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung des Versicherten wegen Krankheiten oder Unfallfolgen.
Der Versicherungsfall beginnt mit der medizinisch notwendigen Heilbehandlung des Versicherten und 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.

b) Als Versicherungsfall gilt auch die Entbindung einschließlich der wegen Schwangerschaft erforderlichen Untersuchungen sowie die damit im Zusammenhang stehende medizinisch notwendige Heilbehandlung;

c) Weitere Versicherungsfälle sind in den Ergänzenden Versicherungsbedingungen geregelt;

d) Als Versicherungsfall gelten nicht, sofern im gewählten Tarif keine andere Vereinbarung getroffen wird:

– kosmetische Behandlungen und Operationen und deren Folgen, soweit diese Maßnahmen nicht der Beseitigung von Unfallfolgen dienen.
Als Folgen in diesem Sinne gelten dabei auch spätere, medizinisch notwendige Folgebehandlungen wie z.B. Entfernung/Austausch von Implantaten oder Narbenkorrekturen.
Kosmetische Behandlungen im Sinne der Versicherungsbedingungen dienen nicht der Behebung einer Fehlfunktion des Körpers und damit nicht 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.
– geschlechtsangleichende Operationen und damit im ursächlichen Zusammenhang stehende Maßnahmen und Folgen;
– Zahnimplantationen, sowie die damit im ursächlichen Zusammenhang stehenden Maßnahmen und Folgen;
– präventive Behandlungen und Eingriffe;
– nichtärztliche Hauskrankenpflege sowie Maßnahmen der Geriatrie und der Akutgeriatrie sowie der Palliativmedizin;
– Maßnahmen der Rehabilitation, Remobilisation und Kurbehandlungen;
– psychosomatische Behandlungen und Maßnahmen und der Heilpädagogik;
– alle Formen der künstlichen Befruchtung und damit im ursächlichen Zusammenhang stehende Maßnahmen und Folgen.

(3) 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.

(4) Krankheit ist ein anormaler Körper- oder Geisteszustand, der ärztlicher Behandlung bedarf.

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

(6) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf in Österreich durchgeführte Heilbehandlungen.
Wenn und solange der (Haupt)Versicherte seinen gewöhnlichen Aufenthalt in Österreich hat, gilt der Versicherungsschutz im Rahmen der gewählten Tarife auch für Heilbehandlungen im Ausland.
Als gewöhnlicher Aufenthalt des (Haupt)Versicherten ist jener Ort zu verstehen, an dem sich der (Haupt)Versicherte länger als sechs Monate im Kalenderjahr aufhält.

(7) 1. Es besteht kein Versicherungsschutz aus diesem Vertrag und der Versicherer ist nicht verpflichtet, eine Leistung aus diesem Vertrag zu erbringen, soweit und solange der Versicherer mit der Gewährung eines solchen Versicherungsschutzes oder der Erbringung einer Leistung aus dem Versicherungsvertrag gegen Sanktionen verstoßen würde. Sanktionen sind insbesondere internationale Handels-, Finanz- oder Wirtschaftssanktionen als Reaktion auf ein verpöntes Verhalten von bestimmten Staaten, Organisationen oder Personen, welche insbesondere durch Embargos (d.h. das Verbot der Ein- oder Ausfuhr von Waren oder der Erbringung von Dienstleistungen) gesetzt werden. Dies erfolgt gemäß
- Resolutionen der Vereinten Nationen und/oder
- Verordnungen und/oder Beschlüssen der Europäischen Union und/oder
- Gesetzen, Verordnungen oder Bescheiden von Organen der Republik Österreich.

2. Dies gilt auch für Sanktionen, die von rechtssetzenden Organen des Vereinigten Königreichs, der Vereinigten Staaten von Amerika und/oder anderen völkerrechtlich einflussreichen Staaten erlassen werden, soweit dem nicht Rechtsvorschriften der Europäischen Union oder der Republik Österreich entgegenstehen.

**§ 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 Polizze 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 Polizze 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 Polizze unter „Ursprünglicher Vertragsbeginn der Krankenversicherung:“ angeführt ist.

**§ 4**
**Wartezeiten**
(1) Wartezeiten (§ 178d VersVG, siehe unten Abs. 3) sind in den Ergänzenden Versicherungsbedingungen der gewählten Tarife festgelegt und werden ab dem Vertragsbeginn (siehe oben § 3), gerechnet.

(2) Wartezeit für Schwangerschaft/Entbindung
Für Entbindungen einschließlich der wegen Schwangerschaften erforderlichen Untersuchungen sowie der mit der Schwangerschaft in Verbindung stehenden medizinisch notwendigen Heilbehandlung (§ 1 Abs. 2 Pkt. b) 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 und Umfang des Versicherungsschutzes**

Art und Umfang des Versicherungsschutzes ergeben sich aus dem Gruppenversicherungsvertrag, dem Antrag auf Beitritt, diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen, den Ergänzenden Versicherungsbedingungen der versicherten Tarife und der Polizze. Soweit dort Leistungen für ambulante und/oder stationäre Heilbehandlungen vorgesehen sind, gelten folgende Bestimmungen, sofern nicht eine andere Vereinbarung getroffen worden ist:

**A) Gemeinsame Bestimmungen**

(1) Als Operationskosten gelten das Honorar des Operateurs, des Anästhesisten, der bei der Operation assistierenden Ärzte und die Kosten des Pflegepersonals für die Operation einschließlich Vor- und Nachbehandlung sowie die gesondert in Rechnung gestellten medizinisch notwendigen Sachkosten. Kein Anspruch auf Kostenersatz besteht für die Kosten von Körperersatzstücken, Implantaten und sonstigen therapeutischen Behelfen wie insbesondere Apparaturen, die Organe ersetzen oder in ihrer Funktion unterstützen.

Die für Operationskosten zur Verfügung stehenden Höchstbeträge sind im Leistungstarif angeführt und nach Operationsgruppen (OP-Gruppen) gestaffelt.
Jede Operation ist – abhängig vom Schwierigkeitsgrad – einer bestimmten OP-Gruppe zugeordnet. Das Operationsgruppenschema ist auf www.generali.at verfügbar und wird vom Versicherer auf Anfrage übermittelt.

Bei gleichzeitiger Ausführung mehrerer Operationen gilt vereinbart, dass die Kosten bis zum Höchstbetrag der betreffenden OP-Gruppe ersetzt werden, für
- die laut Operationsgruppenschema am höchsten eingestufte Operation – voll;
- jede weitere in verschiedenen Operationsfeldern durchgeführte Operation – zu 50%;
- jede weitere im gleichen Operationsfeld durchgeführte Operation – zu 25%.

Operationen werden im gleichen Operationsfeld durchgeführt, wenn der Körper für die Operationen nur einmal geöffnet wird.

(2) Als Kosten nichtoperativer Heilbehandlungen gelten bei
- ambulanter Durchführung das Honorar des behandelnden Arztes;
- stationärer Durchführung das Honorar des behandelnden Arztes, die Kosten des Pflegepersonals, die Kosten für Benützung von medizinisch technischen Geräten und medizinisch notwendige Sachkosten sonstigen Sachaufwand sowie alle Nebenkosten.

(3) Bei medizinischer Heilbehandlung durch Ehegatten, Lebensgefährten, Partner eingetragener Partnerschaften, Eltern, Kinder oder Geschwister des (Haupt)Versicherten werden nur die nachgewiesenen Sachkosten erstattet.

(4) Die Kosten der im Rahmen einer Heilbehandlung verordneten und aus einer Apotheke bezogenen Arzneimittel werden ersetzt.
Nicht erstattet werden die Kosten für Heil- und Mineralwässer, Medizinalweine, Nähr- und Stärkungsmittel, Nahrungsergänzungsmittel, geriatrische Mittel, Tonika, kosmetische Mittel und alle nicht in Österreich registrierten Heilmittel. Bei Heilmittelbezug im Rahmen einer Heilbehandlung im Ausland gelten hinsichtlich der Registrierung die jeweils örtlichen Vorschriften.

**B) Leistungen für ambulante Heilbehandlung**

(5) Der (Haupt)Versicherte hat freie Wahl unter den niedergelassenen, zur selbständigen Ausübung des ärztlichen Berufes zugelassenen Ärzten, Zahnärzten/Dentisten.
Der Versicherer leistet Kostenersatz für Leistungen die von Ärzten oder Zahnärzten/Dentisten in ihrer Ordination oder im Rahmen eines Hausbesuches (siehe unten Abs. 7) unmittelbar am (Haupt)Versicherten erbracht werden.

(6) Die Kosten der ärztlichen Hausbesuche werden nur dann vergütet, wenn der Zustand des (Haupt)Versicherten das Aufsuchen des Arztes nicht gestattet; ansonsten wird nur Kostenersatz für Ordinationen geleistet.

(7) Die Kosten für Fahrten des (Haupt)Versicherten zu einer ambulanten Heilbehandlung bzw. von dieser nach Hause werden nicht erstattet.

(8) Im Rahmen einer ärztlichen Heilbehandlung gemäß Abs. 5 besteht Versicherungsschutz auch für Kosten folgender, ärztlich verordneter Maßnahmen:
- diagnostische Untersuchungen (z.B. Labordiagnostik, bildgebende Diagnostik, Ultraschalluntersuchungen);
- besondere Heilbehandlungen (z.B. physikalische Heilbehandlung, Heilbäder),

wenn sie durch einen Arzt oder einen zur Heilbehandlung am Kranken Berechtigten durchgeführt wurden.

(9) Die Kosten ärztlich verordneter Heilbehelfe (Hilfsmittel) werden ersetzt. Als solche gelten Brillen, Kontaktlin-

sen, Bruchbänder, Gliederprothesen, Krücken, Rollstuhl (Miete/Leihgebühr), Hörapparate, orthopädische Korsette, orthopädische Schuhe, orthopädische Schuheinlagen und die orthopädische Ausstattung von Schuhen, Bandagen und Bauchmieder sowie Geräte zur Überwachung von Stoffwechselfunktionen und Steuerung der Medikamentenzufuhr.
Nicht ersetzt werden Kosten für alle zur Körper- und Krankenpflege dienenden Apparate und Behelfe (z.B. Inhalationsapparate, Irrigatoren, Milchpumpen, Mundduschen, Eisbeutel, Heizkissen, Fieberthermometer), Apparate und Behelfe zur Überwachung von Körperfunktionen (z.B. Blutdruckmessgeräte, Geräte zur Messung körperlicher Aktivität), Behelfe zur Korrektur von Zahn- und Kieferfehlstellungen.
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.
Die Kosten für Pflege und Wartung von Heilbehelfen sowie deren Betrieb werden nicht ersetzt.

**C) Leistungen für stationäre Heilbehandlung**

(10) Stationäre Heilbehandlung im Sinne dieser Versicherungsbedingungen ist eine Heilbehandlung gemäß § 1 Abs. 3 die im Rahmen eines medizinisch notwendigen stationären Aufenthaltes in Krankenanstalten erfolgt. Für diese Krankenanstalten gelten folgende Voraussetzungen:
- sanitätsbehördliche Genehmigung liegt vor,
- ständige ärztliche Anwesenheit ist gewährleistet,
- ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten sind vorhanden, und
- Krankengeschichten werden geführt.

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

Als medizinisch notwendig gilt ein stationärer Aufenthalt insbesondere nicht, wenn er lediglich im Mangel an häuslicher Pflege oder sonstigen persönlichen Verhältnissen des (Haupt)Versicherten begründet ist.
Stationäre Aufenthalte für Zahnbehandlung und Zahnersatz sowie zahn- und kieferchirurgische Eingriffe gelten nur dann als medizinisch notwendig, wenn eine ambulante Heilbehandlung aus medizinischen Gründen nicht möglich ist.

(11) In den nachstehend angeführten Krankenanstalten bzw. den entsprechenden Organisationseinheiten und Betriebsformen von Krankenanstalten aller Art besteht kein Versicherungsschutz:
- Kliniken und stationäre Einrichtungen für Alkohol-, Drogenabhängige und sonstige Suchtkranke;
- Sanitätseinrichtungen des Bundesheeres;
- Krankenabteilungen in Justizanstalten (Inquisitenspitälern);
- Anstalten für geistig abnorme Rechtsbrecher;
- Selbständige Ambulatorien (auch wenn die durchzuführende Untersuchung oder Behandlung eine kurzfristige Unterbringung erforderlich macht);
- Einrichtungen für Rehabilitation und neurologische Rehabilitation;
- Kuranstalten, Erholungs-, Diät- und Genesungsheime;
- Einrichtungen für Psychosomatik und seelische Gesundheit;
- Einrichtungen, die auf Geriatrie ausgerichtet sind;
- Einrichtungen in denen vornehmlich Maßnahmen der Palliativmedizin durchgeführt werden;
- Hospizeinrichtungen;
- Tages- und Nachtkliniken.

(12) Der Versicherer kann sich auf seine Leistungsfreiheit nach Abs. 11 nicht berufen, wenn die Dringlichkeit der stationären Heilbehandlung das Aufsuchen einer Krankenanstalt im Sinne des Abs. 10 nicht zulässt.

(13) Bei einem medizinisch notwendigen Transport in und aus einem Krankenhaus zu stationärer Heilbehandlung und bei einem notwendigen Heimtransport werden die Kosten für Krankenwagen, Bahn oder Autotaxi ersetzt.

## § 6
## Einschränkung des Versicherungsschutzes

(1) Vom Versicherungsschutz ausgenommen sind Heilbehandlungen, die vor Vertragsbeginn (siehe oben § 3) begonnen haben.

(2) Krankheiten und Unfallfolgen, die vor Vertragsbeginn entstanden sind, aber erst nach Vertragsbeginn zu einer Heilbehandlung 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 Anzeigeobliegenheit (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 Anzeigeobliegenheit vom Vertrag zurücktreten kann,
- in welchen Fällen dieses Rücktrittsrecht des Versicherers ausgeschlossen ist,
- in welchen Fällen der Versicherer trotzt Rücktritts zur Leistung verpflichtet bleibt und
- dass der Versicherer wegen arglistiger Täuschung über Gefahrumstände jedenfalls zur Vertragsanfechtung berechtigt ist.

(3) Kein Versicherungsschutz besteht für die
- Heilbehandlung von Krankheiten und Unfällen sowie deren Folgen, die aufgrund Alkohol-, Suchtgift- oder Medikamentenmissbrauchs eintreten oder verschlechtert werden oder deren Heilbehandlung infolge Alkohol-, Suchtgift- oder Medikamentenmissbrauchs erschwert ist;
- Entziehungsmaßnahmen und Entziehungskuren aufgrund von Suchterkrankungen;
- Unterbringung (Unterbringungsgesetz – UbG) wegen Selbst- oder Fremdgefährdung;
- Heilbehandlung von Krankheiten und Unfällen sowie deren Folgen, die durch aktive Beteiligung an Unruhen, durch schuldhafte Beteiligung an Schlägereien oder bei der Begehung einer gerichtlich strafbaren Handlung, die Vorsatz voraussetzt, entstehen;
- Heilbehandlung der Folgen von Selbstmordversuchen;
- Heilbehandlung von auf Vorsatz des Gruppenversicherungsnehmers oder des (Haupt)Versicherten beruhende Krankheiten und Unfälle, 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).
- Heilbehandlung von 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 Behandlungen durch bestimmte Ärzte oder Zahnärzte/Dentisten oder Angehörige anderer medizinischer Berufe bzw. in bestimmen Krankenanstalten bzw. in den entsprechenden Organisationseinheiten und Betriebsformen von Krankenanstalten aller Art vom Versicherungsschutz ausnehmen. Dies gilt für Behandlungen, die nach Zugang der Mitteilung über die Ausnahme bestimmter Behandler bzw. bestimmter Krankenanstalten vom Versicherungsschutz durchgeführt werden. Für laufende Versicherungsfälle besteht 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 Versicherungsleistung

(1) Die Auszahlung der Versicherungsleistung erfolgt nach Bekanntgabe der Polizzennummer aufgrund bezahlter Originalrechnungen oder Aufenthaltsbestätigungen. Diese Belege müssen den Vornamen und den Zunamen, das Geburtsdatum und die Anschrift der behandelten Person sowie die Bezeichnung der Krankheit und der erbrachten Leistung und die Daten der Behandlung enthalten.
Wurde der Anspruch bereits gegenüber einem anderen Versicherer geltend gemacht (siehe unten § 11), kön-

nen auch Zweitschriften samt der dazugehörigen Abrechnung oder detailierte Abrechnungen der anderen Versicherer vorgelegt werden.

(2) Der Versicherer darf vorbehaltlich der Bestimmungen des Abs. 6 den Überbringer von Belegen als zum Empfang der darauf entfallenden Versicherungsleistungen berechtigt ansehen.

(3) Die Belege gehen in das Eigentum des Versicherers über.

(4) Kosten für die Auslandsüberweisung von Versicherungsleistungen sind vom (Haupt)Versicherten zu tragen.

(5) 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.

(6) Die Ansprüche auf Versicherungsleistungen können ohne Zustimmung des Versicherers weder verpfändet noch abgetreten werden.

**§ 8**
**Ende des Versicherungsschutzes**

(1) Der Versicherungsschutz endet mit der Beendigung des Gruppenversicherungsvertrages. Dies gilt auch für bereits vorher eingetretene bzw. laufende Versicherungsfälle.

(2) Kündigt der Versicherer gemäß § 12, besteht Versicherungsschutz für alle vor Beendigung des Gruppenversicherungsvertrages eingetretenen Versicherungsfälle bis zum Ablauf des 1. Monats nach Beendigung des Gruppenversicherungsvertrages.

## PFLICHTEN DES GRUPPENVERSICHERUNGSNEHMERS, DES HAUPTVERSICHERTEN UND DES VERSICHERTEN

**§ 9**
**Prämien, 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 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.

(2) Die Voraussetzungen des Zahlungsverzugs und dessen Rechtsfolgen sind in den §§ 38, 39 und 39a VersVG geregelt (siehe Anhang).

**§ 10**
**Obliegenheiten**

**A) Obliegenheit vor Eintritt des Versicherungsfalles**

(1) Wurde für einen (Haupt)Versicherten bei einem anderen Versicherer ein Krankenversicherungsvertrag abgeschlossen, so ist der Versicherer vom weiteren Versicherungsvertrag unverzüglich zu unterrichten.

**Rechtsfolgen bei Nichtbeachtung dieser Vorschrift**

(2) Wird die in Abs. 1 angeführte Obliegenheit vorsätzlich verletzt, ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei.

(3) Wird die in Abs. 1 angeführte Obliegenheit 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**

(4) Nach Eintritt des Versicherungsfalles sind folgende Obliegenheiten einzuhalten:
a) 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 Umfanges 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 und
- des Gruppenversicherungsnehmers bzw. des (Haupt)Versicherten vom Versicherer geforderte Unterlagen diesem in deutscher oder englischer Sprache zur Verfügung zu stellen.

b) Der (Haupt)Versicherte hat im Krankheitsfall den von einem Arzt gegebenen Verhaltensregeln Folge zu leisten.

**Rechtsfolgen bei Nichtbeachtung dieser Vorschriften**

(5) Wird eine der in Abs. 4 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.

(6) Wird eine der Obliegenheiten in Abs. 4 mit einem anderen als dem in Abs. 5 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.

**§ 11**
**Ansprüche gegen Dritte**

(1) Bestehen für einen Versicherungsfall neben dem Anspruch gegen den Versicherer gleichartige Ansprüche gegenüber dritten Personen oder öffentlich rechtlichen oder privaten Versicherungsträgern, so gehen diese Ansprüche insoweit auf den Versicherer über, als dieser die Kosten ersetzt (§ 67 Abs. 1 VersVG, siehe unten Abs. 6). Der Anspruchsberechtigte ist verpflichtet, die Abtretung auf Verlangen dem Versicherer schriftlich zu bestätigen.

(2) Soweit der Anspruchsberechtigte von schadenersatzpflichtigen dritten Personen oder aufgrund anderer Versicherungsverträge schon Ersatz der ihm entstandenen Kosten erhalten hat, ist der Versicherer berechtigt, den Ersatz auf seine Leistungen anzurechnen.

(3) Die Absätze 1 und 2 gelten nicht für Leistungen, die auch ohne Kostennachweis gebühren.

(4) Die Verpflichtung des Versicherers zur Leistung von Kosten, deren teilweisen Ersatz der Anspruchsberechtigte von einem öffentlich rechtlichen Versicherungsträger fordern kann, tritt erst ein, wenn letzterer die ihm obliegenden Leistungen erbracht hat.

(5) Gibt der Anspruchsberechtigte 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 (§ 67 Abs. 1 VersVG, siehe unten Abs. 6).

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

**§ 67 Abs 1 VersVG:**
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.

## 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 mit-

versicherten 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 des Versicherers 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. 8) 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.

(6) Wird ein (Haupt)Versicherter in eine Pflegeanstalt für chronisch Kranke aufgenommen, so hat der Gruppenversicherungsnehmer das Recht, den Gruppenversicherungsvertrag hinsichtlich dieser Person zum Ende des Monats zu kündigen, in welchem er die Aufnahme in eine solche Anstalt nachweist.

(7) Verlegt ein (Haupt)Versicherter seinen gewöhnlichen Aufenthalt ins Ausland, hat der Gruppenversicherungsnehmer das Recht, den Gruppenversicherungsvertrag hinsichtlich dieser Person zum Ende des Monats zu kündigen, in welchem er die Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts ins Ausland nachweist.

(8) **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 Monates 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.

**§ 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 Voraussetzungen des Zahlungsverzugs und dessen Rechtsfolgen – siehe Anhang).
2. der Gruppenversicherungsnehmer oder ein (Haupt)Versicherter verletzen die vorvertragliche Anzeigeobliegenheit gemäß § 16 – 22 VersVG. Den vollständigen Inhalt dieser gesetzlichen Bestimmungen finden Sie im Anhang. Diese regeln
   - welche Umstände vor Vertragsabschluss anzuzeigen sind,
   - unter welchen Voraussetzungen der Versicherer bei Verletzung der vorvertraglichen Anzeigeobliegenheit vom Vertrag zurücktreten kann,
   - in welchen Fällen dieses Rücktrittsrecht des Versicherers ausgeschlossen ist,
   - in welchen Fällen der Versicherer trotzt 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. 4 Pkt. b). 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) Beim Tod eines (Haupt)Versicherten endet der Gruppenversicherungsvertrag hinsichtlich dieser Person; beim Tod eines Hauptversicherten, soweit der Gruppenversicherungsvertrag nichts anderes bestimmt, auch hinsichtlich der mitversicherten Familienangehörigen.
(3) Für (Haupt)Versicherte, die während der Vertragsdauer aus dem zu versichernden Personenkreis ausscheiden, endet der Gruppenversicherungsvertrag 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**
**Änderung der Prämie und des Versicherungsschutzes**

(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 Prämienerhöhung unter Bekanntgabe der erhöhten Prämie ausdrücklich nochmals hinweisen.

**Prämienänderung bei Altersgrenze**

(4) Hat ein versichertes Kind das 18. Lebensjahr vollendet, ist der Versicherer berechtigt, die Prämie mit dem folgenden Monatsersten auf denjenigen Betrag anzuheben, den der betreffende Tarif für Versicherte vorsieht, die mit diesem Alter in die Versicherung eintreten.

(5) Der Versicherer wird den Gruppenversicherungsnehmer von einer solchen Prämienanhebung unter Bekanntgabe der neuen Prämie mindestens zwei Wochen vor Wirksamkeit der Anhebung benachrichtigen. Der Gruppenversicherungsnehmer ist berechtigt, den Versicherungsvertrag hinsichtlich des Versicherten binnen sechs Wochen ab Erhalt der Benachrichtigung zum Wirksamkeitszeitpunkt der Prämienanhebung zu kündigen. Auf dieses Recht wird der Versicherer den Gruppenversicherungsnehmer in seiner Benachrichtigung in geschriebener Form ausdrücklich nochmals hinweisen.
Der Versicherer wird dem Gruppenversicherungsnehmer
- die Benachrichtigung samt neuer Prämie ankündigen und
- darstellen, welche Gestaltungsrechte er aufgrund der bevorstehenden Prämienanhebung hat.
Diese Ankündigung erfolgt in geschriebener Form spätestens 2 Monate vor Wirksamkeit der Prämienanhebung.

## § 18
## Gewinnbeteiligung / Prämienrückvergütung

Ein Tarif nimmt an einer Gewinnbeteiligung/Prämienrückvergütung teil, wenn er in den Ergänzenden Versicherungsbedingungen einem bestimmten Tarifabrechnungsverband zugeordnet ist.

**Verbände und Gewinnermittlung**

(1) **Verband A und B**
Tarife in den Verbänden A und B nehmen an einer erfolgsabhängigen Gewinnbeteiligung teil.
Der Gewinnrückstellung für die erfolgsabhängige Gewinnbeteiligung werden 85% des nach Maßgabe des Geschäftsplanes ermittelten Gewinnes zugewiesen. Für Tarife im Verband A wird die Gewinnbeteiligung in der Höhe von drei Monatsprämien garantiert (Prämienrückvergütung).

(2) **Verband C**
Der Gewinnrückstellung des Verbandes C werden mindestens 85% des nach Maßgabe des Geschäftsplanes ermittelten Gewinnes zugewiesen.

(3) **Verband E**
Tarife im Verband E nehmen an einer Prämienrückvergütung in der Höhe von drei Monatsprämien teil. Darüber hinaus besteht keine Gewinnberechtigung.

(4) **Verband H**
Tarife im Verband H nehmen an einer Prämienrückvergütung teil, deren vereinbarte Höhe in der Polizze beschrieben ist. Darüber hinaus besteht keine Gewinnberechtigung.

**Voraussetzungen für Gewinnbeteiligung / Prämienrückvergütung aus den Verbänden A, B und E**

(5) **Bestehen der Versicherung, Prämienzahlung**
Erstens sind nur diejenigen Versicherungen des Verbandes teilnahmeberechtigt, die während des gesamten abgelaufenen Kalenderjahres bestanden haben und für die die Prämien 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 / Prämienrückvergütung nach der niedrigsten Monatsprämie.
Ausgeschlossen sind die Versicherungen, bei denen im abgelaufenen Kalenderjahr durch Prämienzahlungsverzug Leistungsfreiheit des Versicherers eingetreten ist oder die in Form einer Anwartschaftsversicherung bestanden haben.

(6) **Auszahlung von Versicherungsleistungen**
Weiters ist Voraussetzung, dass für die ganze Dauer des letzten Kalenderjahres keine Leistungen vom Versicherer bezogen worden sind.
Bei Feststellung der Teilnahmeberechtigung an der Gewinnbeteiligung / Prämienrückvergütung gelten die Ver-

sicherungen von erwachsenen Personen als Einheit, d.h. diese Versicherungen sind nur dann teilnahmeberechtigt, wenn von keiner der erwachsenen Personen im abgelaufenen Kalenderjahr Versicherungsleistungen in Anspruch genommen worden sind.

(7) **Tarifabrechnungsverbände als Einheit**
Die Versicherungen in den Verbänden A und E einerseits sowie jene im Verband B andererseits gelten bei der Feststellung der Teilnahmeberechtigung an der Gewinnbeteiligung / Prämienrückvergütung als Einheit.
Dies gilt sowohl für den in Abs. 5 beschriebenen Bestand der Versicherung und der Prämienzahlung als auch für die in Abs. 6 geregelte Voraussetzung des Nichtbezugs von Leistungen.

(8) **Ausnahmen von der Teilnahmeberechtigung**
Versicherungen für Kinder (solange Kinderprämien bezahlt werden) und Vorsorgeversicherungen sind von der Teilnahme an der Gewinnbeteiligung / Prämienrückvergütung ausgenommen. Die für diese Versicherungen bezahlten Prämien sind nicht gewinnberechtigt, bezogene Leistungen haben keinen Einfluss auf die Teilnahmeberechtigung aus anderen Tarifen im selben Vertrag.

(9) **Verwendung und Zuteilung des Gewinns**
Der auf die einzelne Versicherung entfallende Gewinnanteil wird entsprechend dem Geschäftsplan ermittelt. Er muss stets ein ganzzahliges Vielfaches einer Monatsprämie betragen. Verbleibende Reste in der Gewinnrücklage der (Haupt)Versicherten werden auf das Folgejahr vorgetragen.

**Voraussetzungen für die Gewinnbeteiligung aus dem Verband C**

(10) **Bestehen der Versicherung, Prämienzahlung**
Anspruch auf Gewinnbeteiligung haben alle (Haupt)Versicherten, deren Versicherungen am Ende des Kalenderjahres mindestens 12 Monate bestanden haben und für die die Prämien des letztvergangenen ganzen Kalenderjahres voll und spätestens bis 15. Jänner des folgenden Kalenderjahres bezahlt worden sind.
Ausgeschlossen sind die Versicherungen, bei denen im abgelaufenen Geschäftsjahr durch Prämienzahlungsverzug Leistungsfreiheit des Versicherers eingetreten ist oder die in Form einer Anwartschaftsversicherung bestanden haben.

(11) **Gewinnanteil**
Der Abrechnung des Gewinnanteiles der einzelnen (Haupt)Versicherten wird das Verhältnis des zur Verteilung gelangenden Gesamtgewinnes zur Summe der von den gewinnberechtigten (Haupt)Versicherten für das abgelaufene Kalenderjahr zu entrichtenden Prämien zugrunde gelegt. Der Gewinnanteil des einzelnen (Haupt) Versicherten beträgt den nach Vorstehendem festgestellten, auf Ganze abgerundeten Hundertsatz der von ihm für das abgelaufene Kalenderjahr entrichteten Prämien.

**Voraussetzungen für die Prämienrückvergütung aus dem Verband H**

(12) **Bestehen der Versicherung, Prämienzahlung**

Erstens sind nur diejenigen Versicherungen des Verbandes teilnahmeberechtigt, die während des gesamten abgelaufenen Kalenderjahres bestanden haben und für die die Prämien voll gezahlt worden sind.

Bei Wechsel aus einem gleichartigen Tarif (z.B. zwischen Krankenhauskostentarifen mit Leistung für Krankheit und Unfall mit Anspruch auf garantierte Prämienrückvergütung) im selben Vertrag wird die Versicherungsdauer des bisher versicherten Tarifs auf die Laufzeit des neuen Tarifs in Verband H angerechnet. Anspruch auf Prämienrückvergütung in der vereinbarten Höhe des neuen Tarifes besteht, wenn die gleichartigen Tarife im selben Vertrag zusammen ein ganzes Kalenderjahr bestanden haben.

Ausgeschlossen sind die Versicherungen, bei denen im abgelaufenen Kalenderjahr durch Prämienzahlungsverzug Leistungsfreiheit des Versicherers eingetreten ist.

(13) **Auszahlung von Versicherungsleistungen**
Weiters ist Voraussetzung, dass für die ganze Dauer des letzten Kalenderjahres keine Leistungen vom Versicherer bezogen worden sind.

**Verrechnung der Gewinnbeteiligung / Prämienrückvergütung**

(14) Die Verrechnung der Gewinnbeteiligung / Prämienrückvergütung 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 / Prämienrückvergütung wird vom Versicherer auf die Prämien der Monate, die der Verrechnung folgen, in Anrechnung gebracht.

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

## ANHANG

**Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VersVG) auf die in den AVBKVG 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 schriftlich 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 der Hand schriftlicher, vom Versicherer 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 Monates 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 Monates nach der Kündigung oder, falls die Kündigung mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monates 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.

SAP 26005 12.22 DVR 0603589