

Allgemeine Bedingungen für die Pflegegeldversicherung 2008

(APV 2008 / Fassung 01/2014)

INHALTSVERZEICHNIS

Die gegenständlichen Allgemeinen Bedingungen sind Bestandteil des Versicherungsvertrages.

Der Versicherungsschutz erstreckt sich lediglich auf Versicherungsfälle in Österreich. Versicherbar sind nur Personen, die in Österreich ihren ordentlichen Wohnsitz haben.

- Art. 1: Was gilt als Versicherungsfall?
- Art. 2: Was ist im Zusammenhang mit dem Vertragsabschluss zu beachten?
- Art. 3: Welche Wartezeiten gelten?
- Art. 4: Was umfasst der Versicherungsschutz?
- Art. 5: Was ist vom Versicherungsschutz ausgenommen?
- Art. 6: Wie und wann erfolgt die Versicherungsleistung?
- Art. 7: entfällt
- Art. 8: Was ist bezüglich Prämien, Gebühren, Abgaben und deren Zahlung zu beachten?
 - A) Prämien, Gebühren und Abgaben
 - B) Zahlungsverzug und dessen Folgen
- Art. 9: Welche Obliegenheiten sind vor bzw. nach Eintritt des Schadensfalles zu beachten?
 - A) Anzeigepflicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages
 - B) Folgen der Verletzung der Anzeigepflicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages
 - C) Pflichten des Versicherungsnehmers und der versicherten Person während des Bestehens des Versicherungsvertrages
 - D) Folgen der Verletzung von Pflichten während des Bestehens des Versicherungsvertrages
- Art. 10: Wie kann der Versicherungsvertrag beendet werden?
 - A) Kündigung durch den Versicherungsnehmer
 - B) Kündigung durch den Versicherer
 - C) Sonstige Beendigungsgründe
- Art. 11: In welcher Form sind Erklärungen abzugeben?
- Art. 12: Unter welchen Umständen ist die Prämie anzupassen?
- Art. 13: Anzuwendendes Recht, Gerichtsstand, Erfüllungsort

- Anhang 1: Höhe der Leistung im Versicherungsfall
- Anhang 2: Auszug aus Bundespflegegesetz und Versicherungsvertragsgesetz

Artikel 1.

Was gilt als Versicherungsfall?

- 1.1. muki gewährt im Versicherungsfall der jeweiligen versicherten Person Versicherungsschutz im Rahmen des jeweils gewählten Tarifes.
- 1.2. Versicherungsfall im Sinne der gegenständlichen Bedingungen und aller auf diesen basierender Pflegevorsorgetarife ist der Pflegebedarf einer versicherten Person.

Pflegebedürftigkeit: Eine versicherte Person ist pflegebedürftig, wenn sie auf Grund einer körperlichen, geistigen oder psychischen Behinderung oder einer Sinnesbehinderung der ständigen Betreuung und Hilfe (Pflegebedarf) bedarf. Ist dieser Pflegebedarf regelmäßig täglich oder zumindest mehrmals wöchentlich gegeben, liegt **ständiger Pflegebedarf** vor.

Der Versicherungsfall beginnt mit rechtskräftiger Feststellung des Pflegebedarfs nach Maßgabe der Bestimmungen des Bundespflegegeldgesetzes, sofern dieser voraussichtlich mindestens sechs Monate andauern wird oder würde (§ 4 Abs. 1. BPGG). Er dauert an, so lange der Pflegebedarf gegeben ist und endet, sobald dieser nicht mehr besteht. Bei der Beurteilung des Pflegebedarfes von Kindern und Jugendlichen ist nur jenes Maß an Pflege zu berücksichtigen, das über das erforderliche Ausmaß gleichaltriger nicht behinderter Kinder und Jugendlicher hinausgeht.

Krankheit: ein nach dem allgemein anerkannten Stand der Medizin anormaler körperlicher oder geistiger Zustand.

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

Artikel 2.

Was ist im Zusammenhang mit dem Vertragsabschluss zu beachten?

2.1. Abschluss des Versicherungsvertrages

Der Antragsteller ist für die Dauer von sechs Wochen an seinen Antrag gebunden. Die Frist beginnt mit der Antragstellung bzw. Absendung des Antrages.

muki ist berechtigt, die Annahme des Antrages von einer ärztlichen Untersuchung oder von der Beibringung eines ärztlichen Zeugnisses abhängig zu machen. Über die Antragsannahme entscheidet die Geschäftsleitung des muki VVaG. Anträge können ohne Angabe von Gründen abgelehnt werden. muki ist verpflichtet, dem Antragsteller die Entscheidung in geschriebener Form mitzuteilen. Mit der Zustellung (Aushändigung) der Polizze oder einer schriftlichen Annahmeerklärung kommt der Versicherungsvertrag zu Stande.

2.2. Beginn des Versicherungsschutzes

- 2.2.1. Der Versicherungsschutz beginnt mit Abschluss des Versicherungsvertrages, jedoch nicht vor Bezahlung der ersten Prämie, nicht vor Ablauf der Wartezeiten und nicht vor dem in der Polizze bezeichneten Zeitpunkt. Wird die Polizze nach diesem Zeitpunkt ausgehändigt, die Prämie sodann aber innerhalb von 14 Tagen oder ohne schuldhaften Verzug bezahlt, so beginnt der Versicherungsschutz, vorbehaltlich der Vereinbarung allfälliger Wartezeiten, mit dem in der Polizze bezeichneten Zeitpunkt. Nach diesem Zeitpunkt (ursprünglicher Versicherungsbeginn) werden in der Folge auch Hauptfälligkeit und Versicherungsjahr gerechnet.
- 2.2.2. Bei Erhöhung oder Ausweitung des Versicherungsschutzes

gelten die Bestimmungen des Pkt. 2.1. über den Beginn des Versicherungsschutzes entsprechend von Neuem.

Artikel 3.

Welche Wartezeiten gelten?

Die Wartezeit beträgt einen Monat ab Versicherungsbeginn. Sie entfällt, wenn der Versicherungsfall durch einen Unfall eintritt. In den einzelnen Tarifen oder in der Polizze kann eine abweichende Wartezeit festgelegt werden.

Artikel 4.

Was umfasst der Versicherungsschutz?

- 4.1. Art und Umfang des Versicherungsschutzes ergeben sich aus dem Tarif (Tarifblatt), den Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie der Polizze.
- 4.2. **Rechtskräftig festgestellte Pflegebedürftigkeit ab Pflegestufe 4:**

Der Tarif regelt die Versicherungsleistungen. Diese sind abhängig von der rechtskräftigen – gerichtlichen oder bescheidmässigen – Feststellung der Pflegebedürftigkeit des Versicherten und deren Umfang (Pflegestufe) auf der Basis des Bundespflegegeldgesetzes in der jeweils zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles gültigen Fassung. Der Versicherungsfall gilt mit Rechtskraft des Bescheides oder Urteils, mit dem eine Pflegebedürftigkeit ab zumindest Pflegestufe 4 festgestellt wird, als eingetreten.
- 4.3. Die für Art und Umfang der Versicherungsleistung relevanten Pflegestufen werden im Bundespflegegeldgesetz definiert.

Artikel 5.

Was ist vom Versicherungsschutz ausgenommen?

- 5.1. **Bereits bestehende Pflegebedürftigkeit:**

Pflegebedürftigkeit gem. Art. 4.2., die bereits vor Versicherungsbeginn eingetreten ist, ist vom Versicherungsschutz ausgenommen. Gibt der Antragsteller eine bereits bestehende Pflegebedürftigkeit vor Abschluss des Versicherungsvertrages vollständig und wahrheitsgemäß an, ist muki verpflichtet, ihn über den Ausschluss dieser Pflegebedürftigkeit vom Versicherungsschutz in geschriebener Form in Kenntnis zu setzen, da widrigenfalls Versicherungsschutz entgegen der gegenständlichen Bestimmung zu gewährt ist.
- 5.2. **Faktische Pflegebedürftigkeit und Vorerkrankungen:**

muki gewährt Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle oder faktische Pflegebedürftigkeit, die bereits vor Versicherungsbeginn vorhanden waren, aber erst nach Versicherungsbeginn zu Pflegebedürftigkeit gem. Art. 4.2. führen, sofern muki bei der Antragstellung bzw. im Zeitraum zwischen der Antragstellung und der Zustellung (Aushändigung) der Polizze alle erheblichen Gefahrenumstände vollständig und wahrheitsgemäß angezeigt wurden, aus denen sich ein wie auch immer gearteter Zusammenhang mit der genannten Krankheit bzw. dem Unfall kausal und adäquat herleiten lässt und sofern muki nicht - in Kenntnis dieser Umstände - den Versicherungsschutz durch ausdrückliche Erklärung in geschriebener Form abgelehnt hat. Die Anzeigepflichtung des Versicherungsnehmers im Sinne der Pkt. 5.1. und 5.2. gilt auch für den Fall, dass das Angebot zum Vertragsabschluss vom Versicherer ausgeht.
- 5.3. Bis zur Beendigung des Versicherungsfalles, längstens bis zum Ablauf von drei Jahren nach Abschluss, Abänderung oder Wiederinkraftsetzung des Versicherungsschutzes, besteht für Krankheiten kein Versicherungsschutz, die während der Wartezeit (Art.3.) erstmals auftreten und eine körperliche,

geistige oder psychische Behinderung oder Sinnesbehinderung verursachen, die zur Pflegebedürftigkeit führen.

- 5.4. Pflegebedürftigkeit im Sinne der Pkt. 5.1. bis 5.3. kann infolge individueller Vereinbarungen und zu besonderen Bedingungen (höhere Prämie, längere Wartezeiten) versichert werden.

5.5. Kein Versicherungsschutz besteht:

- 5.5.1. für Pflegebedarf, der auf Grund eines missbräuchlichen Genusses von Alkohol oder Suchtgiften eintritt oder verschlechtert wird oder infolge eines missbräuchlichen Genusses von Alkohol und Suchtgiften wesentlich erhöht ist;

- 5.5.2. für Pflegebedarf, der auf einen Selbstmordversuch zurückzuführen ist;

- 5.5.3. für Pflegebedarf, der durch aktive Beteiligung an Unruhen, durch schuldhaftige Beteiligung an Schlägereien oder bei der Begehung einer gerichtlich strafbaren Handlung entsteht, die Vorsatz voraussetzt;

- 5.5.4. für auf Vorsatz Ihrerseits oder der versicherten Person beruhenden Pflegebedarf; haben Sie den Pflegebedarf einer anderen versicherten Person vorsätzlich herbeigeführt, bleiben wir dieser gegenüber zur Leistung verpflichtet, der Schadenersatzanspruch der versicherten Person Ihnen gegenüber geht jedoch auf uns über;

- 5.5.5. für Pflegebedarf, der durch Kriegsereignisse jedweder Art, einschließlich Neutralitätsverletzungen, entsteht;

- 5.5.6. solange sich die versicherte pflegebedürftige Person im Ausland aufhält;

- 5.5.7. für die Dauer der Verbüßung einer Freiheitsstrafe.

- 5.6. Der Versicherungsschutz endet in jedem Fall, auch für laufende Versicherungsfälle, mit der Beendigung des Versicherungsvertrages.

Artikel 6.

Wie und wann erfolgt die Versicherungsleistung?

- 6.1. muki erbringt seine Leistungen als Versicherer ab Antragstellung, frühestens von jenem Zeitpunkt an, in dem die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen.

- 6.2. muki ist nur zur Leistung verpflichtet, wenn die von muki geforderten Nachweise erbracht sind. Diese müssen im Original vorgelegt werden und vorbehaltlich abweichender Vereinbarung mindestens folgende Eckdaten enthalten: Vor- und Zuname der pflegebedürftigen Person und Umfang des Pflegebedarfs (Pflegestufe). Wurden Nachweise im Sinne des Bundespflegegeldgesetzes erstellt, sind uns diese vorzulegen. Die Nachweise gehen ins Eigentum von muki über.

- 6.3. muki ist berechtigt, vorbehaltlich der Bestimmungen des Pkt. 6.4. den Überbringer von Belegen als zum Empfang der darauf entfallenden Versicherungsleistungen berechtigt anzusehen.

- 6.4. Die Ansprüche auf Versicherungsleistungen können ohne Zustimmung von muki weder verpfändet noch abgetreten werden. Der Versicherungsnehmer ist ausschließlich in jenem Umfang zur Aufrechnung gegen von muki erhobene Forderungen berechtigt, wenn es sich um Gegenforderungen handelt, die im rechtlichen Zusammenhang mit der jeweiligen Forderung stehen und die gerichtlich festgestellt oder von muki bereits rechtskräftig anerkannt worden sind.

- 6.5. Von muki zu erbringende Geldleistungen sind fällig, sobald alle Erhebungen beendet sind, die zur Feststellung des Bestehens und des Umfanges der Leistungsverpflichtung erforderlich sind. Die Fälligkeit tritt jedoch unabhängig davon ein, wenn der Versicherungsnehmer nach Ablauf zweier Monate seit Erhebung seines Anspruches eine Erklärung von muki verlangt, aus welchen Gründen die Erhebungen noch nicht beendet worden seien und muki es verabsäumt, dem Ansinnen des Versicherungsnehmers binnen eines Monats zu entsprechen.

Sind die Erhebungen bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles nicht beendet, ist der Versicherungsnehmer berechtigt, in Anrechnung auf die Gesamtforderung Abschlagszahlungen in der Höhe jenes Betrages zu verlangen, den muki nach Lage der Sache mindestens zu zahlen haben wird. Der Lauf dieser Frist ist gehemmt, solange die Beendigung der Erhebungen infolge seines eigenen Verschuldens oder dessen der versicherten Person gehindert ist.

- 6.6. muki ist jedenfalls von seiner Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Anspruch auf die Leistung nicht innerhalb eines Jahres nach dessen Ablehnung in geschriebener Form durch muki vom Versicherungsnehmer gerichtlich geltend gemacht wird. Die Ablehnung durch muki muss in diesem Zusammenhang nachfolgend genannte Mindestanforderungen erfüllen: Es muss zumindest eine Tatsache bzw. eine gesetzliche oder vertragliche Bestimmung angeführt sein, auf Grund derer muki eine Leistungsverpflichtung ablehnt, darüber hinaus muss eine Belehrung über die mit dem Ablauf der genannten Frist verbundene Rechtsfolge im Sinne dieses Absatzes erfolgt sein. Die Frist ist gehemmt für die Dauer von Vergleichsverhandlungen über den erhobenen Anspruch und für die Zeit, in der der Versicherungsnehmer ohne sein Verschulden an der rechtzeitigen gerichtlichen Geltendmachung des Anspruches gehindert ist.

- 6.7. Die Ansprüche auf Versicherungsleistungen verjähren in drei Jahren. Steht der Anspruch einem Dritten zu, so beginnt die Verjährung zu laufen, sobald diesem sein Recht auf Leistung und dass dieses ihm gegen muki zusteht, bekannt geworden ist. Ist dem Dritten dieses Recht nicht bekannt geworden, verjähren seine Ansprüche jedenfalls nach zehn Jahren ab Eintritt des Versicherungsfalles.

Ist der Anspruch des Versicherungsnehmers bei muki angemeldet worden, ist die Verjährung bis zum Einlangen einer Entscheidung in geschriebener Form durch muki gehemmt, die den Erfordernissen des Pkt. 6.6. genügt. In jedem Fall tritt die Verjährung nach zehn Jahren ab Eintritt des Versicherungsfalles ein.

Artikel 7.

Artikel 7 entfällt

Artikel 8.

Was ist bezüglich Prämien, Gebühren, Abgaben und deren Zahlung zu beachten?

A. Prämien, Gebühren und Abgaben

- 8.1. 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 als gestundet gelten. Die Prämienraten sind am 1. eines jeden Monats fällig. Die erste Prämie ist spätestens bei Zustellung bzw. Aushändigung der Polizza und Aufforderung zur Prämienzahlung fällig.

- 8.2. Hat ein versichertes Kind das 19. Lebensjahr vollendet, so sind ab dem nächstfolgenden Monatsersten die Prämien zu bezahlen, die für erwachsene Personen zu entrichten sind.
- 8.3. Die Prämien sind an die von muki zu bezeichnende Stelle zu entrichten. Die Verpflichtung zur Prämienzahlung endet mit dem auf den Eintritt des Versicherungsfalles folgenden Monatsersten.
- 8.4. Der Versicherungsnehmer verpflichtet sich darüber hinaus auch, allfällige Abgaben (Steuern) aus dem gegenständlichen Versicherungsvertrag zu tragen. Darüber hinaus dürfen ihm lediglich Gebühren angelastet werden, die der Abgeltung von Mehraufwendungen dienen, die durch sein Verhalten oder das der versicherten Person veranlasst worden sind.
- 8.9. Holt der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach Kündigung die Zahlung der Prämien nach, fallen die Wirkungen der Kündigung weg. Wurde die Kündigung mit einer Fristbestimmung verbunden, fallen die Wirkungen der Kündigung weg, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats ab Ablauf der Zahlungsfrist die Zahlung der Prämien nachholt.
- 8.10. Die Nichtzahlung von Zinsen oder Kosten löst die Rechtsfolgen nach Pkt.8.7. oder 8.8. nicht aus.

Artikel 9.

Welche Obliegenheiten sind vor bzw. nach Eintritt des Schadensfalles zu beachten?

B. Zahlungsverzug und dessen Folgen

- 8.5. Unterbleibt die Bezahlung der Erstprämie oder ersten vereinbarten Prämienrate innerhalb von 14 Tagen nach Abschluss des Versicherungsvertrages und Aufforderung zur Prämienzahlung, ist muki, so lange der Verzug andauert, zum Rücktritt vom Versicherungsvertrag berechtigt. Macht muki seinen Anspruch auf die Bezahlung der rückständigen Prämie nicht innerhalb dreier Monate ab Fälligkeitstag gerichtlich geltend, gilt dies als Vertragsrücktritt. Ist die Prämie zur Zeit des Eintritts des Versicherungsfalles und nach Ablauf der Frist von 14 Tagen noch nicht bezahlt, ist muki nach Maßgabe der §§ 38 und 39a VersVG von der Verpflichtung zur Leistung frei, es sei denn, der Versicherungsnehmer war ohne sein Verschulden an der rechtzeitigen Bezahlung der Prämie gehindert.
- 8.6. Unterbleibt in der Folge die Entrichtung einer fälligen Prämie oder Prämienrate, ist muki berechtigt, den Versicherungsnehmer unter Angabe der Höhe der Prämien- und Kostenschuld und der Rechtsfolgen weiterer Säumnis schriftlich aufzufordern, die Schuld – vom Empfang der Aufforderung an gerechnet – innerhalb einer Zahlungsfrist von 14 Tagen an die von muki bezeichnete Stelle ohne Abrechnung von Überweisungsspesen zu bezahlen. In diesem Zusammenhang ist muki berechtigt, Postgebühren, Mahnspesen und Verzugszinsen in der gesetzlich vorgesehenen Höhe einzuheben. Ist die aushaftende Prämienschuld nach Ablauf der Zahlungsfrist immer noch nicht bezahlt, werden zusätzlich sämtliche gestundete Prämien für das laufende Versicherungsjahr fällig.
- 8.7. Tritt der Versicherungsfall nach Ablauf der Zahlungsfrist ein und ist der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung der Prämien gänzlich oder teilweise im Verzug, sind wir nach Maßgabe der §§ 39 und 39a (VersVG) von der Verpflichtung zur Leistung frei, es sei denn, er war ohne sein Verschulden an der rechtzeitigen Zahlung der Prämie gehindert. Die Leistungsverpflichtung mukis lebt nach Bezahlung aller rückständigen Prämien wieder auf, jedoch besteht kein Anspruch auf Leistung auf Grund von Versicherungsfällen, die nach Ablauf der Zahlungsfrist und vor Nachzahlung der rückständigen Prämien eingetreten sind. Die gegenständliche Bestimmung über die Leistungsfreiheit kommt nicht zum Tragen, wenn der Versicherungsnehmer mit nicht mehr als 10% der Jahresprämie, höchstens aber mit dem in § 39a VersVG genannten Betrag (dzt. Euro 60,00) in Verzug ist.
- 8.8. muki ist berechtigt, den Versicherungsvertrag ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist zu kündigen, wenn sich der Versicherungsnehmer nach Ablauf der Frist von 14 Tagen ab Fälligkeit und Empfang der Aufforderung im Prämienzahlungsverzug befindet. Muki ist berechtigt, den Versicherungsvertrag bereits bei Bestimmung der Zahlungsfrist auf eine Art und Weise zu kündigen, dass die Kündigung mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung der Prämien im Verzug ist.

A. Anzeigepflicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages

- 9.1. muki übernimmt den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, dass der Versicherungsnehmer alle in Verbindung mit dem Versicherungsantrag gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet und uns alle Umstände mitgeteilt hat, die für die Übernahme des Risikos erheblich sind (§ 16 VersVG). Ein Umstand, nach welchem muki ausdrücklich und in geschriebener Form gefragt hat, gilt im Zweifel als erheblich. Es sind aber auch Umstände anzuzeigen, nach denen nicht ausdrücklich in Textform gefragt wird, sofern diese potenziell geeignet sind, den Entschluss mukis, das beantragte Risiko überhaupt bzw. zu den vereinbarten Bedingungen zu übernehmen, zu beeinflussen.

B. Folgen der Verletzung der Anzeigepflicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages

- 9.2. Verletzt der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person schuldhaft die Anzeigepflicht über erhebliche Gefahrenumstände, ist muki berechtigt, vom Vertrag zurückzutreten. Die Anzeigepflicht ist auch dann verletzt, wenn Fragen um Gefahrenumstände unvollständig beantwortet werden.
- 9.3. Unser Rücktritt vom Versicherungsvertrag ist innerhalb eines Monats von jenem Tag an zulässig, an dem muki erstmalig von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erlangt hat.
- 9.4. Erklärt muki den Vertragsrücktritt im Sinne des Pkt. 9.3., nachdem ein Versicherungsfall eingetreten ist, bleibt der Versicherungsschutz bestehen, wenn der Umstand, der den Gegenstand der Anzeigepflicht darstellte, keinen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalles oder den Umfang unserer Leistungsverpflichtung gehabt hat oder haben konnte. muki ist jedoch zur Rückforderung jener Leistungen verpflichtet, die sich auf Tatsachen beziehen, die zum Rücktritt geführt hatten.
- 9.5. Treffen die Voraussetzungen für den Rücktritt nur auf einzelne versicherte Personen zu, so ist muki berechtigt, den Rücktritt auf die Betroffenen zu beschränken. In diesem Falle ist der Versicherungsnehmer seinerseits berechtigt, innerhalb eines Monats nach Erhalt der Rücktrittserklärung den Versicherungsvertrag mit sofortiger Wirkung zur Gänze zu kündigen.
- 9.6. Sind seit dem Abschluss des Versicherungsvertrages mindestens drei Jahre verstrichen, verfällt das Recht mukis, wegen einer Verletzung der Anzeigepflicht beim Abschluss des Vertrages obliegenden Anzeigepflicht vom Vertrag zurückzutreten oder den Vertrag zu kündigen. In Fällen der Arglist bleibt das Rücktrittsrecht hingegen bestehen.
- 9.7. Verletzt der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht schuldlos, ist muki berechtigt, vom Beginn des laufenden Versicherungsjahres an eine der erhöhten Risikosituation angepasste Prämie zu verlangen, und zwar in jenem Umfang, wie der Ge-

schäftsplan bei Vorliegen der muki unbekannt gebliebenen Gefahrenumstände eine höhere Prämie vorsieht. Ist muki die Gefahrenübernahme auch unter Beachtung dieser Prämienanpassungsoption nicht möglich, ist muki berechtigt, das Versicherungsverhältnis unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von einem Monat zu kündigen.

C. Pflichten des Versicherungsnehmers und der versicherten Person während des Bestehens des Versicherungsvertrages

9.8. Der Versicherungsnehmer verpflichtet sich, muki Eintritt, Änderung und Wegfall des Pflegebedarfes unverzüglich in geschriebener Form anzuzeigen.

Er und die versicherte Person haben muki auf Verlangen jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Art oder des Umfanges des Versicherungsschutzes erforderlich ist.

Der Versicherer ist insbesondere berechtigt, jederzeit die Vorlage eines Nachweises hinsichtlich des Anspruches auf das staatliche Pflegegeld und der Pflegestufe einzufordern.

Die versicherte Person verpflichtet sich, sich auf das Verlangen mukis von einem ärztlichen Sachverständigen untersuchen zu lassen und diesem alle Auskünfte zu erteilen, die zur Beurteilung des Versicherungsfalles erforderlich sind. Wird das Einverständnis zur Veranlassung der genannten Untersuchungen vom Versicherungsnehmer oder der jeweiligen versicherten Person versagt, ist muki berechtigt, die beantragten Leistungen zu verweigern. Die Kosten der genannten Untersuchung werden von muki getragen, es sei denn, es wird innerhalb des Zeitraumes von sechs Monaten erneut der Eintritt eines Versicherungsfalles oder eine Änderung des Pflegebedarfes behauptet, ohne dass muki seine Leistungspflicht anerkennt.

9.9. Ab dem Zeitpunkt des tariflichen Leistungsbeginns sind muki ferner die Verlegung des Hauptwohnsitzes ins Ausland sowie jede Verbüßung einer Freiheitsstrafe anzuzeigen.

9.10. Der Versicherungsnehmer und die jeweilige versicherte Person haben dafür zu sorgen, dass der Pflegebedarf gemildert oder behoben wird. Es sind alle Handlungen zu unterlassen, die einer Minderung oder einem Wegfall des Pflegebedarfes entgegenstehen.

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

9.11. Verletzt der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person eine der in den Pkt. 9.8. und 9.9. bezeichneten Obliegenheiten, ist muki von der Verpflichtung frei, sofern die Verletzung vorsätzlich oder grob fahrlässig erfolgt.

Resultiert die Obliegenheitsverletzung nicht aus dem Vorsatz, Art oder Umfang unserer Leistungspflicht zu beeinflussen oder die Feststellung leistungspflichtrelevanter Umstände durch muki zu beeinträchtigen, bleibt muki zur Leistung verpflichtet, soweit die Obliegenheitsverletzung weder auf die Feststellung des Bestehens der Leistungspflicht selbst oder deren Umfang Einfluss gehabt hat.

9.12. Wird die Obliegenheit im Sinne des Pkt. 9.10. durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person verletzt, ist muki von der Leistungspflicht befreit und berechtigt, den Versicherungsvertrag fristlos zu kündigen.

9.13. muki ist darüber hinaus berechtigt, den Versicherungsvertrag entweder zur Gänze oder nur hinsichtlich der betreffenden versicherten Person binnen eines Monats vom Tag der Kenntniserlangung von der Obliegenheitsverletzung ohne

Einhaltung einer Kündigungsfrist zu kündigen. Macht muki von diesem Recht innerhalb dieser Frist nicht Gebrauch, kann muki sich nicht auf die Leistungsfreiheit berufen.

Artikel 10.

Wie kann der Versicherungsvertrag beendet werden?

A. Kündigung durch den Versicherungsnehmer

10.1. Der Versicherungsvertrag wird auf unbestimmte Zeit abgeschlossen, wobei eine Mindestvertragslaufzeit von drei Jahren als vereinbart gilt. Der Versicherungsnehmer hat das Recht, den Versicherungsvertrag zum Ende eines Versicherungsjahres, frühestens zum Ablauf der vereinbarten Mindestlaufzeit, mit einer Frist von einem Monat zur Hauptfälligkeit hin zu kündigen.

10.2. Das Versicherungsjahr bzw. die Hauptfälligkeit richten sich nach dem ursprünglichen Versicherungsbeginn.

10.3. Die Kündigung muss schriftlich erfolgen und ist an die muki Geschäftsleitung zu richten.

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

10.5. Erhöht muki die Prämien einseitig, das heißt ohne in gleichem Umfang eine Leistungserweiterung vorzunehmen, oder vermindert muki einseitig den Leistungsumfang ohne Anpassung der Prämie, 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. Kein Kündigungsrecht besteht jedoch im Falle einer Anpassung im Sinne des § 178f VersVG (vgl. Art. 12).

B. Kündigung durch den Versicherer

10.6. muki verzichtet zur Gänze auf das Recht zur ordentlichen Kündigung des Versicherungsvertrages. Bestehen bleiben aber die außerordentlichen Kündigungsrechte des Versicherers nach Art. 8. Pkt. 8.8. (Prämienverzug), Art. 9. D. Pkt. 9.13. (Obliegenheitsverletzung nach Pkt. 8.10. leg.cit.) Art. 10. A. Pkt. 10.4. (Kündigung hinsichtlich einzelner Personen durch Sie als Versicherungsnehmer) und Art. 10. B. Pkt. 10.7. (wissentlich falsche Angaben).

10.7. Erschleicht sich der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person durch wissentlich falsche Angaben, insbesondere durch Vortäuschung eines Pflegebedarfes, Versicherungsleistungen bzw. versuchen diese zu erschleichen oder wirken an einer solchen Handlung mit, ist muki von seiner Leistungsverpflichtung befreit und hat das Recht, den bestehenden Versicherungsvertrag fristlos zu kündigen.

10.8. Kündigt muki gemäß Art. 10.A. Pkt. 10.4. den Versicherungsvertrag hinsichtlich einzelner Personen, ist der Versicherungsnehmer berechtigt, den Versicherungsvertrag hinsichtlich der übrigen Personen innerhalb einer Frist von einem Monat zum gleichen Termin zu kündigen.

C. Sonstige Beendigungsgründe

10.9. Im Falle des Ablebens des Versicherungsnehmers endet der Versicherungsvertrag. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, den Versicherungsvertrag unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb von zwei Monaten nach dem Ableben des

Versicherungsnehmers unter Wahrung der Formvorschriften nach Art. 11. abzugeben.

- 10.10. Beim Tod einer versicherten Person endet der Versicherungsvertrag hinsichtlich dieser Person.
- 10.11. Der Versicherungsvertrag endet darüber hinaus durch Verlegung des Wohnsitzes des Versicherungsnehmers oder jenes der versicherten Person ins Ausland, es sei denn, es wurde eine abweichende Vereinbarung getroffen. Die Bestimmungen des Pkt. 10.1. gelten sinngemäß.

Artikel 11.

In welcher Form sind Erklärungen abzugeben?

- 11.1. Für alle Mitteilungen und Erklärungen des Versicherungsnehmers an den Versicherer ist die geschriebene Form erforderlich, sofern und soweit nicht gesondert die Schriftform ausdrücklich und mit gesonderter Erklärung vereinbart wurde. Unter geschriebener Form versteht man die Übermittlung eines Textes in Schriftzeichen, 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 (keine elektronische Signatur im Sinne des Signaturgesetzes).
- 11.2. Hat der Versicherungsnehmer den Wohnsitz gewechselt, ohne dies muki mitzuteilen, so genügt zur Rechtswirksamkeit von Willenserklärungen dem Versicherungsnehmer gegenüber die Absendung des Briefes an die letzte muki bekannt gegebene Anschrift.

Artikel 12.

Unter welchen Umständen ist die Prämie anzupassen?

- 12.1. muki verpflichtet sich als Versicherer, zum Zwecke der Aufrechterhaltung und dauerhaften Gewährleistung des vollen Versicherungsschutzes, die Prämie und den Leistungsumfang (Allgemeine und Besondere Versicherungsbedingungen und Tarife) nach Vertragsabschluss ohne Altersbegrenzung, ohne Wartezeiten für die Mehrleistungen und ungeachtet allfälliger Verschlechterungen des Gesundheitszustandes der versicherten Person anzupassen, wenn die nachfolgend genannten Voraussetzungen für eine Prämienanpassung vorliegen:
 - 12.1.1. Änderung des jährlichen, von der Statistik Austria verlautbarten Verbraucherpreisindex (VPI 2005);
 - 12.1.2. Änderung der durchschnittlichen Lebenserwartung;
 - 12.1.3. Änderung der Häufigkeit der Inanspruchnahme von Leistungen nach Art der vertraglich vorgesehenen und deren Aufwendigkeit, bezogen auf die zu diesem Tarif Versicherten;
 - 12.1.4. Änderung des Gesundheitswesens oder der dafür geltenden gesetzlichen Bestimmungen.

12.2. Zur Festsetzung der erforderlichen Anpassung vergleicht muki laufend die der letzten Tarifikalkulation zu Grunde liegenden Faktoren mit den zu erwartenden Faktoren. Ergibt dieser Vergleich eine Änderung der zu erwartenden Leistungen, werden die Leistungen und Prämien dem geänderten Bedarf angepasst. Für die Bemessung der Teilprämie für die Anpassung ist das Alter zum Zeitpunkt der Anpassung maßgebend.

12.3. Die neuen Leistungen und Prämien werden zum Ersten jenes Monats wirksam, der der Benachrichtigung in geschriebener Form des Versicherungsnehmers durch muki folgt.

12.4. Die Anpassung wird nicht wirksam, wenn der Versicherungsnehmer dieser innerhalb eines Monats nach Empfang der Mitteilung in geschriebener Form widerspricht. Diese Mitteilung hat einen Hinweis auf die Möglichkeit der Ablehnung der Anpassung zu enthalten. Im Falle eines Widerspruchs ist der Versicherungsvertrag mit höchstens gleich bleibender Prämie und angemessen geänderten Leistungen (Ersatztarif) fortzuführen. In diesem Falle ist muki nicht mehr verpflichtet, zu einem späteren Zeitpunkt eine Anpassung der Versicherungsleistung durchzuführen.

12.5. Der Widerspruch kann durch den Versicherungsnehmer binnen 3 Monaten ab dem Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Anpassung zurückgezogen werden. In diesem Falle tritt die Anpassung in der ursprünglichen Form zum ursprünglichen Zeitpunkt in Kraft.

12.6. Der Versicherungsnehmer hat das Recht, während der Laufzeit des Vertrages unter Anrechnung der aus der Vertragslaufzeit erworbenen Rechte und der Altersrückstellungen in einen anderen im Geschäftsplan vorgesehenen Tarif derselben Versicherungsart (§ 178b VersVG) bis zum bisherigen Deckungsumfang zu wechseln.

Artikel 13.

Anzuwendendes Recht, Gerichtsstand, Erfüllungsort

13.1. Auf gegenständlichen Vertrag ist österreichisches Recht anzuwenden.

13.2. Erfüllungsort für beiderseitige aus dem Vertrag erwachsende Verpflichtungen ist der Firmensitz des muki VVaG.

13.3. Klagen gegen muki können beim sachlich zuständigen Gericht für jenen Ort anhängig gemacht werden, an dem sich der Firmensitz befindet, oder an jenem Ort, wo der Vermittlungsagent zur Zeit der Vermittlung seine gewerbliche Niederlassung oder in Ermangelung solcher seinen Wohnsitz hatte.

13.4. Für Klagen gegen den Versicherungsnehmer ist jenes Gericht örtlich zuständig, in dessen Sprengel dieser seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt hat oder seine Beschäftigung ausübt.

ANHANG 1 zu den APV 2008 (Fassung 01/2013)

Höhe der Leistung im Versicherungsfall

1. Monatliche Pflegepauschale

Pflegebedürftigkeit in den Pflegestufen 1, 2 oder 3 begründet keinen Leistungsanspruch. Bei Eintritt einer Pflegebedürftigkeit ab Pflegestufe 4 wird folgende monatliche Pflegepauschale zur Auszahlung gebracht:

Pflegestufe 4	€ 840,-
Pflegestufe 5	€ 1.280,-
Pflegestufe 6	€ 1.720,-
Pflegestufe 7	€ 2.200,-

Die Versicherungsleistung und die Prämie werden jährlich mit dem von der Statistik Austria verlautbarten Verbraucherpreisindex VPI 2005 angepasst. Die Anpassung erfolgt auf der Basis des Standes zum Juli des Vorjahres jeweils zum 1.1. eines jeden Kalenderjahres (Ausgangsbasis zum Tarifstart ist der Wert vom Juli 2008: 107,6).

2. Einmalige Zusatzleistung

Der Anspruch auf Auszahlung einer einmaligen Zusatzleistung entsteht 6 Monate, nachdem eine Pflegebedürftigkeit im Sinne des Bundespflegegeldgesetzes ohne Befristung festgestellt wurde und unter folgenden weiteren Voraussetzungen:

- 2.1. Bei erstmaligem Eintritt einer Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe 4 oder 5 leistet der Versicherer eine einmalige Zusatzleistung im Betrag von € 24.000,-.
- 2.2. Bei erstmaligem Eintritt einer Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe 6 oder 7 leistet der Versicherer eine einmalige Zusatzleistung im Betrag von € 36.000,-.
- 2.3. Ergibt sich ausgehend von Pflegestufe 4 oder 5 in der Folge eine höhere Pflegebedürftigkeit in der Pflegestufe 6 oder 7, wird durch den Versicherer einmalig ein weiterer Betrag von € 12.000,- ausbezahlt.
- 2.4. Die Höhe der in 2.1., 2.2. und 2.3. genannten einmaligen Zusatzleistungen ist insgesamt mit € 36.000,- für die gesamte Versicherungsdauer beschränkt.
- 2.5. Bei Herabsetzung der Pflegebedürftigkeit unter Pflegestufe 4 sind die in 2.1., 2.2. und 2.3. genannten einmaligen Zusatzleistungen nicht an den Versicherer zurückzuzahlen. Sofern nach Herabsetzung der Pflegestufe erneut ein Anspruch auf Pflegegeld entsteht, wird dadurch kein neuerlicher Anspruch auf einmalige Zusatzleistung begründet.

3. Sterbekostenzuschuss

Stirbt der Versicherte, wird ein einmaliger Sterbekostenzuschuss im Betrag von € 400,- zur Auszahlung gebracht. Der Nachweis über den Todesfall hat durch Vorlage einer amtlichen Sterbeurkunde zu erfolgen. Die Leistung durch den Versicherer erfolgt binnen 14 Tagen an den Überbringer der Versicherungspolizze.

ANHANG 2 zu den APV 2008 (Fassung 01/2013)

Wiedergabe der in den APV erwähnten Gesetzesbestimmungen

Auszug aus Bundespflegegeldgesetz (BPGG)

BGBl. Nr. 110/1993 idF. BGBl. I Nr. 111/2010

§ 4.

1. Das Pflegegeld gebührt bei Zutreffen der übrigen Anspruchsvoraussetzungen, wenn auf Grund einer körperlichen, geistigen oder psychischen Behinderung oder einer Sinnesbehinderung der ständige Betreuungs- und Hilfsbedarf (Pflegebedarf) voraussichtlich mindestens sechs Monate andauern wird oder würde.

2. Anspruch auf Pflegegeld besteht in Höhe der
Stufe 1: für Personen, deren Pflegebedarf nach Abs. 1 durchschnittlich mehr als 60 Stunden monatlich beträgt;

Stufe 2: für Personen, deren Pflegebedarf nach Abs. 1 durchschnittlich mehr als 85 Stunden monatlich beträgt;

Stufe 3: für Personen, deren Pflegebedarf nach Abs. 1 durchschnittlich mehr als 120 Stunden monatlich beträgt;

Stufe 4: für Personen, deren Pflegebedarf nach Abs. 1 durchschnittlich mehr als 160 Stunden monatlich beträgt;

Stufe 5: für Personen, deren Pflegebedarf nach Abs. 1 durchschnittlich mehr als 180 Stunden monatlich beträgt, wenn ein außergewöhnlicher Pflegeaufwand erforderlich ist;

Stufe 6: für Personen, deren Pflegebedarf nach Abs. 1 durchschnittlich mehr als 180 Stunden monatlich beträgt, wenn

1. zeitlich unkoordinierbare Betreuungsmaßnahmen erforderlich sind und diese regelmäßig während des Tages und der Nacht zu erbringen sind oder

2. die dauernde Anwesenheit einer Pflegeperson während des Tages und der Nacht erforderlich ist, weil die Wahrscheinlichkeit einer Eigen- oder Fremdgefährdung gegeben ist;

Stufe 7: für Personen, deren Pflegebedarf nach Abs. 1 durchschnittlich mehr als 180 Stunden monatlich beträgt, wenn

1. keine zielgerichteten Bewegungen der vier Extremitäten mit funktionseller Umsetzung möglich sind oder

2. ein gleichzeitiger Zustand vorliegt.

3. Bei der Beurteilung des Pflegebedarfes von Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 15. Lebensjahr ist nur jenes Ausmaß an Pflege zu berücksichtigen, das über das erforderliche Ausmaß von gleichaltrigen nicht behinderten Kindern und Jugendlichen hinausgeht. Hierbei ist auf die besondere Intensität der Pflege bei schwerst behinderten Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 7. bzw. bis zum vollendeten 15. Lebensjahr Bedacht zu nehmen. Um den erweiterten Pflegebedarf schwerst behinderter Kinder und Jugendlicher zu erfassen, ist abgestimmt nach dem Lebensalter jeweils zusätzlich ein Pauschalwert hinzuzurechnen, der den Mehraufwand für die pflegeerschwerenden Faktoren der gesamten Pflegesituation pauschal abzugelten hat (Erschwerniszuschlag).
4. Der Pauschalwert gemäß Abs. 3 ist anzuwenden, wenn behinderungsbedingt zumindest zwei voneinander unabhängige, schwere Funktionseinschränkungen vorliegen. Solche Funktionseinschränkungen sind insbesondere schwere Ausfälle im Sinnesbereich, schwere geistige Entwicklungsstörungen, schwere Verhaltensauffälligkeiten oder schwere körperliche Funktionseinschränkungen.
5. Bei der Beurteilung des Pflegebedarfes von pflegebedürftigen Personen ab dem vollendeten 15. Lebensjahr mit einer schweren geistigen oder schweren psychischen Behinderung, insbesondere einer demenziellen Erkrankung, ist auf die besondere Intensität der Pflege in diesen Fällen Bedacht zu nehmen; um den erweiterten Pflegebedarf von pflegebedürftigen Personen mit einer schweren geistigen oder schweren psychischen Behinderung, insbesondere einer demenziellen Erkrankung, entsprechend zu erfassen, ist zusätzlich jeweils ein Pauschalwert hinzuzurechnen, der den Mehraufwand für die aus der schweren geistigen oder schweren psychischen Behinderung, insbesondere einer demenziellen Erkrankung, erfließenden pflegeerschwerenden Faktoren der gesamten Pflegesituation pauschal abzugelten hat (Erschwerniszuschlag).
6. Pflegeerschwerende Faktoren gemäß Abs. 5 liegen vor, wenn sich Defizite der Orientierung, des Antriebes, des Denkens, der planerischen und praktischen Umsetzung von Handlungen, der sozialen Funktion und der emotionalen Kontrolle in Summe als schwere Verhaltensstörung äußern.
7. Der Bundesminister für Soziales und Konsumentenschutz ist ermächtigt, nach Anhörung des Bundesbehindertenbeirates (§ 8 des Bundesbehindertengesetzes, BGBl. Nr. 283/1990) nähere Bestimmungen für die Beurteilung des Pflegebedarfes durch Verordnung festzulegen.

Die Verordnung kann insbesondere festlegen:

1. eine Definition der Begriffe „Betreuung“ und „Hilfe“;

2. Richtwerte für den zeitlichen Betreuungsaufwand, wobei verbindliche Mindestwerte zumindest für die tägliche Körperpflege, die Zubereitung und das Einnehmen von Mahlzeiten sowie für die Verrichtung der Notdurft festzulegen sind,

3. verbindliche Pauschalwerte für den Zeitaufwand der Hilfsverrichtungen, wobei der gesamte Zeitaufwand für alle Hilfsverrichtungen nicht höchstens 50 Stunden pro Monat festgelegt werden darf, und

4. verbindliche Pauschalwerte (Erschwerniszuschläge) für den zusätzlichen Pflegeaufwand schwerst behinderter Kinder und Jugendlicher bis zum vollendeten 7. bzw. bis zum vollendeten 15. Lebensjahr gemäß Abs. 3 sowie für den zusätzlichen Pflegeaufwand pflegebedürftiger Personen mit einer schweren geistigen oder schweren psychischen Behinderung, insbesondere einer demenziellen Erkrankung, ab dem vollendeten 15. Lebensjahr gemäß Abs. 5.

**Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz 1958
(VersVG - BGBl. Nr. 2/1959 idF. 07/2009)**

§ 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 in geschriebener Form 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.

§ 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 Versicherungsfalles und nach Ablauf der Frist des Abs. 1 noch nicht gezahlt, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, es sei denn, dass der Versicherungsnehmer an der rechtzeitigen Zahlung der Prämie ohne sein Verschulden verhindert war.
3. Die Aufforderung zur Prämienzahlung hat die im Abs. 1 und 2 vorgesehenen Rechtsfolgen nur, wenn der Versicherer den Versicherungsnehmer dabei auf diese hingewiesen hat.
4. Die Nichtzahlung von Zinsen oder Kosten löst die Rechtsfolgen der Abs. 1 und 2 nicht aus.

§ 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 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 Kündigung fallen fort, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, falls die Kündigung mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach dem Ablauf der Zahlungsfrist die Zahlung nachholt, 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.

§ 178b.

1. Bei der Krankheitskostenversicherung ist der Versicherer verpflichtet, die Aufwendungen für medizinisch notwendige Heilbehandlung wegen Krankheit oder Unfallfolgen und für sonstige vereinbarte Leistungen einschließlich medizinischer Betreuung und Behandlung bei Schwangerschaft und Entbindung im vereinbarten Umfang zu ersetzen.
2. Bei der Krankenhaustagegeldversicherung ist der Versicherer verpflichtet, bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung das vereinbarte Krankenhaustagegeld zu leisten.
3. Bei der Krankengeldversicherung ist der Versicherer verpflichtet, den als Folge von Krankheit oder Unfall durch Arbeitsunfähigkeit verursachten Verdienstaufschlag durch das vereinbarte Krankengeld zu ersetzen.
4. In der Pflegekrankenversicherung ist der Versicherer verpflichtet, im Fall der Pflegebedürftigkeit die Aufwendungen, die für die Pflege der versicherten Person entstehen, im vereinbarten Umfang zu ersetzen (Pflegekostenversicherung) oder das vereinbarte Tagegeld zu leisten (Pflegegeldversicherung).
5. Die Kosten und Risiken der medizinischen Betreuung und Behandlung im Zusammenhang mit der Schwangerschaft, der Entbindung und der Mutterschaft dürfen in der Krankenversicherung nicht zu unterschiedlichen Prämien oder Leistungen zwischen Frauen und Männern führen.

§ 178f.

1. Eine Vereinbarung, nach der der Versicherer berechtigt ist, die Prämie nach Vertragsabschluss einseitig zu erhöhen oder den Versicherungsschutz einseitig zu ändern, etwa einen Selbstbehalt einzuführen, ist - unbeschadet des § 6 Abs. 1 Z 5 KSchG beziehungsweise des § 6 Abs. 2 Z 3 KSchG - nur mit den sich aus den Abs. 2 und 3 ergebenden Einschränkungen wirksam.
2. Als für Änderungen der Prämie oder des Versicherungsschutzes maßgebende Umstände dürfen nur die Veränderungen folgender Faktoren vereinbart werden:
 1. eines in der Vereinbarung genannten Index,
 2. der durchschnittlichen Lebenserwartung,
 3. der Häufigkeit der Inanspruchnahme von Leistungen nach Art der vertraglich vorgesehenen und deren Aufwendigkeit, bezogen auf die auf die zu diesem Tarif Versicherten,
 4. des Verhältnisses zwischen den vertraglich vereinbarten Leistungen und den entsprechenden Kostenersätzen der gesetzlichen Sozialversicherungen,
 5. 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
 6. des Gesundheitswesens oder der dafür geltenden gesetzlichen Bestimmungen.

Bloß vom Älterwerden des Versicherten oder von der Verschlechterung seines Gesundheitszustandes abhängige Anpassungen dürfen jedenfalls nicht vereinbart werden, insbesondere ist eine Prämienanpassung unzulässig, um eine schon bei Eingehung der Versicherung unzureichend kalkulierte Alterungsrückstellung zu ersetzen. 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.

3. Erhöht der Versicherer die Prämie, so hat er dem Versicherungsnehmer auf dessen Verlangen die Fortsetzung des Vertrages mit höchstens gleichbleibender Prämie und angemessen geänderten Leistungen anzubieten.
4. Die Erklärung einer rückwirkenden Änderung der Prämie oder des Versicherungsschutzes ist unwirksam; die Erklärung wirkt erst ab dem der Absendung folgenden Monatsersten.