

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen sind Bestandteil des Versicherungsvertrages.

DER VERSICHERUNGSSCHUTZ

Artikel 1

Gegenstand und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

1. Der Versicherte hat im Versicherungsfall Anspruch auf Versicherungsschutz im Rahmen der gewählten Tarife.
- 2.a) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung des Versicherten wegen Krankheit oder Unfallfolgen.
Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung, er 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) Als Versicherungsfall gelten nicht:
 - kosmetische Behandlungen und Operationen und deren Folgen, soweit diese Maßnahmen nicht der Beseitigung von Unfallfolgen dienen;
 - nichtärztliche Hauspflege sowie Maßnahmen der Geriatrie, der Rehabilitation und der Heilpädagogik;
 - Zahnimplantationen sowie die damit in ursächlichem Zusammenhang stehenden Maßnahmen und Folgen, soweit diese nicht der Beseitigung von Unfallfolgen dienen.
3. 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.
4. Krankheit ist ein nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft anomaler körperlicher oder geistiger Zustand.
5. Unfall ist ein vom Willen des Versicherten unabhängiges Ereignis, das plötzlich von außen mechanisch oder chemisch auf seinen Körper einwirkt und eine körperliche Schädigung nach sich zieht.
Als Unfall gelten auch folgende vom Willen des Versicherten unabhängige Ereignisse:
 - Verbrennungen, Verbrühungen, Einwirkungen von Blitzschlag oder elektrischem Strom;
 - Einatmen von Gasen oder Dämpfen, Einnehmen von giftigen oder ätzenden Stoffen, es sei denn, dass diese Einwirkungen allmählich erfolgen;
 - Verrenkungen von Gliedern sowie Zerrungen und Zerreißen von an Gliedmaßen und an der Wirbelsäule befindlichen Muskeln, Sehnen, Bändern und Kapseln.Der Versicherungsschutz erstreckt sich auch auf Unfälle, die durch einen Herzinfarkt herbeigeführt werden, und auf Unfälle infolge von Schlaganfällen sowie Geistes- und Bewusstseinsstörungen (jedoch nicht durch Alkohol- oder Suchtgifteinfluss). In keinem Fall gilt jedoch ein Herzinfarkt als Unfallfolge.
6. Versichert können nur Personen werden, die in Österreich ihren ordentlichen Wohnsitz haben.
7. Der Versicherungsschutz erstreckt sich, sofern der Tarif nichts anderes vorsieht, auf Versicherungsfälle in der ganzen Welt. Während eines vorübergehenden Aufenthaltes außerhalb Europas besteht für eine Heilbehandlung innerhalb eines Versicherungsjahres Versicherungsschutz für einen Monat ab Beginn dieser Heilbehandlung (siehe auch Artikel 5 Pkt. 3).

Artikel 2

Abschluss des Versicherungsvertrages

1. Versicherungsnehmer kann nur eine Person sein, die in Österreich ihren ordentlichen Wohnsitz hat.
2. Der Antragsteller ist sechs Wochen an seinen Antrag gebunden. Die Frist beginnt mit dem Tag der Antragstellung bzw. mit der Absendung des Antrages.
3. Über die Antragsannahme entscheidet die Geschäftsleitung des Versicherers. Anträge können ohne Angabe von Gründen abgelehnt werden. Die Entscheidung ist dem Antragsteller schriftlich mitzuteilen. Mit der Zustellung (Aushändigung) der Polize oder einer schriftlichen Annahmeerklärung ist der Versicherungsvertrag abgeschlossen.
4. Versicherungsbeginn ist, wenn nicht ausdrücklich eine andere Vereinbarung getroffen wird, grundsätzlich jener Monatserste, der dem Einlangen des Antrages beim Versicherer folgt.

Artikel 3

Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt mit Abschluss des Versicherungsvertrages und termingerechter Bezahlung der ersten Prämie (§ 38 VersVG), nicht vor Ablauf einer besonderen Wartezeit und nicht vor dem in der Police bezeichneten Zeitpunkt. Wird die Police nach diesem Zeitpunkt ausgehändigt, die Prämie sodann aber gemäß § 38 VersVG termingerecht bezahlt, so beginnt der Versicherungsschutz, abgesehen von den Bestimmungen über die besondere Wartezeit, mit dem in der Police bezeichneten Zeitpunkt.

Artikel 4

Wartezeiten

1. Eine allgemeine Wartezeit ist nicht vorgesehen.
2. Für Entbindungen, Fehlgeburten, Schwangerschaftsuntersuchungen und -erkrankungen und deren Folgen beträgt die besondere Wartezeit 9 Monate.
Bei Übertritt in einen höheren Tarif besteht der Anspruch auf höheren Versicherungsschutz nach neuerlichem Ablauf der Wartezeiten.

Artikel 5

Art und Umfang des Versicherungsschutzes

1. Der Versicherungsschutz umfasst Leistungen für medizinisch notwendige Krankenhausaufenthalte wegen Krankheit, Unfall oder Entbindung nach Maßgabe des Versicherungsscheines.

Leistungen für stationäre Heilbehandlung

2. Stationäre Heilbehandlung im Sinne dieser Versicherungsbedingungen ist eine Heilbehandlung im Rahmen eines medizinisch notwendigen stationären Aufenthaltes in sanitätsbehördlich genehmigten Krankenanstalten oder Abteilungen von Krankenanstalten, sofern diese ständige ärztliche Anwesenheit vorsehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen, ausschließlich 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.
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.
Als medizinisch notwendig gilt ein stationärer Aufenthalt insbesondere nicht, wenn er lediglich im Mangel an häuslicher Pflege oder sonstigen persönlichen Verhältnissen des Versicherten begründet ist.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Tagegeld-Direkt-Tarife der Serie QTCD

3. Für eine stationäre Heilbehandlung im Sinne des Pkt. 2 werden in den nachstehend angeführten Anstalten (oder Abteilungen von Anstalten) Leistungen nur insoweit erbracht, als der Versicherer diese vor Beginn schriftlich zugesagt hat:

- In privaten Krankenanstalten außerhalb Österreichs.
- In Anstalten (oder Abteilungen von Anstalten):
 - die nicht ausschließlich nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft arbeiten;
 - in denen neben stationärer Heilbehandlung auch Rehabilitationsmaßnahmen oder Kurbehandlungen durchgeführt werden;
 - in denen neben stationärer Behandlung auch Langzeitbehandlungen durchgeführt werden;
 - in denen Rekonvaleszenz oder Pflegefälle aufgenommen werden.

4. Kein Versicherungsschutz besteht für Aufenthalte in folgenden Anstalten (einschließlich deren Krankenabteilungen) oder Abteilungen von Anstalten:

- in Anstalten (oder Abteilungen von Anstalten), die vornehmlich auf Rehabilitation ausgerichtet sind,
- in Anstalten (oder Abteilungen) für Alkohol- oder Drogenabhängige,
- in Sanitätseinrichtungen des Bundesheeres,
- in Inquisitenspitälern (oder Inquisitenabteilungen),
- in Anstalten (oder Abteilungen) für geistig abnorme Rechtsbrecher,
- in selbständig geführten Ambulatorien (auch wenn die durchzuführende Untersuchung oder Behandlung eine kurzfristige Unterbringung erforderlich macht),
- in Kuranstalten, Erholungs-, Diät- und Genesungsheimen,
- in Anstalten (oder Abteilungen) für chronisch Kranke,
- in Anstalten (oder Abteilungen) zur Pflege wegen Alters, Hinfälligkeit, Siechtums oder mangels häuslicher Pflege sowie in Tag- und Nachtkliniken.

Krankenhaus-Tagegeld wird nicht geleistet für Aufenthalte:

- in Anstalten (oder Abteilungen von Anstalten) für Nerven- und/oder Geistesranke (mit Ausnahme deren selbständig geführten Abteilungen für Neurologie und Neurochirurgie) sowie
- in Anstalten (oder Abteilungen von Anstalten) für Lungen- und Tbc-Kranke.

5. Der Versicherer kann sich auf seine Leistungsfreiheit nach Pkt.3 und 4 insoweit und solange nicht berufen, als die Dringlichkeit der stationären Heilbehandlung das Aufsuchen einer Krankenanstalt im Sinne des Pkt.2 bzw. die Einholung einer vor Beginn der Behandlung erfolgten schriftlichen Zusage nach Pkt.3 nicht zulässt.

Artikel 6 (siehe auch Artikel 1 Pkt. 2 lit. c)

Einschränkung des Versicherungsschutzes

1.a) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf nach Abschluss des Vertrages und nach Versicherungsbeginn

- aa) neu entstandene Krankheiten;
- ab) erlittene Unfälle (Unfallfolgen).

b) Werden Krankheiten oder Unfallfolgen [gem. 1. a)] von vor dem Abschluss des Vertrages und/oder vor Versicherungsbeginn bereits bestehenden Krankheiten oder Unfallfolgen beeinflusst, so wird die Leistung entsprechend dem Anteil dieser Krankheiten oder Unfallfolgen gekürzt. Der Anteil bleibt unberücksichtigt, sobald er weniger als 25% beträgt.

2. Kein Versicherungsschutz besteht

- für Krankheiten und Unfälle (Unfallfolgen), die als Folge eines missbräuchlichen Genusses von Alkohol oder Suchtgiften eintreten, sowie für Entziehungsmaßnahmen und Entziehungskuren;
- für Anhaltung wegen Selbst- oder Fremdgefährdung;
- für Krankheiten und Unfälle sowie deren Folgen, die durch aktive Beteiligung an Unruhen, durch schuldhaftige Beteiligung an Schlägereien oder bei der Begehung einer gerichtlich strafbaren Handlung, die Vorsatz voraussetzt, entstehen;

- für auf Vorsatz des Versicherungsnehmers oder des Versicherten beruhende Krankheiten und Unfälle, einschließlich deren Folgen;

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

- für Heilbehandlung nach Unfällen

- bei der Benützung von Luftfahrtgeräten und bei Fallschirmsprüngen sowie bei der Benützung von Luftfahrzeugen, soweit diese nicht als Fluggast in Motorflugzeugen erfolgt, welche für die Verwendungsart Personenbeförderung zugelassen sind (als Fluggast gilt, wer weder mit dem Betrieb des Luftfahrzeuges in ursächlichem Zusammenhang steht oder Besatzungsmitglied ist, noch mittels des Luftfahrzeuges eine berufliche Betätigung ausübt);

- die bei Beteiligung an motorsportlichen Wettbewerben (auch Wertungsfahrten und Rallyes) und den dazugehörigen Trainingsfahrten entstehen;

- bei der Teilnahme an Landes-, Bundes- oder internationalen Wettbewerben auf dem Gebiet des Schilaulens, Schispringens, Bob-, Schibob- oder Skeletonfahrens sowie am offiziellen Training für diese Veranstaltungen.

3. Geht die Heilbehandlung über das notwendige Maß hinaus, so ist der Versicherer berechtigt, die Erstattung auf das angemessene Maß herabzusetzen.

4. Der Versicherer kann in begründeten Fällen Behandlungen durch bestimmte Ärzte bzw. in bestimmten Krankenanstalten (oder Abteilungen von Krankenanstalten) vom Versicherungsschutz ausnehmen. Dies gilt für Behandlungen, die nach Zustellung der Mitteilung durchgeführt werden. Für alle vor der Zustellung der Mitteilung eingetretenen Versicherungsfälle besteht Versicherungsschutz bis zum Ablauf des ersten Monats nach Zustellung der Mitteilung.

Artikel 7

Auszahlung der Versicherungsleistungen

1. Die Auszahlung der Versicherungsleistung erfolgt aufgrund von Aufenthaltsbestätigungen. Diese Belege müssen Vor- und Zunamen, die Adresse, die Versicherungsnummer, das Geburtsdatum der behandelten Person sowie die Bezeichnung der Krankheit und die Daten der Behandlung enthalten.

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

2. Der Versicherer wird den geschäftsfähigen Versicherten als zum Empfang der Versicherungsleistung berechtigt ansehen. Ein anderes Bezugsrecht ist ausdrücklich zu vereinbaren.

3. Alle einen Versicherungsfall betreffenden Belege gehen in das Eigentum des Versicherers über.

4. Der Versicherer ist berechtigt, bei jeder Überweisung eine Geschäftsgebühr einzuheben.

5. Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistung sowie Kosten für Übersetzungen sind vom Versicherungsnehmer zu tragen.

6. Die Ansprüche auf Versicherungsleistungen können ohne Zustimmung des Versicherers weder verpfändet noch abgetreten werden. Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, wenn es sich um Gegenforderungen handelt, die im rechtlichen Zusammenhang mit seiner Forderung stehen und die gerichtlich festgestellt oder die vom Versicherer anerkannt worden sind.

7. Der Versicherer ist von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Anspruch auf die Leistung nicht innerhalb eines Jahres gerichtlich geltend gemacht wird. Die Frist beginnt erst, nachdem der Versicherer dem Versicherungsnehmer gegenüber den erhobenen Anspruch unter Angabe der mit dem Ablauf der Frist verbundenen Rechtsfolgen schriftlich abgelehnt hat.

8. Die Ansprüche auf die Versicherungsleistungen verjähren in drei Jahren.

Artikel 8

Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz endet mit der Beendigung des Versicherungsvertrages.

PFLICHTEN DES VERSICHERUNGSNEHMERS

Artikel 9

A. Prämien, Gebühren und Abgaben

1. Die Prämie ist eine Jahresprämie und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Sie ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten, kann aber auch in gleichen monatlichen Prämienraten bezahlt werden, die jeweils bis zur Fälligkeit der Prämienrate gestundet gelten. Die Prämienraten sind am 1. eines jeden Monats fällig. Die erste Prämie samt Nebengebühren ist nach Aushändigung bzw. Angebot des Versicherungsscheines fällig.
2. Hat ein mitversichertes Kind das 18. Lebensjahr vollendet, so sind ab dem nächstfolgenden Monatsersten die Prämien zu bezahlen, die für erwachsene Personen zu entrichten sind.
3. Die Prämien sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten. Dem Versicherer steht es frei, die Prämien gegen eine Gebühr einheben zu lassen.
4. Allfällige Gebühren und Abgaben aus dem Versicherungsvertrag trägt der Versicherungsnehmer.

B. Zahlungsverzug und dessen Folgen

Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz

§ 38

1. Ist die erste oder einmalige Prämie innerhalb von 14 Tagen nach dem Abschluss des Versicherungsvertrages und nach der Aufforderung zur Prämienzahlung nicht gezahlt, so ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, berechtigt, vom Vertrag zurückzutreten. Es gilt als Rücktritt, wenn der Anspruch auf die Prämie nicht innerhalb dreier Monate vom Fälligkeitstag an gerichtlich geltend gemacht wird.
2. Ist die erste oder einmalige Prämie zur Zeit des Eintritts des Versicherungsfalles und nach Ablauf der Frist des Pkt. 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 Pkt. 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 Pkte. 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 Artikel 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 Eintritts 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 Kündi-

gung fallen fort, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, falls die Kündigung mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach dem Ablauf der Zahlungsfrist die Zahlung nachholt, sofern nicht der Versicherungsfall bereits eingetreten ist.

4. Die Nichtzahlung von Zinsen oder Kosten löst die Rechtsfolgen der Pkte. 1 bis 3 nicht aus.

§ 39a

Ist der Versicherungsnehmer bloß mit nicht mehr als 10 v.H. der Jahresprämie, höchstens aber mit EUR 60,- im Verzug, so tritt eine im §38 oder §39 vorgesehene Leistungsfreiheit des Versicherers nicht ein.

Artikel 10

Obliegenheiten

A. Pflichten des Versicherungsnehmers und des Versicherten während des Bestehens des Versicherungsvertrages

1. Der Versicherungsnehmer und der Versicherte haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft oder Ermächtigung zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Art und des Umfangs des Versicherungsschutzes erforderlich ist. Dies umfasst auch die Verpflichtung des Versicherten, sich auf Verlangen des Versicherers durch einen von diesem beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
2. Wird für eine versicherte Person bei einem anderen Versicherer ein Krankenversicherungsvertrag abgeschlossen, so ist der Versicherer vom weiteren Versicherungsvertrag unverzüglich zu unterrichten.

B. Folgen der Verletzung von Pflichten während des Bestehens des Versicherungsvertrages

3. Verletzt der Versicherungsnehmer oder der Versicherte die Auskunftspflicht des Artikel 10 Pkt. 1, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, sofern die Verletzung vorsätzlich oder grob fahrlässig erfolgt ist. Bei grobfahrlässiger Verletzung bleibt der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung weder auf die Feststellung des Versicherungsfalles noch auf die Feststellung oder den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung Einfluss gehabt hat.
4. Wird die in Artikel 10 Pkt. 2 genannte Informationspflicht schuldhaft verletzt, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Erbringung von Krankenhaus-Tagegeld 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.

ENDE DES VERSICHERUNGSVERTRAGES

Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz

§ 8 (2)

Ist ein Versicherungsverhältnis auf unbestimmte Zeit eingegangen (dauernde Versicherung), so kann es von beiden Teilen nur für den Schluss der laufenden Versicherungsperiode gekündigt werden. Die Kündigungsfrist muss für beide Teile gleich sein und darf nicht weniger als einen Monat, nicht mehr als drei Monate betragen. Auf das Kündigungsrecht können die Parteien einverständlich bis zur Dauer von zwei Jahren verzichten.

Artikel 11

Kündigung durch den Versicherungsnehmer

1. Der Versicherungsvertrag wird auf unbestimmte Zeit abgeschlossen. Der Versicherungsnehmer hat das Recht, den Versicherungsvertrag zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von einem Monat zu kündigen.

Allgemeine Versicherungs- bedingungen für die Tagegeld-Direkt-Tarife der Serie QTCD

- Das Versicherungsjahr richtet sich nach der in der Polizza ausgewiesenen Hauptfälligkeit.
- Die Kündigung muss schriftlich erfolgen und soll an die Geschäftsleitung des Versicherers gerichtet sein.
- 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.
- Werden Prämien erhöht oder Leistungen vermindert (Artikel 16), 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.
- Wird ein Versicherungsnehmer oder ein Versicherter in eine Pflegeanstalt für chronisch Kranke aufgenommen, so hat der Versicherungsnehmer das Recht, den Versicherungsvertrag zum Ende des Monats zu kündigen, in welchem er die Aufnahme in eine solche Anstalt nachweist.

Artikel 12

Kündigung durch den Versicherer

Wenn der Versicherungsnehmer oder ein Versicherter durch wissentlich falsche Angaben, insbesondere durch Vortäuschung einer Krankheit, Versicherungsleistungen erschleicht oder zu erschleichen versucht oder bei einer solchen Handlung mitwirkt, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei und hat das Recht, den Versicherungsvertrag fristlos zu kündigen. Das gleiche gilt, wenn der Versicherte im Krankheitsfall den vom Arzt oder vom Versicherer gegebenen zumutbaren Verhaltensmaßregeln vorsätzlich oder grobfahrlässig nicht Folge leistet.

Artikel 13

Sonstige Beendigungsgründe

- Der Versicherungsvertrag endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die Versicherten haben jedoch das Recht, den Versicherungsvertrag unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tod des Versicherungsnehmers abzugeben.

- Beim Tod eines Versicherten endet der Versicherungsvertrag hinsichtlich dieser Person.
- Der Versicherungsvertrag endet ferner durch Verlegung des Wohnsitzes des Versicherungsnehmers oder des Versicherten ins Ausland, es sei denn, dass eine andere Vereinbarung getroffen wird. Die Bestimmungen des Pkt. 1 gelten sinngemäß.

SONSTIGE BESTIMMUNGEN

Artikel 14

Form und Empfänger von Willenserklärungen und Anzeigen

- Alle für den Versicherer bestimmten Anzeigen und Erklärungen sind schriftlich abzufassen und sollen an die Geschäftsleitung des Versicherers gerichtet werden.
- Hat der Versicherungsnehmer seine Wohnung gewechselt, dies aber nicht dem Versicherer mitgeteilt, so genügt zur Rechtswirksamkeit von Willenserklärungen des Versicherers dem Versicherungsnehmer gegenüber die Absendung des Briefes an die letzte dem Versicherer bekanntgegebene Anschrift.

Artikel 15

Erfüllungsort, Gerichtsstand

- Erfüllungsort für die beiderseitigen Verpflichtungen aus dem Versicherungsvertrag ist der Sitz des Versicherers.
- Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Sitz des Versicherers anhängig gemacht werden.
- Für Klagen gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht örtlich zuständig, in dessen Sprengel der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz, seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat oder der Ort seiner Beschäftigung liegt.

Artikel 16

Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

Der Versicherer ist berechtigt, Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen und der Tarife vorzunehmen, wenn sie aufgrund von Veränderungen von im Tarif angeführten Faktoren, des Gesundheitswesens oder der dafür geltenden gesetzlichen Bestimmungen erforderlich sind.