ALLGEMEINE INFORMATIONEN (VERTRIEBSINFORMATIONEN) FÜR DEN ABSCHLUSS VON VERSICHERUNGEN AUF DER WEBSITE DER WIENER STÄDTISCHE VERSICHERUNG AG VIENNA INSURANCE GROUP (KURZ: WIENER STÄDTISCHE)

Version: 58KW116 (18.12)

Personenbezogene Bezeichnungen in diesem Dokument beziehen sich auf alle Geschlechter in gleicher Weise.

INHALTSVERZEICHNIS

1. Angaben zum Versicherer (Anbieter)
2. Geltungsbereich
3. Zustandekommen des Versicherungsvertrages (Vertragsabschluss)
4. Beginn des Versicherungsschutzes
5. Vorvertragliche Anzeigepflicht
6. Information zur Prämie
7. Vertragslaufzeit und Prämienzahlungsdauer
8. Zahlungsbedingungen
9. Belehrung über Rücktrittsrechte
10. Rücktrittswirkungen
11. Wesentliche Merkmale des Versicherungsschutzes
12. Gültigkeitsdauer der Produktinformationen
13. Vertragsgrundlagen, anwendbares Recht, Gerichtsstand
14. Beschwerdestellen
15. Sprache
16. Vertragsspeicherung

WIENER STÄDTISCHE Versicherung AG Vienna Insurance Group
1010 Wien, FN 333376i, HG Wien, ATU65254066
Creditor-ID: AT18ZZZ00000003104, IBAN: AT802011140310007618, BIC: GIBAATWW

1. Angaben zum Versicherer (Anbieter)

Name und Anschrift: WIENER STÄDTISCHE Versicherung AG Vienna Insurance Group, 1010 Wien, Schottenring 30
Rechtsform und Sitz: Aktiengesellschaft mit Sitz in Wien
24-Stunden-Telefon-Service: +43 (0)50 350 350
E-Mail: kundenservice@wienerstaedtische.at
Website: http://www.wienerstaedtische.at
Firmenbuchnummer: FN 333376i
Firmenbuchgericht: Handelsgericht Wien
Umsatzsteuer-Identifikations-Nummer: ATU 65254066
Hauptgeschäftstätigkeit: Die Wiener Städtische betreibt direkt und indirekt die Lebensversicherung einschließlich Zusatzversicherung, die Krankenversicherung, die Unfallversicherung sowie die Schadensversicherung (Sach- und Vermögensschadenversicherung) in den Versicherungszweigen, deren Betrieb ihr von der Versicherungsaufsichtsbehörde genehmigt ist, soweit der Betrieb durch die Aufsichtsbehörde genehmigt wurde.
Aufsichtsbehörde: Finanzmarktaufsicht (FMA), 1090 Wien, Otto-Wagner-Platz 5.

Die Wiener Städtische ist Mitglied der Wirtschaftskammer Österreich, der Landeskammern in allen Bundesländern und des Verbandes der Versicherungsunternehmen Österreichs. Als Versicherungsunternehmen unterliegt die Wiener Städtische den Bestimmungen des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG).

2. Geltungsbereich

Diese Informationen gelten für alle Versicherungsverträge, die Sie mit der Wiener Städtischen über die Website der Wiener Städtischen abschließen. Darüber hinaus gelten die für das jeweilige Versicherungsprodukt vorgesehenen Versicherungsbedingungen.

3. Zustandekommen des Versicherungsvertrages (Vertragsabschluss)

Auf der Website der Wiener Städtischen haben Sie die Möglichkeit, online einen Antrag auf Abschluss einer Versicherung zu stellen. Einfach das interaktiv erstellte Online-Formular vollständig und korrekt ausfüllen und abschicken. Die Antragstellung begründet noch keinen Versicherungsschutz. Sollte aufgrund Ihrer Angaben keine Antragstellung möglich sein, werden sie darüber unverzüglich auf der Website informiert. Nach erfolgreicher Antragstellung erhalten Sie von uns unverzüglich ein E-Mail mit der Bestätigung des Zugangs Ihres Antrages. Mit Zugang dieses E-Mails ist der Versicherungsantrag bei uns eingelangt und wird geprüft. Außerdem werden Ihnen die dem Versicherungsantrag zugrunde liegenden Versicherungsbedingungen und diese Allgemeinen Informationen als Pflichtdownload sowie per E-Mail zur Verfügung gestellt. Der Versicherungsvertrag kommt mit Zugang der Polizze oder einer gesonderten Annahmeerklärung des Versicherers zustande. Den Versicherungsvertrag (die Polizze) erhalten Sie ausschließlich in Papierform per Post. Die Versicherungsbedingungen werden Ihnen zusätzlich in Papierform mitgeschickt. Wenn Sie bereits in unserem losleben Portal registriert sind, dann erhalten Sie Ihren Versicherungsvertrag (Polizze) digital zugestellt. Wir empfehlen, diese Unterlagen gut aufzubewahren, da sie Daten zum Versicherungsvertrag enthalten, die im Versicherungsfall benötigt werden. Es wurden keine Nebenabreden getroffen. An diesen Antrag bleibt der Versicherungsnehmer sechs Wochen gebunden.

4. Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsvertrag kommt erst mit Zugang der Polizze oder einer gesonderten Annahmeerklärung des Versicherers zustande; vorher besteht kein Versicherungsschutz. Der Versicherungsschutz beginnt jedenfalls erst ab dem vereinbarten Versicherungsbeginn und nicht vor Ablauf der nach den Versicherungsbedingungen vorgesehenen Wartezeiten.

5. Vorvertragliche Anzeigepflicht

Der Versicherungsnehmer ist gemäß § 16 Versicherungsvertragsgesetz (VersVG) verpflichtet, Fragen nach gefahrenerheblichen Umständen, insbesondere die Gesundheitsfragen, richtig und vollständig zu beantworten. Unvollständige oder unrichtige Angaben hindern den Versicherer, die von ihm übernommene Gefahr richtig einzuschätzen. Bei schuldhafter Verletzung dieser Pflicht kann der Versicherer unter bestimmten Umständen vom Vertrag zurücktreten oder ihn anfechten und gegebenenfalls die Leistung verweigern.
Treten zwischen Antragstellung und Zustellung des Versicherungsvertrages (der Polizze) Änderungen in den gefahrerheblichen Umständen ein, ist der Versicherer davon unverzüglich zu verständigen.
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.

6. Information zur Prämie

Die Prämie finden Sie auf Ihrem online erstellten Versicherungsantrag. Die Prämien beinhalten die Versicherungssteuer und stellen eine Gesamtprämie dar. Sie gelten zum Zeitpunkt der Online-Antragstellung. Die Prämie ist in Euro angegeben. Für den Abschluss ist ein aufrechter Internetzugang erforderlich, der zusätzlich Kosten verursachen kann, die gegebenenfalls von Ihnen zu tragen sind. Sonst fallen keine Zusatzkosten an.

7. Vertragslaufzeit und Prämienzahlungsdauer

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem von Ihnen beantragten Versicherungsbeginn und endet mit Ablauf der beantragten Laufzeit.

Der Versicherungsvertrag wird auf unbestimmte Zeit abgeschlossen. Nach zweijähriger Vertragsdauer ist jede Vertragspartei berechtigt, den Vertrag zum Ende der Versicherungsperiode unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten zu kündigen. Das bedeutet eine Mindestlaufzeit des Versicherungsvertrages von drei Versicherungsjahren.
Näheres finden Sie in den Versicherungsbedingungen, welche dem jeweiligen Vertrag zugrunde liegen.
Die Prämienzahlungsdauer entspricht der vereinbarten Vertragslaufzeit.

8. Zahlungsbedingungen

Sie können die Zahlungsform Bankeinzug (SEPA-Lastschrift) wählen. Der Zahlbetrag wird je nach gewählter Zahlungsweise (monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich) von Ihrem angegebenen Konto eingezogen.

9. Belehrung über Rücktrittsrechte

9.1. Nach § 5c Versicherungsvertragsgesetz (VersVG)

a) Sie können von Ihrem Versicherungsvertrag innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in geschriebener Form (z. B. Brief, Fax, E-Mail) zurücktreten.

b) Die Rücktrittsfrist beginnt mit der Verständigung vom Zustandekommen des Versicherungsvertrages (= Zusendung der Polizze bzw. Versicherungsschein), jedoch nicht, bevor Sie den Versicherungsschein und die Versicherungsbedingungen einschließlich der Bestimmungen über die Prämienfestsetzung oder -änderung und diese Belehrung über das Rücktrittsrecht erhalten haben.

c) Die Rücktrittserklärung ist zu richten an: WIENER STÄDTISCHE Versicherung AG Vienna Insurance Group, Schottenring 30, Postfach 80, 1010 Wien, oder per E-Mail an kundenservice@wienerstaedtische.at oder per Fax an +43 (0) 50 350 99 20000. Zur Wahrung der Rücktrittsfrist reicht es aus, dass Sie die Rücktrittserklärung vor Ablauf der Rücktrittsfrist absenden. Die Erklärung ist auch wirksam, wenn sie in den Machtbereich Ihres Versicherungsvertreters gelangt.

d) Mit dem Rücktritt enden ein allfällig bereits gewährter Versicherungsschutz und Ihre künftigen Verpflichtungen aus dem Versicherungsvertrag. Hat der Versicherer bereits Deckung gewährt, so gebührt ihm eine der Deckungsdauer entsprechende Prämie. Wenn Sie bereits Prämien an den Versicherer geleistet haben, die über die Prämie hinausgehen, so hat sie Ihnen der Versicherer ohne Abzüge zurückzuzahlen.

e) Ihr Rücktrittsrecht erlischt spätestens einen Monat, nachdem Sie den Versicherungsschein einschließlich dieser Belehrung über das Rücktrittsrecht erhalten haben.

9.2. Nach § 8 Fern-Finanzdienstleistungs-Gesetz (FernFinG)

a) Wurde der Vertrag ausschließlich im Wege des Fernabsatzes (z. B. Telefon, Internet, E-Mail, SMS, Direct-Mail) abgeschlossen, kann ein Verbraucher vom Vertrag oder seiner Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen zurücktreten.

b) Die Rücktrittsfrist beginnt mit dem Tag des Vertragsabschlusses. Hat aber der Verbraucher die Vertragsbedingungen und Vertriebsinformationen erst nach Vertragsabschluss erhalten, so beginnt die Rücktrittsfrist mit dem Erhalt aller dieser Bedingungen und Informationen.

c) Die Frist ist jedenfalls gewahrt, wenn der Rücktritt schriftlich oder auf einem anderen, dem Empfänger zur Verfügung stehenden und zugänglichen dauerhaften Datenträger erklärt und diese Erklärung vor dem Ablauf der Frist abgesendet wird.

d) Das Rücktrittsrecht besteht nicht bei kurzfristigen Versicherungen mit einer Laufzeit von weniger als einem Monat.

10. Rücktrittswirkungen

Tritt der Verbraucher vom Vertrag zurück, so hat

10.1. der Unternehmer dem Verbraucher unverzüglich, spätestens aber binnen 30 Tagen ab Erhalt der Rücktrittserklärung, jeden Betrag, den er von diesem vertragsgemäß erhalten hat, zu erstatten;

10.2. der Verbraucher unverzüglich, spätestens aber innerhalb von 30 Tagen ab Absendung der Rücktrittserklärung, dem Unternehmer von diesem erhaltene Geldbeträge und Gegenstände zurückzugeben.

Der Rücktritt ist zu richten an:
WIENER STÄDTISCHE Versicherung AG
Vienna Insurance Group
1010 Wien, Schottenring 30
E-Mail: kundenservice@wienerstaedtische.at

Die Rücktrittsfrist ist jedenfalls gewahrt, wenn der Rücktritt schriftlich (z. B. per unterschriebenen Brief) oder auf einem anderen uns zur Verfügung stehenden und zugänglichen dauerhaften Datenträger oder in geschriebener Form (z. B. per E-Mail) erklärt wird und diese Erklärung vor Ablauf der Frist abgesendet wird.

11. Wesentliche Merkmale des Versicherungsschutzes

Eine Leistungsbeschreibung über das von Ihnen gewählte Versicherungsprodukt ist dem Versicherungsvertrag (der Polizze) und den Versicherungsbedingungen zu entnehmen. Im Versicherungsfall werden Leistungen der Wiener Städtischen mit Beendigung der Erhebungen fällig, die zur Feststellung der Leistungen notwendig sind.

12. Gültigkeitsdauer der Produktinformationen

Produktinformationen bleiben so lange gültig, wie sie auf der Website der Wiener Städtischen eingesehen werden können.

13. Vertragsgrundlagen, anwendbares Recht, Gerichtsstand

Für den Vertragsinhalt sind der Antrag, die Versicherungsbedingungen sowie diese Allgemeinen Informationen maßgebend. Für die gesamte vorvertragliche und vertragliche Rechtsbeziehung gilt österreichisches Recht. Für etwaige Rechtsstreitigkeiten aus dem Rechtsverhältnis stehen Ihnen die gesetzlichen Gerichtsstände zur Verfügung.

14. Beschwerdestellen

Bei Beschwerden wenden Sie sich bitte an die Serviceline +43 (0)50 350 350 oder kundenservice@wienerstaedtische.at oder an Beschwerdestelle beim Bundesminister für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Stubenring 1, 1010 Wien, versicherungsbeschwerde@sozialministerium.at.
Die Möglichkeit den Rechtsweg zu bestreiten, bleibt davon unberührt. Im Falle von Streitigkeiten können Sie sich an die Verbraucherschlichtungsstelle www.verbraucherschlichtung.at wenden. Die Teilnahme an einem Schlichtungsverfahren ist freiwillig.
Die Europäische Kommission stellt eine Plattform zur Online-Streitbeilegung (OS) bereit, die Sie hier finden ec.europa.eu/consumers/odr/
Verbraucher haben die Möglichkeit, diese Plattform für die Beilegung ihrer Streitigkeiten zu nutzen.

15. Sprache

Die in der gesamten Geschäftsbeziehung angewendete Sprache ist Deutsch.

16. Vertragsspeicherung

Ihre Vertragsdaten werden von uns elektronisch gespeichert, jedoch nicht in einer Weise, die Ihnen den Zugriff darauf ermöglichen würde.

ALLGEMEINE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN FÜR DIE KRANKENHAUS-TAGGELD-VERSICHERUNG BZW. SONDERKLASSE-VERSICHERUNG MIT WERTANPASSUNG NACH TARIF WWHE (VERSICHERUNGSSCHUTZ FÜR UNMITTELBARE FOLGEN VON FAHRZEUGUNFÄLLEN)

Version: 53KKWHE (06.2024)

Personenbezogene Bezeichnungen in diesem Dokument beziehen sich auf alle Geschlechter in gleicher Weise. Versicherungsnehmer ist die Person, die mit der WIENER STÄDTISCHE Versicherung AG Vienna Insurance Group den Versicherungsvertrag abschließt. Versicherte Personen sind jene Personen, deren Krankenhausaufenthalte versichert sind. Versicherer ist die WIENER STÄDTISCHE Versicherung AG Vienna Insurance Group.

1. **Was ist versichert?**

1.1. Versichert sind stationäre Aufenthalte und auch ambulante Operationen zum Zweck der medizinisch notwendigen Heilbehandlung der versicherten Person wegen unmittelbarer Folgen von Unfällen, die durch einen Zusammenstoß mit einem Fahrzeug gemäß Abs. 2 bzw. durch einen Aufprall eines Fahrzeugs gemäß Abs. 2 entstehen. Als unmittelbare Unfallfolgen gelten solche Unfallfolgen, die im Augenblick des Unfalls entstehen und vom Arzt innerhalb von 2 Jahren nach dem Unfall behandelt werden. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung, er endet, wenn nach medizinischem Befund die Notwendigkeit der Heilbehandlung nicht mehr besteht. Heilbehandlung ist eine medizinische Behandlung, die nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft geeignet erscheint, die Gesundheit wieder herzustellen, den Zustand zu bessern oder eine Verschlechterung zu verhindern.

1.2. Als versicherte Fahrzeuge im Sinne dieser Versicherungsbedingungen gelten:

- zur Verwendung auf Straßen bestimmte Kraftfahrzeuge,
- Fahrräder,
- schienengebundene Bahnen (nicht aber Seil-, Zahnrad-, Hochschaubahnen etc.) und Straßenbahnen,
- motorisierte Luft- und Wasserfahrzeuge.

Kein Versicherungsschutz besteht bei der Benützung folgender Fahrzeuge bzw. Geräte:

- vorwiegend zur Verwendung außerhalb der Fahrbahn bestimmte Fahrzeuge,
- fahrzeugähnliche Kinderspielzeuge (etwa Kinderfahrräder mit einem äußeren Felgendurchmesser von höchstens 300 mm und einer erreichbaren Fahrgeschwindigkeit von höchstens 5 km/h),
- Wintersportgeräte,
- Trendsportgeräte (wie etwa Inline-Skates, Microscooter, Skateboards, Snakeboards u. ä.),
- Arbeitsmaschinen.

1.3. Unfall ist ein vom Willen der versicherten Person unabhängiges Ereignis, das plötzlich von außen mechanisch oder chemisch auf den Körper einwirkt und eine körperliche Schädigung nach sich zieht.

1.4. Krankheiten gelten nicht als Unfälle, übertragbare Krankheiten auch nicht als Unfallfolgen. Haben Krankheiten oder Gebrechen, die schon vor dem Unfall bestanden haben, die Unfallfolgen beeinflusst, ist die Leistung entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens zu kürzen, sofern dieser Anteil mindestens 25 % beträgt.

1.5. Als Versicherungsfälle gelten auch von einem Sozialversicherungsträger bewilligte Aufenthalte in Sonderkrankenanstalten zwecks Rehabilitation nach Unfällen. Der Unterbringung durch die Sozialversicherung gleichzustellen ist die Gewährung eines täglichen Zuschusses für einen Aufenthalt in einer derartigen Sonderkrankenanstalt.

1.6. Versichert sind auch:

- Kosmetische Behandlungen und Operationen, soweit diese Maßnahmen stationär vorgenommen werden müssen und der Beseitigung von unmittelbaren Unfallfolgen dienen.
- Zahnimplantationen sowie die damit in ursächlichem Zusammenhang stehenden Maßnahmen und Folgen, wenn sie der Beseitigung von unmittelbaren Unfallfolgen dienen.

2. **Was wird vom Versicherer geleistet?**

2.1. Die aus Ihrem Versicherungsschein ersichtliche Taggeldsumme wird von uns für jeden Tag einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung wegen unmittelbarer Unfallfolgen gemäß Punkt 1. ausgezahlt. Für mitversicherte Kinder vor Vollendung des 18. Lebensjahres werden generell 50 % der jeweils für Erwachsene vorgesehenen Barleistungen ausgezahlt.

2.2. Wahlweise können Sie von uns an Stelle der Taggeldauszahlung auch den Ersatz der Aufzahlungskosten für die Sonderklasse-Zweibettzimmer für die medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung der versicherten Person wegen unmittelbarer Unfallfolgen bis zu den in der Ihrem Versicherungsschein beiliegenden Leistungsübersicht angeführten Beträgen für versicherte Heilbehandlungen in Österreich sowie in allen öffentlichen Krankenhäusern aller Staaten Europas verlangen; in privaten Spitälern erbringen wir jene Leistung, die wir für die entsprechende Behandlung mit einem Wiener Vertragskrankenhaus vereinbart haben.

2.3. Im Übrigen werden im Versicherungsfall Leistungen bis zu den Beträgen erbracht, die sich aus der Ihrem Versicherungsschein beiliegenden Leistungsübersicht ergeben. Für die Einstufung von Operationen ist das jeweilige mit der Ärztekammer Wien zuletzt vereinbarte Operationsgruppenverzeichnis maßgebend. Dieses wird dem Versicherungsnehmer auf Verlangen ausgehändigt. Bei Mehrfachoperationen wird die höchste Operationsgruppe abgegolten. Dies gilt auch für ambulante Operationen. 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. Damit verbundene Sachkosten, wie zum Beispiel Kosten von Körperersatzstücken, Implantaten und sonstigen therapeutischen Behelfen wie insbesondere Apparaturen, die Organe ersetzen oder in ihrer Funktion unterstützen, werden nicht gesondert ersetzt.

2.4. Besteht Anspruch auf gleichartigen Kostenersatz aus einem anderen, bei welchem Versicherer auch immer bestehenden Versicherungsvertrag, aus der Sozialversicherung oder gegenüber sonstigen Dritten, sind wir berechtigt, diesen Ersatz auf unsere Leistungen anzurechnen. Sie sind verpflichtet, uns diese Ansprüche abzutreten, insoweit wir Kostenersatz geleistet haben.

2.5. Bei Behandlung durch Ehegatten, Lebensgefährten, Partner eingetragener Partnerschaften, Eltern oder Kinder, Stiefeltern oder Stiefkinder sowie Schwiegereltern oder Schwiegerkinder des Versicherten werden nur die nachgewiesenen Sachkosten erstattet.

2.6. Die versicherte Person hat die zumutbaren Vorgaben des Versicherers hinsichtlich der Leistungsverrechnung (insbesonders die Zustimmung zur Abwicklung über einen Assisteur des Versicherers etc.) zu beachten.

3. Wer kann nach diesem Tarif versichert werden?

Versichert können nur Personen werden, die jünger als 70 Jahre sind, und ihren ordentlichen Wohnsitz in Österreich haben, sofern nicht eine andere Vereinbarung getroffen wird.

4. Was ist bei der Antragstellung zu beachten?

4.1. Als Versicherungsnehmer stellen Sie einen Antrag auf Abschluss der Versicherung in geschriebener Form. An diesen Antrag sind Sie sechs Wochen lang gebunden.

4.2. Vertragsgrundlagen sind Ihr Versicherungsantrag, der Versicherungsschein, die Leistungsübersichten und die Versicherungsbedingungen. Soweit nichts Abweichendes vereinbart ist, gilt österreichisches Recht, insbesondere das Versicherungsvertragsgesetz.

5. Wann beginnt der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz beginnt mit Abschluss des Versicherungsvertrags, jedoch nicht vor Bezahlung der ersten Prämie 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 mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt.

6. Für welche Krankenanstalten besteht Versicherungsschutz?

6.1. Stationäre Heilbehandlung im Sinne dieser Versicherungsbedingungen ist eine Heilbehandlung im Rahmen eines medizinisch notwendigen stationären Aufenthalts in sanitätsbehördlich genehmigten Krankenanstalten oder Abteilungen von Krankenanstalten, sofern diese ständige ärztliche Anwesenheit vorsehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen, nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft arbeiten, nicht auf die Anwendung bestimmter Behandlungsmethoden ausgerichtet sind sowie Krankengeschichten führen. Als stationär gilt ein Aufenthalt nur, wenn die Art der Heilbehandlung einen Aufenthalt von mindestens 24 Stunden erfordert. Als medizinisch notwendig gilt ein stationärer Aufenthalt insbesondere nicht, wenn er lediglich im Mangel an häuslicher Pflege oder sonstigen persönlichen Verhältnissen der versicherten Person begründet ist oder die Behandlung ambulant erfolgen kann.

6.2. In den nachstehend angeführten Krankenanstalten bzw. den entsprechenden Organisationseinheiten und Betriebsformen von Krankenanstalten aller Art werden Leistungen nur insoweit erbracht, als ein operativer Eingriff vorgenommen wird:

- die nicht nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft arbeiten;
- in denen neben stationärer Heilbehandlung auch Rehabilitationsmaßnahmen oder Kurbehandlungen durchgeführt werden;
- in denen Langzeitbehandlungen (durchschnittliche Behandlungsdauer von mehr als 28 Tagen) durchgeführt werden.

6.3. In den nachstehend angeführten Krankenanstalten bzw. den entsprechenden Organisationseinheiten und Betriebsformen von Krankenanstalten aller Art besteht kein Versicherungsschutz:

- für psychische Erkrankungen bzw. für psychosomatische Behandlungen oder in Zentren für seelische Gesundheit;
- Geriatrie;
- Hospizeinrichtungen;
- in denen vornehmlich Maßnahmen der Palliativmedizin durchgeführt werden;
- für Alkohol- und Drogenabhängige;

- für geistig abnorme Rechtsbrecher;
- zur Pflege wegen Alters oder mangels häuslicher Pflege;

sowie in

- Sanitätseinrichtungen des Bundesheers;
- Krankenabteilungen in Justizanstalten (Inquisitenspitälern)
- selbstständigen Ambulatorien (auch wenn die durchzuführende Untersuchung oder Behandlung eine kurzfristige Unterbringung erforderlich macht);
- Tag- und Nachtkliniken.

7. **Mit welchen Einschränkungen des Versicherungsschutzes müssen Sie rechnen?**

7.1. Für Unfälle, die vor Versicherungsbeginn entstanden sind (= Vorunfälle), besteht kein Versicherungsschutz, auch nicht für später eintretende Folgen dieser Unfälle.

7.2. Kein Versicherungsschutz besteht für die Heilbehandlung

- von der versicherten Person (mit)verschuldeten Unfällen, bei denen der versicherten Person über 0,5 Promille Alkoholgehalt im Blut nachgewiesen werden;
- von auf Vorsatz der versicherten Person beruhenden Unfällen;
- von Folgen von Selbstmordversuchen;
- von Unfällen sowie deren Folgen, die durch Kriegsereignisse jeder Art, einschließlich Neutralitätsverletzungen, entstehen;
- von Unfällen, die sich bei Beteiligung an motorsportlichen Wettbewerben (auch Wertungsfahrten und Rallyes) und den dazugehörenden Trainingsfahrten ereignen;
- von Unfällen, die sich bei der Teilnahme an Bundes- oder internationalen sportlichen Wettbewerben sowie am offiziellen Training für diese Veranstaltungen ereignen.

7.3. Es besteht – unbeschadet der übrigen Vertragsbestimmungen – Versicherungsschutz nur, soweit und solange dem keine auf die Vertragsparteien direkt anwendbaren Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Europäischen Union oder der Republik Österreich entgegenstehen. Dies gilt auch für Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos, die durch die Vereinigten Staaten von Amerika oder andere Länder erlassen werden, soweit dem nicht europäische oder österreichische Rechtsvorschriften entgegenstehen.

8. **Was gilt für Auszahlung der Versicherungsleistungen?**

8.1. Die Versicherungsleistung wird mit Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalls und des Umfangs der Leistung des Versicherers nötigen Erhebungen erbracht.

8.2. Die Versicherungsleistung ist mit Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalls und des Umfangs der Leistung nötigen Erhebungen fällig. Die Fälligkeit tritt jedoch unabhängig davon ein, wenn Sie nach Ablauf von zwei Monaten seit Anmeldung des Versicherungsfalls eine Erklärung verlangen, aus welchen Gründen die Erhebungen noch nicht beendet werden konnten, und wir diesem Verlangen nicht binnen eines Monats entsprechen.

8.3. Wir dürfen den jeweiligen Überbringer von Belegen als zum Empfang der darauf entfallenden Versicherungsleistungen berechtigt ansehen.

8.4. Die Ansprüche auf Versicherungsleistungen können ohne unsere Zustimmung weder verpfändet noch abgetreten werden. Sie können gegen Forderungen von uns nur aufrechnen, wenn Ihre Gegenforderungen gerichtlich festgestellt oder von uns anerkannt worden sind.

8.5. Die Ansprüche auf die Versicherungsleistungen verjähren in drei Jahren. Ist ein Anspruch bei uns angemeldet worden, so ist die Verjährung bis zum Einlangen einer Entscheidung in geschriebener Form von uns 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.

9. **Kann Ruhen des Versicherungsschutzes vereinbart werden?**

9.1. Sie können in begründeten Fällen für einen im Voraus bestimmten Zeitraum von nicht mehr als zwölf Monaten das Ruhen der Rechte und Pflichten aus dem Versicherungsvertrag beantragen.

9.2. Für Versicherungsfälle, die während des Ruhens des Versicherungsvertrags eingetreten sind, besteht kein Versicherungsschutz. Für die Fortsetzung der Heilbehandlung nach Ende des Ruhens besteht Versicherungsschutz ab dem Ende des Ruhens. Für die Zeit des Ruhens ist von Ihnen ein Anerkennungsbeitrag im Ausmaß von 10 % der Prämie im Voraus für die vereinbarte Dauer des Ruhens zu entrichten. Eine Wiederinkraftsetzung der Versicherung vor Ablauf der vereinbarten Frist können wir von einer Gesundheitsprüfung abhängig machen.

10. **Wann endet der Versicherungsschutz?**

Der Versicherungsschutz endet mit der Beendigung des Versicherungsvertrags. Dies gilt auch für bereits vorher eingetretene und noch nicht abgeschlossene Versicherungsfälle.

11. **Wie berechnet sich die Prämie?**

11.1. Die Prämie ist eine Monatsprämie und am 1. eines jeden Monats fällig. Die erste Prämie ist spätestens bei Aushändigung des Versicherungsscheins fällig.

11.2. Hat ein Kind das 18. Lebensjahr vollendet, sind ab dem nächstfolgenden Monatsersten die Prämien zu bezahlen, den der betreffende Tarif für Versicherte vorsieht, die mit diesem Alter in die Versicherung eintreten.
Der Versicherungsnehmer erhält 3 Wochen vor der diesbezüglichen Prämienumstellung die neue Polizze mit der Erwachsenenprämie. Er hat das Recht, innerhalb von 2 Wochen nach Erhalt dieser Polizze den Versicherungsvertrag für das

von der Prämienerhöhung betroffene Kind zum Umstellungszeitpunkt zu kündigen.

11.3. Sind mehr als drei Geschwister unter 18 Jahren unter einem Versicherungsschein mitversichert, ist dennoch die Prämie nur für drei Kinder zu entrichten.

11.4. Die Prämien sind für uns kostenfrei zu entrichten.

11.5. Für allfällige durch den Versicherungsnehmer veranlasste Mehraufwendungen können Gebühren verrechnet werden.

12. Was geschieht, wenn Sie eine Prämie nicht rechtzeitig bezahlen?

12.1. Wenn Sie die erste Prämie nicht innerhalb von 14 Tagen nach der Zustellung des Versicherungsscheins und nach der Aufforderung zur Prämienzahlung bezahlen, sind wir leistungsfrei, es sei denn, dass Sie an der rechtzeitigen Zahlung ohne Verschulden verhindert waren. Wir können außerdem vom Versicherungsvertrag zurücktreten.

12.2. Wenn Sie eine Folgeprämie nicht rechtzeitig bezahlen, so erhalten Sie eine schriftliche Mahnung. Bezahlen Sie den Rückstand nicht innerhalb der in der Mahnung gesetzten Frist von zwei Wochen, können wir den Versicherungsvertrag zum Ablauf der Frist kündigen. Außerdem entfällt Ihr Versicherungsschutz, es sei denn, dass Sie an der rechtzeitigen Zahlung ohne Verschulden verhindert waren.

12.3. Eingehende Prämienzahlungen werden auf die älteste Prämienschuld angerechnet.

13. Welche Bedeutung haben Ihre Antworten bzw. Aussagen im Versicherungsantrag?

13.1. Wir übernehmen den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, dass Sie alle mit dem Antrag verbundenen Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten bzw. dass Ihre Auskünfte richtig sind.

13.2. Wenn eine andere Person versichert oder mitversichert werden soll, ist auch diese für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung und für die Richtigkeit dieser Auskünfte verantwortlich.

13.3. Sie und die versicherten Personen haben bei der Antragstellung und zwischen Antragstellung und Zustellung (Aushändigung) des Versicherungsscheins alle erheblichen Gefahrumstände anzuzeigen. Jeder Gefahrumstand, nach dem wir ausdrücklich und genau umschrieben in schriftlicher geschriebener Form gefragt haben, gilt im Zweifel als erheblich.

13.4. Werden Fragen schuldhaft unrichtig oder unvollständig beantwortet bzw. falsche Auskünfte erteilt, können wir innerhalb der ersten drei Jahre nach Abschluss oder Änderung des Versicherungsvertrags vom Versicherungsvertrag zurücktreten. Das Gleiche gilt, wenn die Anzeige eines erheblichen Gefahrumstandes deshalb unterblieben ist, weil Sie sich der Kenntnis des Umstandes arglistig entzogen haben. Wir werden den Rücktritt innerhalb eines Monats ab Kenntnis von der Unrichtigkeit oder Unvollständigkeit der Angaben erklären. Der Rücktritt ist ausgeschlossen, wenn wir den nicht (vollständig) oder unrichtig angezeigten Umstand kannten. Er ist auch ausgeschlossen, wenn die Verletzung der Anzeigepflicht ohne Ihr Verschulden unterblieben ist; haben Sie jedoch einen Umstand nicht angezeigt, nach dem wir nicht ausdrücklich und genau umschrieben gefragt haben, so können wir vom Versicherungsvertrag nur dann zurücktreten, wenn die Anzeige vorsätzlich oder grob fahrlässig unterblieben ist.
Hatten Sie die Gefahrumstände an Hand von uns in geschriebener Form gestellter Fragen anzuzeigen, so können wir 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 in Betracht. Sie können sich darauf, dass die Anzeige eines erheblichen Umstandes ohne Verschulden unterblieben oder unrichtig gemacht ist, nur berufen, wenn weder dem Vertreter noch Ihnen selbst ein Verschulden zur Last fällt.
Diese Bestimmungen gelten sinngemäß auch für sonstige versicherte Personen.

13.5. Bei arglistiger Täuschung können wir den Versicherungsvertrag anfechten.

13.6. Wenn wir vom Versicherungsvertrag zurücktreten, bleiben wir für einen bereits eingetretenen Versicherungsfall leistungspflichtig, soweit der Umstand, in Ansehung dessen die Anzeigepflicht verletzt wurde, keinen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalls oder auf den Umfang unserer Leistung gehabt hat. Der Versicherungsschutz erstreckt sich jedoch keinesfalls über den Zeitpunkt des Rücktritts. Wir können die Rückzahlung der Leistungen verlangen, die sich auf Tatsachen beziehen, die zum Rücktritt geführt haben.

13.7. Treffen die Voraussetzungen für den Rücktritt nur auf einzelne versicherte Personen zu, so kann er auf diese beschränkt werden. Sie haben in diesem Fall das Recht, innerhalb eines Monats nach Erhalt der Rücktrittserklärung den Versicherungsvertrag mit sofortiger Wirkung zur Gänze zu kündigen.

13.8. Bei schuldloser Verletzung der Anzeigepflicht können wir, wenn unser Geschäftsplan bei Vorliegen der uns unbekannt gebliebenen Gefahrumstände eine höhere Prämie vorsieht, von Beginn des laufenden Versicherungsjahres an die entsprechend höhere Prämie verlangen. Ist der unbekannt gebliebene Gefahrumstand nach unserem Geschäftsplan auch gegen eine höhere Prämie nicht versicherbar, können wir den Versicherungsvertrag kündigen.
Das Gleiche gilt, wenn uns beim Abschluss des Versicherungsvertrages ein für die Übernahme der Gefahr erheblicher Umstand nicht angezeigt worden ist, weil er Ihnen nicht bekannt war. Wird die höhere Gefahr nach den für unseren Geschäftsbetrieb maßgebenden Grundsätzen auch gegen eine höhere Prämie nicht übernommen, so können wir 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 wir von der Verletzung der Anzeigepflicht oder von dem nicht angezeigten Umstand Kenntnis erlangt haben. Das Gleiche gilt für das Kündigungsrecht, wenn es nicht innerhalb des bezeichneten Zeitraums ausgeübt wird.

13.9. Wir können aus der fahrlässigen Verletzung einer vereinbarten Obliegenheit Rechte nur ableiten, wenn Ihnen vorher die Versicherungsbedingungen oder eine andere Urkunde zugegangen sind, in der die Obliegenheit mitgeteilt wird.

14. Welche sonstigen Auskunftspflichten sind von Ihnen zu erfüllen?

14.1. Sie und die versicherten Personen haben uns auf Verlangen jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder des Umfangs der Versicherungsleistung erforderlich ist.
Dies umfasst auch die Verpflichtung

- sich auf Verlangen durch einen von uns beauftragten Arzt untersuchen zu lassen,
- von uns geforderte Unterlagen zur Verfügung zu stellen, sowie - falls dies nicht bereits im Antrag erfolgt ist - Dritte (z. B. Ärzte, Versicherungseinrichtungen, Behörden) von ihrer ärztlichen oder sonstigen Schweigepflicht zu entbinden.

14.2. Wird für eine versicherte Person bei einem anderen Versicherer ein Krankenversicherungsvertrag abgeschlossen, so sind wir vom weiteren Versicherungsvertrag unverzüglich zu unterrichten.

14.3. Verletzt der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person die Auskunftspflicht des Punktes 14.1., so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei. Dies gilt jedoch nicht, 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 Versicherungsfalls noch auf die Feststellung oder den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung Einfluss gehabt hat. Punkt 13.9. gilt sinngemäß.

14.4. Wird die in Punkt 14.2. genannte Informationspflicht verletzt, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Erbringung von Summenleistungen, wie z. B. Krankenhaus-Tagegeld, Krankenhaus-Ersatztagegeld, Krankengeld oder Kurzuschüssen frei. Der Versicherer kann überdies den Versicherungsvertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Obliegenheitsverletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen. Kündigt der Versicherer innerhalb eines Monats nicht, so kann er sich auf die Leistungsfreiheit nicht berufen. Leistungsfreiheit und Kündigungsrecht bestehen nicht, wenn die Verletzung als eine unverschuldete anzusehen ist. Punkt 13.9. gilt sinngemäß.

15. Wann können Sie den Versicherungsvertrag kündigen?

15.1. Der Versicherungsvertrag wird auf unbestimmte Zeit abgeschlossen. Sie haben das Recht, den Versicherungsvertrag zum Ende eines jeden Versicherungsjahrs, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer, mit einer Frist von drei Monaten zu kündigen.

15.2. Das Versicherungsjahr richtet sich nach dem ursprünglichen Versicherungsbeginn.

15.3. Die Kündigung muss schriftlich erfolgen.

15.4. Wenn Sie den Versicherungsvertrag hinsichtlich einzelner Personen kündigen, haben wir das Recht, innerhalb einer Frist von einem Monat den Versicherungsvertrag hinsichtlich der übrigen Personen zum gleichen Termin zu kündigen. Der Versicherungsnehmer hat innerhalb eines Monats nach Gegenkündigung durch den Versicherer das Recht, die ursprünglich angesprochene Kündigung zurückzuziehen.

16. Wann kann der Versicherer den Versicherungsvertrag sonst noch einseitig beenden bzw. was ist die Folge, wenn Sie im Versicherungsfall unrichtige Angaben machen oder sich nicht an ärztliche Verhaltensmaßregeln halten?

16.1. Der Versicherer hat nur in folgenden Fällen das Recht, den Versicherungsvertrag einseitig zu beenden:

- Prämienzahlungsverzug gemäß Punkte 12.1. und 12.2.
- Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht gemäß Punkt 13.
- Verletzung von Obliegenheiten gemäß Punkt 14.
- in Folge der Kündigung durch den Versicherungsnehmer gemäß Punkt 15.4.
- schuldhaftes Verhalten des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person gemäß dem nachfolgenden Punkt 16.2.

Werden Prämien gemäß Punkt 13.8. erhöht, hat der Versicherungsnehmer das Recht, den Versicherungsvertrag hinsichtlich der betroffenen Personen innerhalb eines Monats vom Zugang der Mitteilung über die Änderung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung zu kündigen.

16.2. Wenn Sie oder eine versicherte Person durch wissentlich falsche Angaben, insbesondere durch Vortäuschung einer Krankheit, Versicherungsleistungen erschleichen oder zu erschleichen versuchen oder bei einer solchen Handlung mitwirken, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei und haben das Recht, den Versicherungsvertrag zur Gänze oder nur hinsichtlich der betroffenen Person innerhalb eines Monats, nachdem wir von der Verletzung Kenntnis erlangt haben, ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist zu kündigen. Das Gleiche gilt, wenn Sie bzw. eine versicherte Person im Krankheitsfall den vom Arzt oder von uns gegebenen zumutbaren Verhaltensmaßregeln vorsätzlich oder grob fahrlässig nicht Folge leisten. 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 Versicherungsfalls gehabt hat. Punkt 13.9. gilt sinngemäß.

16.3. Kündigen wir den Versicherungsvertrag hinsichtlich einzelner Personen, haben Sie das Recht, den Versicherungsvertrag hinsichtlich der übrigen Personen innerhalb einer Frist von einem Monat zum gleichen Termin zu kündigen.

17. Aus welchen sonstigen Gründen endet der Versicherungsvertrag? Kann der Versicherungsvertrag fortgeführt werden? Welche Prämie ist für die Fortführung zu zahlen?

17.1. Der Versicherungsvertrag endet mit Ihrem Tod. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, den Versicherungsvertrag unter Benennung eines künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach Ihrem Tod abzugeben.

17.2. Mit dem Tod einer versicherten Person endet der Versicherungsvertrag hinsichtlich dieser Person.

17.3. Der Versicherungsvertrag endet ferner durch Verlegung Ihres Wohnsitzes oder des Wohnsitzes der versicherten Person ins Ausland, es sei denn, dass eine andere Vereinbarung getroffen wird. 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. Die Bestimmungen des Punktes 17.1. gelten sinngemäß.

18. Was gilt für Erklärungen, die den Versicherungsvertrag betreffen?

18.1. Für Ihre sämtlichen Anzeigen und Erklärungen an uns 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.

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

19. **Unter welchen Voraussetzungen können die Prämie oder der Versicherungsschutz geändert werden (Anpassung)?**

19.1. Die Versicherungsleistungen werden in ihrem Wert durch periodische Anpassungen erhalten. Dazu wird am Ende eines jeden Kalenderjahrs das versicherte Krankenhaus-Tagegeld mit der für das nächste Kalenderjahr kundgemachten Aufwertungszahl gemäß § 108a des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes multipliziert. Die sich dabei ergebende Änderung wird nicht durchgeführt, wenn sie weniger als 4 % beträgt oder das Versicherungsverhältnis noch nicht mindestens zwölf Monate bestanden hat. Sie wird jedoch in die nächste Berechnung einbezogen. Sobald die auf diese Weise berechnete Änderung mindestens 4 % beträgt, wird sie durchgeführt, wobei auf volle EURO auf- oder abgerundet wird. Wird die Aufwertungszahl nicht mehr verlautbart, gelten die an ihrer Stelle verlautbarten Werte als Maßstab für die Änderungen.

19.2. Als für Änderungen der Prämie oder des Versicherungsschutzes maßgebende Umstände im Sinne des §178f Versicherungsvertragsgesetz gelten auch die Veränderungen folgender Faktoren:

- der durchschnittlichen Lebenserwartung
- der Häufigkeit der Inanspruchnahme von Leistungen nach Art der vertraglich vorgesehenen und deren Aufwändigkeit, bezogen auf die zu diesem Tarif Versicherten
- des Verhältnisses zwischen den vertraglich vereinbarten Leistungen und den entsprechenden Kostenersätzen der gesetzlichen Sozialversicherungen
- der durch Gesetz, Verordnung, sonstigen behördlichen Akt oder durch Vertrag zwischen dem Versicherer und im Versicherungsvertrag bezeichneten Einrichtungen des Gesundheitswesens festgesetzten Entgelte für die Inanspruchnahme dieser Einrichtungen; bei der Festsetzung der Höhe der Anpassung bleiben jedoch Gebühren und/oder Honorare, über deren Höhe ein Einvernehmen mit dem Versicherer nicht hergestellt worden ist, außer Betracht.
- des Gesundheitswesens oder der dafür geltenden gesetzlichen Bestimmungen.

19.3. Die Erklärung einer rückwirkenden Änderung der Prämie oder des Versicherungsschutzes ist unwirksam; die Erklärung wirkt erst ab dem der Absendung folgenden Monatsersten vom Zeitpunkt der Anpassung an.

19.4. Vom Zeitpunkt der Anpassung an ändert sich die Prämie entsprechend den geänderten Versicherungsleistungen.

19.5. 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 werden wir Sie in unserer Benachrichtigung über die Prämienerhöhung ausdrücklich nochmals hinweisen.

"EUROPAHELP" MIT SONDERKLASSE NACH FAHRZEUGUNFÄLLEN "WORLDWIDEHELP" MIT SONDERKLASSE NACH UNFÄLLEN - INFORMATIONEN FÜR DEN VERSICHERUNGSNEHMER

Version: 58KW109 (06.2024)

Personenbezogene Bezeichnungen in diesem Dokument beziehen sich auf alle Geschlechter in gleicher Weise.

Versicherte Risiken und Leistungen
Die Informationen über das zu versichernde Risiko bzw. die damit im Zusammenhang stehenden Versicherungsleistungen entnehmen Sie bitte den Ihrem Versicherungsantrag beiliegenden Unterlagen.

Vertragsspitäler in der Krankenhauskostenversicherung
Bitte entnehmen Sie die aktuelle Vertragsspitalsliste unserer Homepage wienerstaedtische.at/krankenhaeuser. Sollte eine Änderung der Vertragsspitalsliste nach Vertragsabschluss erforderlich sein, werden Sie gesondert informiert. Die Leistungen für Nichtvertragsspitäler entnehmen Sie bitte der jeweils aktuellen Leistungsübersicht für den von Ihnen gewählten Tarif. Sie erhalten beide Unterlagen gemeinsam mit dem Versicherungsvertrag, sollten Sie diese Unterlagen vorher wünschen, senden wir sie Ihnen gerne zu.

Wartezeiten nach Versicherungsbeginn
Für Entbindungen einschließlich der wegen Schwangerschaft erforderlichen Untersuchungen sowie für die damit im Zusammenhang stehenden medizinisch notwendige Heilbehandlungen und für Fehlgeburten besteht mangels anderer Vereinbarung Versicherungsschutz erst nach Ablauf einer Wartezeit von neun Monaten, es sei denn, es handelt sich nachweislich um eine nach Vertragsabschluss, während der Versicherungsdauer eingetretene Schwangerschaft.
Bei Zahnkostentarifen besteht erst nach einer Wartezeit von sechs Monaten Versicherungsschutz.

Leistungsausschlüsse
In Gesetzen sowie den Allgemeinen und Besonderen Versicherungsbedingungen sind Einschränkungen und Ausschlüsse vom Versicherungsschutz formuliert, wie beispielsweise:

- für Heilbehandlungen, die vor Versicherungsbeginn begonnen haben;
- für Heilbehandlung von Krankheiten und Unfallfolgen, die als Folge eines missbräuchlichen Genusses von Alkohol oder Suchtgiften eintreten, sowie für Entziehungsmaßnahmen und Entziehungskuren;
- in Krankenanstalten und Abteilungen für Geriatrie.

Es wird darauf hingewiesen, dass die Aufzählung nur demonstrativ und daher nicht abschließend ist.
Sollte der Versicherer individuelle Wartezeiten und/oder Leistungsausschlüsse im Versicherungsschein (= Polizze) festlegen, hat der Versicherungsnehmer das Recht, innerhalb eines Monats nach Empfang der Polizze in geschriebener Form zu widersprechen (§ 5 Versicherungsvertragsgesetz, BGBl. Nr. 2/1959, in der jeweils geltenden Fassung), sodass kein Krankenversicherungsvertrag zustande kommt.

Änderung der Prämie oder des Versicherungsschutzes
Der Versicherer ist berechtigt, bei Veränderung nachstehender Faktoren eine Änderung der Prämien oder des Versicherungsschutzes vorzunehmen:

- eines vereinbarten Index,
- der durchschnittlichen Lebenserwartung,
- der Häufigkeit der Inanspruchnahme von Leistungen und deren Aufwändigkeiten, bezogen auf die zu diesem Tarif Versicherten,
- des Verhältnisses zwischen den vertraglich vereinbarten Leistungen und den entsprechenden Kostenersätzen der gesetzlichen Sozialversicherungen,
- der durch Gesetz, Verordnung, sonstigen behördlichen Akt oder durch Vertrag zwischen dem Versicherer und im Versicherungsvertrag bezeichneten Einrichtungen des Gesundheitswesens festgesetzten Entgelte für die Inanspruchnahme dieser Einrichtungen und
- des Gesundheitswesens oder der dafür geltenden gesetzlichen Bestimmungen.

Es kann jedoch vereinbart werden, dass eine zunächst geringere Prämie ab einem bestimmten Lebensalter des Versicherten auf denjenigen Betrag angehoben wird, den der betreffende Tarif für Versicherte vorsieht, die mit diesem Alter in die Versicherung eintreten; dieses Lebensalter darf nicht über 20 Jahren liegen. Unsere Allgemeinen Versicherungsbedingungen sehen eine entsprechende Prämienumstellung mit der Vollendung des 20. Lebensjahres vor (Tarife wwHELP/EuropaHELP/Kur: 18 Jahre; Tarif BESSER LEBEN Junior wird mit dem 14. Geburtstag auf den Erwachsenentarif umgestellt).
Nähere Informationen zur Prämienentwicklung in den letzten fünf Jahren entnehmen Sie bitte den Unterlagen zu dem Tarif, für den Sie einen Vertragsabschluss planen. Prämienerhöhungen in der Vergangenheit lassen keine zwingenden Rückschlüsse auf jene in der Zukunft zu. Hingewiesen wird jedenfalls darauf, dass die Anpassung dazu führen kann, dass Prämien während der Vertragslaufzeit erheblich ansteigen.
Wird die Versicherungsprämie aufgrund einer Veränderung der oben angeführten Faktoren erhöht, so kann der Versicherungsnehmer verlangen, dass ihm der Versicherer ein Angebot für die Fortsetzung des Vertrages mit höchstens gleichbleibender Prämie und angemessen geänderten Leistungsumfang unterbreitet.
Bloß vom Älterwerden des Versicherten oder von der Verschlechterung seines Gesundheitszustandes abhängige Anpassungen dürfen jedenfalls nicht vereinbart werden.

Gewinnbeteiligung
Der gewählte Tarif unterliegt keiner Gewinnbeteiligung.

Ende des Versicherungsvertrages
Der Versicherungsvertrag wird grundsätzlich auf unbestimmte Zeit abgeschlossen.
Der Versicherungsvertrag endet jedoch in nachstehenden Fällen:

- Fristgerechte Kündigung durch den Versicherungsnehmer frühestens zum Ablauf des dritten Versicherungsjahres.

  Kündigt der Versicherungsnehmer den Versicherungsvertrag hinsichtlich einzelner Personen, hat der Versicherer das Recht, innerhalb einer Frist von einem Monat den Versicherungsvertrag hinsichtlich der übrigen Personen zum gleichen Termin zu kündigen.
- Kündigung des Versicherers wegen
  - **Prämienzahlungsverzuges des Versicherungsnehmers gemäß §§38 bis 39a VersVG, die lauten:**
    § 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 wir die erste Prämie nicht innerhalb von drei Monaten vom Fälligkeitstag an gerichtlich geltend machen.
    (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.
  - **Verletzung einer Obliegenheit vor Abschluss des Versicherungsvertrages:**

    Der Versicherungsnehmer und der Versicherte haben vor Abschluss des Vertrages alle erheblichen Gefahrenumstände anzuzeigen. Jeder Gefahrenumstand, nach dem der Versicherer ausdrücklich gefragt hat, gilt im Zweifel als erheblich.

    Hat der Versicherungsnehmer oder ein Versicherter die Anzeigepflicht über erhebliche Gefahrenumstände schuldhaft verletzt, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten.

    Bei schuldloser Verletzung der Anzeigepflicht, kann der Versicherer von Beginn des laufenden Versicherungsjahres an die entsprechend höhere Prämie verlangen. Der Versicherer kann das Versicherungsverhältnis unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von einem Monat kündigen, wenn die höhere Gefahr nach den für den Geschäftsbetrieb des Versicherers maßgebenden Grundsätzen auch gegen eine höhere Prämie nicht übernommen wird.
  - **Verletzung einer Obliegenheit während des Bestehens des Versicherungsvertrages:**

Wird für eine versicherte Person bei einem anderen Versicherer ein Krankenversicherungsvertrag abgeschlossen, ist der Versicherer vom weiteren Versicherungsvertrag unverzüglich zu unterrichten.
Wird diese Informationspflicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt, kann der Versicherer den Versicherungsvertrag kündigen.

- Erschleichung der Versicherungsleistung, deren Versuch bzw. Mitwirkung.
- Wenn der Versicherte im Krankheitsfall den vom Arzt oder vom Versicherer gegebenen zumutbaren Verhaltensmaßregeln vorsätzlich oder grob fahrlässig nicht Folge leistet.
- Tod des Versicherungsnehmers.
  Bei Tod des Versicherungsnehmers hat der Versicherte das Recht, den Versicherungsvertrag unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tod des Versicherungsnehmers abzugeben.

- Wohnsitzverlegung des Versicherungsnehmers oder des Versicherten ins Ausland ohne Sondervereinbarung.
  Bei entsprechender Wohnsitzverlegung des Versicherungsnehmers hat der Versicherte, der seinen Wohnsitz nicht ins Ausland verlegt, das gleiche Fortsetzungsrecht wie beim Tod des Versicherungsnehmers.

Rechtliche und wirtschaftliche Folgen einer Kündigung

Eine Kündigung ist mit folgenden nachteiligen Konsequenzen verbunden:
Sollte in der Zukunft ein Neuabschluss gewünscht werden, ist einerseits eine neuerliche Gesundheitsprüfung erforderlich und wird andererseits die Prämie nach dem dann aktuellen Lebensalter des Versicherten berechnet.
Im Fall einer Kündigung wird kein Rückkaufswert ausbezahlt und es besteht somit auch kein Anspruch auf die anteilsmäßige Alterungsrückstellung.

Für die Versicherung geltende steuerliche Regelungen

Die Prämien der Krankenversicherung unterliegen einer 1%igen Versicherungssteuer (§ 6 Abs. 1 VersStG).
Unter bestimmten Voraussetzungen besteht für Selbstständige außerdem die Möglichkeit, Werbungskosten geltend zu machen.
Die jeweilige abgabenrechtliche Behandlung ist von Ihren persönlichen Verhältnissen abhängig und kann künftigen Änderungen unterworfen sein. Offene abgabenrechtliche Fragen richten Sie bitte an Ihren Steuerberater.
Dienstgeber können auch bis zu EUR 300,– als steuerfreie Zukunftssicherung für ihre Mitarbeiter geltend machen, die in eine Lebens-, Unfall- und/oder Krankenversicherung investiert werden kann.

Bericht über die Solvabilität und Finanzlage

Der Bericht ist auf unserer Homepage unter wienerstaedtische.at/unternehmen/investor-relations/berichte abrufbar.

767 - SANKTIONSKLAUSEL/SANCTION CLAUSE (2019)

Version: 767 (2019)

- für Versicherungsnehmer mit Sitz in Österreich

Es besteht - unbeschadet der übrigen Vertragsbestimmungen - Versicherungsschutz nur, soweit und solange dem keine auf die Vertragsparteien direkt anwendbaren Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Europäischen Union oder der Republik Österreich entgegenstehen.

Dies gilt auch für Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos, die durch die Vereinigten Staaten von Amerika oder andere Länder erlassen werden, soweit dem nicht europäische oder österreichische Rechtsvorschriften entgegenstehen.

- for Insured registered outside of Austria

No (re)insurer shall be deemed to provide cover and no (re)insurer shall be liable to pay any claim or provide any benefit hereunder to the extent that the provision of such cover, payment of such claim or provision of such benefit would expose that (re)insurer to any sanction, prohibition or restriction under United Nations resolutions or the trade or economic sanctions, laws or regulations of the European Union, Austria or the United States of America (provided that this does not violate any regulation or specific national law applicable to the undersigned (re)insurer).