

**Versicherungsbedingungen für die Krankenversicherung
ERGO Zahnerhaltversicherung (VBKZEH 2024)**

Anhang G324

Versicherungsart und Vertragspartner	2
Begriffsbestimmungen	2
Versicherungsschutz	3
1. Leistungen im Versicherungsfall	3
2. Gegenstand und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes	4
3. Beginn des Versicherungsschutzes	4
4. Wartezeiten	4
5. Art und Umfang des Versicherungsschutzes	4
6. Einschränkung des Versicherungsschutzes	5
7. Abwicklung von Leistungsansprüchen	5
8. Ruhen des Versicherungsschutzes	5
9. Ende des Versicherungsschutzes	5
Pflichten des Versicherungsnehmers	6
10. Zahlungsverpflichtung	6
A. Versicherungsprämien und Gebühren	6
B. Zahlungsverzug und dessen Folgen	6
11. Obliegenheiten	6
A. Anzeigepflicht vor Abschluss des Versicherungsvertrags	6
B. Folgen der Verletzung der Anzeigepflicht vor Abschluss des Versicherungsvertrags	6
C. Pflichten des Versicherungsnehmers und der versicherten Person(en) während des Bestehens des Versicherungsvertrags vor Eintritt des Versicherungsfalls	6
D. Pflichten des Versicherungsnehmers und der versicherten Person(en) während des Bestehens des Versicherungsvertrags nach Eintritt des Versicherungsfalls	6
E. Folgen der Verletzung von Pflichten während des Bestehens des Versicherungsvertrags	7
12. Ansprüche gegen Dritte	7
Ende des Versicherungsvertrags	7
13. Kündigung durch den Versicherungsnehmer	7
14. Einseitige Vertragsbeendigung durch den Versicherer	7
15. Sonstige Beendigungsgründe	7
Sonstige Bestimmungen	7
16. Form und Empfänger von Willenserklärungen und Anzeigen	7
17. Erfüllungsort und Gerichtsstand	8
18. Änderung der Prämie oder des Versicherungsschutzes	8
19. Vertragsgrundlagen	8
20. Gewinnbeteiligung	8
21. Aufsichtsbehörde, Beschwerden; Bericht über Solvabilität und Finanzlage	8

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit der Texte wird auf die gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers verzichtet.

Versicherungsart und Vertragspartner

Diese Versicherung ist eine private Krankenversicherung in Form einer Krankheitskostenversicherung mit Versicherungsschutz für Aufwendungen für medizinisch notwendige Heilbehandlung wegen Krankheit oder Unfallfolgen für **Zahnerhaltmaßnahmen** wie im Abschnitt "Begriffsbestimmungen" definiert.

Versicherte Personen im Rahmen dieser Versicherung können nur Personen mit Hauptwohnsitz in Österreich sein, die als Pflicht-/Selbst-/Mitversicherte in einer gesetzlichen Sozialversicherung – oder zu einem Sozialversicherungssatztarif bei einem österreichischen Versicherer privat – krankenversichert sind.

Der Versicherungsvertrag besteht zwischen dem Versicherungsnehmer (in der Folge „**Sie**“ bzw. „**Ihr**“ genannt) und ERGO Versicherung Aktiengesellschaft, ERGO Center, Businesspark Marximum / Objekt 3, Modecenterstraße 17, 1110 Wien als Versicherer (in der Folge „**wir**“ bzw. „**uns**“ genannt) abgeschlossen.

Begriffsbestimmungen

Die nachstehenden Begriffe haben in diesen Versicherungsbedingungen sowie in den zu den Vertragsgrundlagen gehörenden Unterlagen gemäß Punkt 19 jeweils die im Folgenden definierte Bedeutung:

- I. **Zahnerhaltmaßnahmen** umfassen folgende drei Behandlungsgruppen
 - A) Zahnerhaltbehandlungen gemäß den Regelungen bei "Versicherungsschutz" in Punkt 1 a) A),
 - B) kieferorthopädische Behandlungen aufgrund eines Unfalls, für Kinder auch nicht-unfallbedingt jeweils gemäß den Regelungen bei "Versicherungsschutz" in Punkt 1 a) B) und
 - C) Zahnvorsorgebehandlungen gemäß den Regelungen bei "Versicherungsschutz" in Punkt 1 a) C); dies jeweils im Versicherungsfall gemäß Punkt 1a) (siehe zu den Ausschlüssen Punkt 1b)), nach Art und Umfang des Versicherungsschutzes in Punkt 5 und mit den Einschränkungen gemäß Punkt 6.
- II. **Zahnschädigung** ist eine Gesundheitsschädigung/Krankheit an einem oder mehreren Zähnen. Zahn-/Kieferfehlstellungen gelten ebenfalls als Krankheiten.
- III. **Unfall**
 - a. Ein **Unfall** liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein **plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis** unfreiwillig eine Zahnschädigung oder Zahn-/Kieferfehlstellung erleidet.
 - b. Als Unfall gelten auch Zahnschädigungen, welche die versicherte Person aufgrund von Erfrierungen, Verbrennungen, Verbrühungen oder Einwirkungen von Blitzschlag/Strom sowie bei Bemühungen zur Rettung von Menschen-/Tierleben, bei rechtmäßiger Verteidigung oder durch plötzlich (ggf. auch über Stunden) ausströmende Gase/Dämpfe erleidet.
 - c. Krankheiten gelten **nicht** als Unfälle; übertragbare Krankheiten sowie Zahnschädigungen durch Kauen gelten **nicht** als Unfallfolge.
 - d. Zahnschädigungen durch Unfälle aufgrund von Herzinfarkt oder Schlaganfall gelten als Unfallfolge.
- IV. **Krankheit und kosmetische Behandlungen**
 - a. **Krankheit** ist ein anormaler körperlicher oder geistiger Zustand, der eine nicht ganz unerhebliche Störung körperlicher oder geistiger Funktionen mit sich bringt.
 - b. **Kosmetische Behandlungen** (z.B. Zahnbleaching, Veneers, Zahnschmuck) dienen nicht der Behebung einer Fehlfunktion des Körpers und damit der Heilung einer therapiebedürftigen Erkrankung. Das Ergebnis der kosmetischen Behandlung dient vornehmlich der Ästhetik.
- V. Als **ordentlicher Wohnsitz (Hauptwohnsitz)** ist jener Ort zu verstehen, an dem Sie bzw. die versicherte Person sich niedergelassen haben, in der nachgewiesenen oder aus den Umständen hervorgehenden Absicht, dort Ihren bzw. deren bleibenden Aufenthalt zu nehmen.
- VI. Als **Krankenversicherung der gesetzlichen österreichischen Sozialversicherung** gelten die Sozialversicherungsträger und die Krankenfürsorgeanstalt/-einrichtung.
- VII. **Stationäre** (im Unterschied zu ambulanten) **Zahnerhaltmaßnahmen** sind Zahnerhaltmaßnahmen im Rahmen eines medizinisch notwendigen stationären Aufenthalts auf Anraten eines Arztes in sanitätsbehördlich genehmigten Krankenhäusern, sofern diese ständige ärztliche Anwesenheit vorsehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen, nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft arbeiten, nicht auf Anwendung bestimmter Behandlungsmethoden ausgerichtet sind, sowie Krankengeschichten führen.
- VIII. **Zahnarzt** im Sinne der Bedingungen sind Zahnärzte und Fachärzte für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde als Angehörige des zahnärztlichen Berufs entsprechend § 1 Abs 2 des Zahnärztegesetzes (ZahnärzteG).
- IX. **Bbeauftragte Personen** sind vom Zahnarzt mit einer rund um die Zahnerhaltmaßnahme erforderlichen Tätigkeit (wie z.B. zahnärztliche Assistenz, Prophylaxeassistenz, Zahntechnik) Betraute.
- X. **Erwachsene** sind Personen ab dem auf die Vollendung des 18. Lebensjahres folgenden Monatsersten (0 Uhr); bis zum Tag davor (24 Uhr) gelten Personen als Kinder.
- XI. **Medizinisch notwendig** ist eine Behandlung, die vor ihrer Durchführung (ex ante) geeignet erscheint, den angestrebten Behandlungserfolg herbeizuführen. Die medizinische Notwendigkeit und der Zeitpunkt ihres erstmaligen Vorliegens sind anhand eines medizinischen Befunds und der medizinischen Erkenntnisse nach objektiven Kriterien zu beurteilen. Die Beweislast dafür, dass die medizinische Notwendigkeit vor Vertragsabschluss vorgelegen hat, trifft den Versicherer.
- XII. **Ärztlich angeraten** ist eine Behandlung, die ein Zahnarzt konkret empfiehlt. Bei kieferorthopädischen Behandlungen gelten ab Erstellung eines Heilkostenplans oder Kostenvoranschlags alle darin genannten Maßnahmen und gleichartige Maßnahmen zur Behebung der zugrundeliegenden diagnostizierten Zahnfehlstellung als ärztlich angeraten.
- XIII. Als **international gebräuchliches Zahnschema** gilt das Zahnschema der Fédération Dentaire Internationale (kurz: FDI-Zahnschema).

Versicherungsschutz

1. Leistungen im Versicherungsfall

a) Wir erstatten

- den im Versicherungsvertrag jeweils vereinbarten Anteil bezahlter Rechnungen für versicherte Zahnerhaltmaßnahmen,
 - abzüglich aller diesbezüglichen Leistungen aus gesetzlichen Sozial- und anderweitigen Versicherungen,
 - bis zu den im Versicherungsvertrag jeweils vereinbarten Höchstbeträgen pro versicherte Person.
- Maßgeblich für die zeitliche Zuordnung der Höchstbeträge ist das jeweilige Behandlungsdatum.

Zahnerhaltmaßnahmen umfassen folgende drei Behandlungsgruppen:

A) Zahnerhaltbehandlungen:

Zahnerhaltbehandlungen umfassen

- Füllungen und Inlays,
- Wurzelbehandlungen (Wurzelkanalbehandlung/-revision und Wurzelspitzenresektionen),
- Parodontitisbehandlungen,
- Knirscherschienen sowie
- Extraktionen/operative Entfernungen von Weisheits- und Milchzähnen.

Als Versicherungsfall gelten erstmals ab Versicherungsbeginn medizinisch notwendige Zahnerhaltbehandlungen, die während der Vertragslaufzeit auf ärztliches Anraten erfolgen.

Reparaturen und Austausch von Füllungen/Inlays/Knirscherschienen gelten ebenfalls als versicherte Zahnerhaltbehandlung, sofern die Reparatur oder der Austausch erstmals ab Versicherungsbeginn medizinisch notwendig war und während der Vertragslaufzeit auf ärztliches Anraten erfolgt sowie die vorhandenen Füllungen/Inlays/Knirscherschienen entweder bei Versicherungsbeginn voll funktionsfähig waren oder erst ab Versicherungsbeginn eingesetzt/angepasst/fixiert wurden.

Im unmittelbaren Zusammenhang mit der versicherten Zahnerhaltbehandlung leisten wir auch für ab Versicherungsbeginn durchgeführte

- lokale Anästhesien,
- zahntechnische Laborarbeiten und Materialien,
- Provisorien sowie
- vorbereitende diagnostische, therapeutische, funktionstherapeutische und funktionsanalytische Leistungen (wie z.B. Kiefer-/Zahnrontgen).

Außerdem sind zahnärztliche Kontrolluntersuchungen mitversichert.

B) Kieferorthopädische Behandlungen

Kieferorthopädische Behandlungen umfassen

- abnehmbare Kieferregulierungen/Zahnspangen inkl. Aligner und
- festsitzende Kieferregulierungen/Zahnspangen.

Kieferorthopädische Behandlungen bei Unfall für Erwachsene und Kinder: Als Versicherungsfall gelten medizinisch notwendige kieferorthopädische Behandlungen, die – aufgrund eines Unfalls der versicherten Person ab Versicherungsbeginn – während der Vertragslaufzeit auf ärztliches Anraten erfolgen.

Kieferorthopädische Behandlungen bei Kindern: Als Versicherungsfall gelten **zusätzlich** auch nicht-unfallbedingte Behandlungen, die erstmals ab Versicherungsbeginn ärztlich angeraten werden und frühestens nach Ablauf einer Wartezeit von 8 Monaten ab Versicherungsbeginn erfolgen. Für bei Kindern begonnene kieferorthopädische Behandlungen besteht unsere Leistungspflicht bis zu dem auf die Vollendung des 21. Lebensjahres folgenden Monatsersten, sofern der Versicherungsvertrag bis dahin aufrecht ist.

Reparaturen von abnehmbaren und festsitzenden Kieferregulierungen/Zahnspangen während der Vertragslaufzeit – aufgrund eines Unfalls der versicherten Person ab Versicherungsbeginn – gelten ebenfalls als versicherte kieferorthopädische Behandlung, sofern die vorhandene abnehmbare bzw. festsitzende Kieferregulierung/Zahnspange entweder bei Versicherungsbeginn voll funktionsfähig war oder erst nach Versicherungsbeginn ärztlich angeraten wurde, und diese kieferorthopädische Behandlung medizinisch notwendig ist. Für Kinder gilt dies auch nicht-unfallbedingt nach Ablauf einer Wartezeit von 8 Monaten ab Versicherungsbeginn.

Im unmittelbaren Zusammenhang mit der versicherten kieferorthopädischen Behandlung leisten wir auch für ab Versicherungsbeginn durchgeführte

- lokale Anästhesien,
- zahntechnische Laborarbeiten und Materialien,
- Provisorien und Retentionsgeräte sowie
- vorbereitende diagnostische, therapeutische, funktionstherapeutische und funktionsanalytische Leistungen (wie z.B. Kiefer-/Zahnrontgen),

sofern dies aufgrund eines Unfalls ab Versicherungsbeginn durchgeführt wird, bei Kindern auch nicht-unfallbedingt nach Ablauf einer Wartezeit von 8 Monaten ab Versicherungsbeginn.

C) Zahnvorsorgebehandlungen:

Zahnvorsorgebehandlungen umfassen

- Mundhygiene (professionelle Reinigungen für Zähne und für fixen bzw. herausnehmbaren Zahnersatz) und Fluoridbehandlungen sowie
- Fissurenversiegelungen,

außer im Zusammenhang mit kieferorthopädischen Behandlungen gemäß Punkt 1 a) B).

Als Versicherungsfall gelten während der Vertragslaufzeit durchgeführte Zahnvorsorgebehandlungen.

b) Nicht versichert sind:

- vor Versicherungsbeginn medizinisch notwendige Zahnerhaltbehandlungen gemäß Punkt 1 a) A) (wie z.B. gegen chronische Parodontitis),
- vor Versicherungsbeginn ärztlich angeratene kieferorthopädische Behandlungen gemäß Punkt 1 a) B),
- vor Versicherungsbeginn begonnene und bei Versicherungsbeginn nicht abgeschlossene Zahnerhaltmaßnahmen gemäß Punkt 1a) A) bis C),
- Zahnerhaltbehandlungen gemäß Punkt 1 a) A) bzw. kieferorthopädische Behandlungen gemäß Punkt 1 a) B) zu bei Versicherungsbeginn provisorischem (nicht dauerhaftem) oder reparaturbedürftigem Zahnerhalt,
- **Zahnersatzmaßnahmen** (insb. Kronen, Teilkronen, Brücken, Prothesen oder Implantate und implantatgetragener Zahnersatz),

- Behandlungen, die ausschließlich den Mund-/Kieferraum betreffen (wie z.B. Entfernung von Zysten, Erkrankungen der Mundschleimhaut (Stomatitis)),
- Zahnerhaltbehandlungen gemäß Punkt 1 a) A) bzw. kieferorthopädische Behandlungen gemäß Punkt 1 a) B) aus kosmetischen oder psychosomatischen Gründen, soweit diese Maßnahmen nicht der Beseitigung von Unfallfolgen dienen,
- andere kosmetische Behandlungen (insb. Zahnbleaching, Veneers, Zahnschmuck) sowie deren Folgen;
- Schnarcherschienen bzw. im Zusammenhang mit Zahnersatzmaßnahmen erforderliche Aufbissbehelfe;
- kieferorthopädische Behandlungen gemäß Punkt 1 a) B) für Erwachsene, die nicht aufgrund eines Unfalls der erwachsenen versicherten Person erfolgen,
- vorbereitende Operationen (z.B. für Zahnimplantate, Kieferoperationen),
- Zahnextraktionen/operative Zahnentfernungen, außer von Weisheits- oder Milchzähnen,
- alternativ zur Schulmedizin angewendete Anästhesien (z.B. Lachgas, Hypnose) und über lokale Anästhesien hinausgehende Narkosen.

c) Beachten Sie Punkt 5 zu Art und Umfang des Versicherungsschutzes sowie Punkt 6 zu Einschränkung des Versicherungsschutzes.

2. Gegenstand und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

- (1) Im Versicherungsfall hat die versicherte Person Anspruch auf Versicherungsschutz im Rahmen des gewählten Tarifs ERGO Zahnerhaltversicherung.
- (2) Der Versicherungsfall beginnt mit der auf ärztliches Anraten medizinisch notwendigen Zahnerhaltbehandlung gemäß Punkt 1 a) A) bzw. auf ärztliches Anraten medizinisch notwendigen kieferorthopädischen Behandlung gemäß Punkt 1 a) B) und endet, wenn nach medizinischem Befund die Notwendigkeit dieser Behandlung nicht mehr besteht. Bei Zahnvorsorgebehandlungen gemäß Punkt 1 a) C) umfasst der Versicherungsfall die jeweils durchgeführte Vorsorgemaßnahme.
- (3) Die Kosten der Versicherungsleistungen aufgrund eines Unfalls der versicherten Person sind versichert, wenn der Unfall während der Vertragslaufzeit passiert und die Zahnerhaltbehandlung gemäß Punkt 1 a) A) bzw. kieferorthopädischen Behandlung gemäß Punkt 1 a) B) während der Vertragslaufzeit innerhalb von zwei Jahren ab dem Unfalltag erfolgt.
Die Kosten der Zahnvorsorgeleistungen aufgrund einer anderen Ursache sind versichert, wenn die Zahnerhaltbehandlung gemäß Punkt 1 a) A) während der Vertragslaufzeit erstmals medizinisch notwendig wird und erfolgt bzw. die kieferorthopädische Behandlung gemäß Punkt 1 a) B) erstmals ab Versicherungsbeginn ärztlich angeraten wird und frühestens nach Ablauf einer Wartezeit von 8 Monaten ab Versicherungsbeginn während der Vertragslaufzeit erfolgt.
Die Kosten von Zahnvorsorgebehandlungen gemäß Punkt 1 a) C) sind versichert, wenn sie während der Vertragslaufzeit durchgeführt werden.
Für die in Punkt 6 Absatz (3) bestimmten Umstände besteht kein Versicherungsschutz.
- (4) Versicherungsnehmer kann nur eine Person sein, die in Österreich ihren Hauptwohnsitz hat. Wählt der Versicherungsnehmer ein Kind als versicherte Person, muss der Versicherungsnehmer der gesetzliche Vertreter für diese versicherte Person sein.
- (5) Versicherte Person kann nur eine Person sein, die ihren Hauptwohnsitz in Österreich hat und die in einer gesetzlichen Sozialversicherung – oder zu einem Sozialversicherungsersatztarif bei einem österreichischen Versicherer privat – krankenversichert ist.
- (6) Eine versicherte Person hat weltweiten Versicherungsschutz, wenn und solange sie ihren Hauptwohnsitz in Österreich hat und sie in einer gesetzlichen Sozialversicherung – oder zu einem Sozialversicherungsersatztarif bei einem österreichischen Versicherer privat – krankenversichert ist.

3. Beginn des Versicherungsschutzes

- (1) Sobald wir die Annahme Ihres Versicherungsantrags durch Zustellung der Police erklären und Sie die erste Versicherungsprämie bzw. Prämienrate (gemäß Punkt 10 Absatz (1), (4) und (6)) bezahlt haben, beginnt der Versicherungsschutz zum in der Police genannten Versicherungsbeginn und nach Ablauf einer etwaigen Wartezeit gemäß Punkt 4 Absatz (1).
- (2) Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem Versicherungsbeginn, sofern dies der erste eines Kalendermonats ist; ansonsten mit dem darauf folgenden Monatsersten (Prämienhauptfälligkeit).

4. Wartezeiten

- (1) Für nicht-unfallbedingte kieferorthopädische Behandlungen gemäß Punkt 1 a) B) ist eine besondere Wartezeit von 8 Monaten ab Versicherungsbeginn vereinbart. Tritt ein Versicherungsfall vor Ablauf der Wartezeit ein, so ist der Versicherer gemäß § 178d Absatz 3 Versicherungsvertragsgesetz (VersVG) zur Leistung nur dann verpflichtet, wenn der Versicherungsnehmer beweist, dass die Krankheit erst nach Vertragsabschluss erkennbar wurde.

- (2) Abgesehen von der besonderen Wartezeit gemäß Absatz 1 gibt es keine Wartezeiten für die Inanspruchnahme der Versicherungsleistung.

5. Art und Umfang des Versicherungsschutzes

- (1) Art und Umfang des Versicherungsschutzes ergeben sich aus den vorliegenden Versicherungsbedingungen und dem Versicherungsantrag sowie der Police.
- (2) Versicherungsschutz besteht für
 - ambulante Zahnerhaltmaßnahmen in den Praxisräumen eines Zahnarztes sowie
 - stationäre Zahnerhaltmaßnahmen in Krankenhäusern, welche die Anforderungen der Begriffsbestimmungen Punkt VII) erfüllen, wenn eine ambulante Zahnerhaltmaßnahme aus medizinischen Gründen nicht möglich ist.
- (3) Die versicherte Person hat freie Wahl unter den niedergelassenen, zur selbständigen Ausübung des ärztlichen Berufs zugelassenen Ärzten; bei medizinischer Notwendigkeit werden während eines Versicherungsfalles auch die Kosten der Beiziehung mehrerer Ärzte erstattet.
- (4) Als Kosten von Zahnerhaltmaßnahmen gelten
 - Honorare behandelnder Zahnärzte und von diesen beauftragter Personen,
 - Kosten für Benützung von medizinisch technischen Geräten und sonstigen Sachkosten sowie alle Nebenkosten,
 - bei stationären Operationen zusätzlich das Honorar des Operateurs, des Anästhesisten, der bei der Operation assistierenden Ärzte und die Kosten des Pflegepersonals für die Operation einschließlich Vor- und Nachbehandlung. Nicht gedeckt ist jedoch der Aufenthalt in einem Zimmer der Sonderklasse.
- (5) Die Kosten für Hausbesuche durch Zahnärzte und durch von diesen beauftragten Personen werden nicht vergütet.
- (6) Weggebühren des Zahnarztes und von diesen beauftragten Personen sowie die Kosten für Fahrten der versicherten Person zu einem Zahnarzt und zu von diesen beauftragten Personen oder in ein Krankenhaus werden nicht erstattet.
- (7) Bei Zahnerhaltmaßnahmen durch Ehegatten, Lebensgefährten, Partner eingetragener Partnerschaften, Eltern oder Kinder der versicherten Person werden nur die nachgewiesenen Sachkosten erstattet.
- (8) Die Kosten diagnostischer Untersuchungen (z.B. Labordiagnostik, bildgebende Diagnostik, Ultraschalluntersuchungen) werden erstattet, wenn sie durch einen Arzt oder einen zur Behandlung am Kranken Berechtigten durchgeführt werden. Zusätzliche Kosten für Ordinationen oder Hausbesuche werden hierbei nicht vergütet.
- (9) Als Heilbehelfe (Hilfsmittel) gelten Knirscherschienen gemäß Punkt 1 a) A) oder abnehmbare und festsitzende Kieferregulierungen/Zahnsparren für Kinder bzw. nur aufgrund eines Unfalls der versicherten Person als Erwachsene gemäß Punkt 1 a) B), nicht jedoch im Zusammenhang mit Zahnersatzmaßnahmen erforderliche Aufbissbehelfe/Zahnschienen sowie sonst zur Körper- und Krankenpflege dienenden Apparate/Behelfe. Haben wir Kostenersatz für Heilbehelfe geleistet, besteht neuerlich Anspruch auf Versicherungsleistung erst nach Ablauf der üblichen Nutzungsdauer der Heilbehelfe, sofern nicht zu einem früheren Zeitpunkt aus medizinischen Gründen eine Neuanschaffung notwendig ist.
- (10) Die Kosten der im Rahmen einer Zahnerhaltmaßnahme verordneten und aus einer Apotheke bezogenen Arzneimittel werden nicht ersetzt. Ebenfalls nicht erstattet werden die Kosten für Heil- und Mineralwässer, Medizinalweine, Nahrungsergänzungs-/Nähr-/Stärkungsmittel, Tonika, kosmetische Mittel und alle nicht in Österreich registrierten Heilmittel.

6. Einschränkung des Versicherungsschutzes

- (1) Vom Versicherungsschutz ausgenommen sind Zahnerhaltbehandlungen gemäß Punkt 1 a) A), die vor Versicherungsbeginn medizinisch notwendig waren (gemäß Punkt 1 b) Unterpunkt 1), kieferorthopädische Behandlungen, die vor Versicherungsbeginn ärztlich angeraten wurden (gemäß Punkt 1 b) Unterpunkt 2), sowie Zahnerhaltmaßnahmen gemäß Punkt 1a) A) bis C), die vor Versicherungsbeginn begonnen haben (gemäß Punkt 1 b) Unterpunkt 3).
- (2) Unfälle vor Versicherungsbeginn, auch wenn deren Unfallfolgen erst ab Versicherungsbeginn zu einer Zahnerhaltmaßnahme führen, sind nicht vom Versicherungsschutz umfasst.
- (3) Kein Versicherungsschutz besteht für Zahnerhaltmaßnahmen
 - nach Unfällen bei Ausübung von Berufs-Akrobatik-/Artistik-/Stunts oder Ausbildung/Training dazu, sowie bei beruflichem Umgang mit Feuerwerk/Pyrotechnik/Raubtieren;
 - nach Unfällen bei Ausübung von Berufs-/Profi-/Motorsport, Sport mit körperlichen Angriffen (z.B. American Football, Eishockey) bzw. Kampfsport (z.B. Boxen, Karate) oder Ausbildung/Training dazu;
 - nach Unfällen bei Teilnahme an Landes-, Regional-, Bundes- bzw. internationalen Sportwettbewerben oder Training dazu;
 - nach Krankheiten und Unfällen, die als Folge eines missbräuchlichen Genusses von Alkohol, Medikamenten oder Suchtgiften eintreten;
 - nach Krankheiten und Unfällen 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;
 - nach Krankheiten und Unfällen sowie deren Folgen, die durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse jeder Art (inkl. Neutralitätsverletzung) entstehen;
 - der Folgen von Selbstmordversuchen bzw. bei Unterbringung wegen Selbst- oder Fremdgefährdung;
 - von auf Vorsatz der versicherten Person beruhenden Krankheiten und Unfällen, einschließlich deren Folgen; haben Sie die Krankheit oder den Unfall einer versicherten Person vorsätzlich herbeigeführt, bleiben wir dieser gegenüber zur Leistung verpflichtet. Der Schadenersatzanspruch der versicherten Person geht jedoch auf uns über (§ 67 VersVG).
- (4) Geht die Zahnerhaltbehandlung gemäß Punkt 1 a) A) bzw. kieferorthopädische Behandlung gemäß Punkt 1 a) B) über das ärztlich angeratene medizinisch notwendige Maß hinaus, sind wir berechtigt, die Erstattung auf das medizinisch notwendige Maß herabzusetzen.
- (5) Soweit Kosten der Versicherungsleistungen aufgrund gesetzlicher Bestimmungen oder vertraglicher Vereinbarungen mit uns betraglich geregelt sind, sind wir zum Ersatz darüber hinausgehender Kosten (z.B. Sonderhonorare der Vorstände von Universitätskliniken gemäß § 46 Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz (KaKuG) und ausführende Landesgesetze) nicht verpflichtet.
- (6) Wir können aus wichtigem Grund Zahnerhaltmaßnahmen durch bestimmte Ärzte oder von diesen beauftragte Personen bzw. in bestimmten Krankenhäusern oder in den entsprechenden Organisationseinheiten und Betriebsformen von Krankenhäusern aller Art vom Versicherungsschutz ausnehmen.

Dies gilt für Zahnerhaltmaßnahmen, die nach Zustellung der Mitteilung über diese Ausnahme in geschriebener Form begonnen werden. Für laufende Zahnerhaltmaßnahmen besteht Versicherungsschutz bis zum Ablauf des 3. Monats nach Zustellung der Mitteilung.

Als wichtiger Grund für die Ausnahme bestimmter Ärzte/von diesen beauftragter Personen/Krankenhäuser vom Versicherungsschutz gelten dabei insbesondere

 - Erschleichung von Versicherungsleistung und deren Versuch/Mitwirkung;
 - wiederholt schuldhaft mangelnde Mitwirkung bei der Prüfung von Leistungsansprüchen durch uns;
 - wiederholt fehlende oder lückenhafte Dokumentation in Rechnung gestellter Zahnerhaltmaßnahmen;
 - wiederholte Durchführung von Zahnerhaltmaßnahmen ohne medizinische Notwendigkeit.

7. Abwicklung von Leistungsansprüchen

- (1) Sie und die versicherte Person sind verpflichtet, uns auf unser Verlangen hin alle Auskünfte zu erteilen und entsprechende Behandlungsunterlagen beizubringen, soweit dies zur Prüfung unserer Leistungspflicht und Beurteilung der Leistungshöhe erforderlich ist und Ihnen billigerweise zugemutet werden kann.
- (2) Sämtliche Unterlagen sind in deutscher oder englischer Sprache zu erbringen.
- (3) Für die Beurteilung des Leistungsanspruchs benötigen wir immer
 - a) Eine Rechnung des behandelnden Zahnarztes. Rechnungen müssen den Vor- und Zunamen sowie Adresse der behandelten Person, die eindeutige Angabe der behandelten Zähne nach dem international gebräuchlichen Zahnschema und die Bezeichnung der erbrachten Leistung inklusive Angaben zum Behandlungsdatum beinhalten. Soweit nicht bereits auf der Rechnung angegeben, ist ein Nachweis über die Bezahlung der Rechnung zu erbringen.
 - b) Auskünfte der versicherten Person anhand eines von uns zur Verfügung gestellten Formulars.
 - c) Bei Leistungsfällen aufgrund eines Unfalls Angaben zum Unfallhergang sowie dazu vorliegende Dokumentationen von Ärzten, Krankenhäusern und Behörden.
- (4) Im Fall einer von Ihnen gewünschten Vorabprüfung unserer Leistungspflicht kann anstelle der Rechnung ein Heilkostenplan erbracht werden, der Vor- und Zunamen sowie Adresse der zu behandelnden Person, die eindeutige Angabe der zu behandelnden Zähne nach dem international gebräuchlichen Zahnschema und die Bezeichnung der geplanten Leistung beinhalten muss.
- (5) Für die weitere Leistungsprüfung können wir zahnmedizinische Auskünfte (Behandlungsdaten) zu den im konkreten Leistungsfall betroffenen Zähnen anfordern (insb. unseren Zahnarztfragebogen, Röntgenbilder sowie eine Kopie der Patientenkartei), die von Ihnen eingeholt werden müssen.
- (6) Innerhalb der ersten 5 Versicherungsjahre sind wir im Rahmen der Leistungsprüfung berechtigt, diese Behandlungsdaten für einen Zeitraum, der bis zu 3 Jahre vor Versicherungsbeginn zurückreicht, anzufordern. Auf unser Verlangen sind die Auskünfte ggf. aller aufgesuchter Zahnärzte in diesem Zeitraum zu erbringen.
- (7) Zur Feststellung der Leistungshöhe ist auf unser Verlangen hin zusätzlich ein Antwortschreiben der Sozialversicherung (bzw. anderer privater Versicherer) über die Höhe des Kostenersatzes zu erbringen, sofern die Rechnung nicht bereits um den Kostenersatz reduziert ist und dieser ausgewiesen wurde.
- (8) Die in ausländischer Währung entstandenen Kosten der Versicherungsleistungen werden zum Devisenmittelkurs der Wiener Börse des letzten Behandlungstags in Euro umgerechnet.
- (9) Die Ansprüche auf Versicherungsleistungen können ohne unsere Zustimmung weder verpfändet noch abgetreten werden. Sie können gegen unsere Forderungen nur aufrechnen, wenn es sich um Gegenforderungen handelt, die entweder im rechtlichen Zusammenhang mit unserer Forderung stehen oder die gerichtlich festgestellt oder die von uns anerkannt worden sind.
- (10) Wir sind leistungsfrei, wenn der Anspruch auf die Versicherungsleistung nicht innerhalb von zwölf Monaten gerichtlich geltend gemacht wird. Die Frist beginnt erst, nachdem wir Ihnen gegenüber den erhobenen Anspruch unter Angabe der mit dem Ablauf der Frist verbundenen Rechtsfolgen in geschriebener Form abgelehnt haben.
- (11) Die Ansprüche auf die Versicherungsleistungen verjähren drei Jahre nach Ablauf jenes Kalenderjahrs, in dem die Versicherungsleistung hätte verlangt werden können.

8. Ruhen des Versicherungsschutzes

Vereinbarungen zum Ruhen des Versicherungsschutzes sind nicht möglich.

9. Ende des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherungsschutz endet mit Ende des Versicherungsvertrags gemäß Punkt 13, 14 oder 15.
- (2) Auch für nach Versicherungsende weiterlaufende Zahnerhaltmaßnahmen zu bereits während der Versicherungsdauer eingetretenen Versicherungsfällen besteht mit Ende des Versicherungsvertrags kein Versicherungsschutz.

Pflichten des Versicherungsnehmers

10. Zahlungsverpflichtung

A. Versicherungsprämien und Gebühren

- (1) Die Versicherungsprämie ist eine Jahresprämie und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Sie ist immer zur Prämienhauptfälligkeit 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 Versicherungsprämie bzw. Prämienrate, sofern der Beginn des Versicherungsschutzes nicht mit einem Monatsersten zusammenfällt, ist bei Zustellung der Police zu dem darin genannten Versicherungsbeginn fällig.
- (2) Die Versicherungsprämien bzw. Prämienraten sind für uns kostenfrei an die von uns zu bezeichnende Stelle zu entrichten.
- (3) Für durch Sie veranlasste Mehraufwendungen verrechnen wir wertgesicherte Gebühren gemäß § 41b VersVG, die im Versicherungsantrag angegeben sind. Die jeweils aktuelle Liste und Höhe der Gebühren können Sie bei uns erfragen, unserer Homepage ergo-versicherung.at/services/gebuehren-fuer-mehraufwendungen entnehmen oder auf Wunsch zugesandt erhalten.

B. Zahlungsverzug und dessen Folgen

Es gelten die §§ 38 bis 39a VersVG, die lauten:

(4) § 38:

„(1) Ist die erste oder einmalige Prämie innerhalb von 14 Tagen nach dem Abschluß des Versicherungsvertrags und nach der Aufforderung zur Prämienzahlung nicht gezahlt, so ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, berechtigt, vom Vertrag zurückzutreten. Es gilt als Rücktritt, wenn der Anspruch auf die Prämie nicht innerhalb dreier Monate vom Fälligkeitstag an gerichtlich geltend gemacht wird.

(2) Ist die erste oder einmalige Prämie zur Zeit des Eintritts des Versicherungsfalls und nach Ablauf der Frist des Abs. 1 noch nicht gezahlt, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, es sei denn, daß der Versicherungsnehmer an der rechtzeitigen Zahlung der Prämie ohne sein Verschulden verhindert war.

(3) Die Aufforderung zur Prämienzahlung hat die im Abs. 1 und 2 vorgesehenen Rechtsfolgen nur, wenn der Versicherer den Versicherungsnehmer dabei auf diese hingewiesen hat.

(4) Die Nichtzahlung von Zinsen oder Kosten löst die Rechtsfolgen der Abs. 1 und 2 nicht aus.“

(5) § 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.“

(6) § 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.“

11. Obliegenheiten

A. Anzeigepflicht vor Abschluss des Versicherungsvertrags

- (1) Sie und die versicherte(n) Person(en) haben bei der Antragsstellung und bis zum Erhalt der Police alle erheblichen Gefahrenumstände anzuzeigen, die Einfluss auf das versicherte Risiko haben. Jeder Gefahrenumstand, nach dem wir ausdrücklich gefragt haben, gilt im Zweifel als erheblich.

B. Folgen der Verletzung der Anzeigepflicht vor Abschluss des Versicherungsvertrags

- (2) Haben Sie oder eine versicherte Person die Anzeigepflicht über erhebliche Gefahrenumstände schuldhaft verletzt, können wir vom Versicherungsvertrag zurücktreten. Die Anzeigepflicht ist auch dann verletzt, wenn Fragen um erhebliche Gefahrenumstände unvollständig beantwortet werden.
- (3) Der Rücktritt vom Versicherungsvertrag ist innerhalb eines Monats von dem Tag an zulässig, an dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erlangt haben.
- (4) Treten wir vom Versicherungsvertrag zurück, nachdem ein Versicherungsfall eingetreten ist, bleibt der Versicherungsschutz bestehen, wenn der Gefahrenumstand in Ansehung dessen die Anzeigepflicht verletzt wurde, keinen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalls und auf den Umfang des Versicherungsschutzes gehabt hat. Der Versicherungsschutz erstreckt sich jedoch keinesfalls über den Zeitpunkt des Rücktritts. Wir können jedoch die Rückzahlung der Versicherungsleistung verlangen, die sich auf die Tatsachen beziehen, die zum Rücktritt geführt haben.
- (5) Unser Recht, den Versicherungsvertrag wegen Arglist anzufechten, wird durch die vorstehenden Bestimmungen nicht berührt.
- (6) Bei schuldloser Verletzung der Anzeigepflicht können wir von Beginn des laufenden Versicherungsjahrs an die entsprechend höhere Versicherungsprämie verlangen, wenn der Geschäftsplan bei Vorliegen der uns unbekannt gebliebenen Gefahrenumstände eine höhere Versicherungsprämie vorsieht.

C. Pflichten des Versicherungsnehmers und der versicherten Person(en) während des Bestehens des Versicherungsvertrags vor Eintritt des Versicherungsfalls

- (7) Wird für eine versicherte Person ein weiterer gleichartiger Versicherungsschutz abgeschlossen, sind wir davon unverzüglich zu unterrichten.
- (8) Wenn Sie oder die versicherte(n) Person(en) den Hauptwohnsitz ins Ausland verlegen oder wenn eine versicherte Person nicht mehr in einer gesetzlichen Sozialversicherung – oder nicht mehr zu einem Sozialversicherungsersatztarif bei einem österreichischen Versicherer privat – krankenversichert ist, sind wir unverzüglich zu verständigen.
- (9) Um dem Eintritt des Versicherungsfalls oder einer Erhöhung des Umfangs der Versicherungsleistung vorzubeugen, ist folgende Obliegenheit einzuhalten:
 - a) Die versicherte Person besitzt als Lenker eines Kraftfahrzeugs die jeweilige kraftfahrrechtliche Berechtigung nach österreichischem Recht, die zum Lenken dieses Kraftfahrzeugs vorgeschrieben ist. Dies gilt auch dann, wenn dieses Fahrzeug nicht auf Straßen mit öffentlichem Verkehr gelenkt wird.
 - b) Versichert sind jedoch Unfälle bei der Verwendung von landwirtschaftlichen Fahrzeugen auf Flächen ohne öffentlichen Verkehr auch dann, wenn die kraftfahrrechtliche Berechtigung für das Lenken auf Straßen mit öffentlichem Verkehr nicht vorhanden ist.

D. Pflichten des Versicherungsnehmers und der versicherten Person(en) während des Bestehens des Versicherungsvertrags nach Eintritt des Versicherungsfalls

- (10) Die versicherte Person hat möglichst für eine Minderung des Schadens zu sorgen und muss alles unterlassen, was der Genesung entgegensteht.
- (11) Sie und die versicherte(n) Person(en) haben auf unser Verlangen jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder der Art und des Umfangs des Versicherungsschutzes erforderlich ist. Dies umfasst auch die Verpflichtung einer versicherten Person, sich auf unser Verlangen durch einen von uns beauftragten Arzt untersuchen zu lassen, und Ihre Verpflichtung bzw. die Verpflichtung der versicherten Person uns die von uns geforderten Unterlagen zur Verfügung zu stellen.

E. Folgen der Verletzung von Pflichten während des Bestehens des Versicherungsvertrags

- (12) Wird die Informationspflicht gemäß Absatz (7) schuldhaft verletzt, treten die Regelungen zu Ansprüchen gegen Dritte gemäß Punkt 12 in Kraft. Soweit im Versicherungsfall bereits aus einer anderen privaten Versicherung Kosten für Versicherungsleistungen übernommen wurden, die dem Wesen nach auch in unserem Versicherungsvertrag versichert sind, sind wir insoweit leistungsfrei. Sie haben das Recht, den Versicherungsvertrag innerhalb eines Monats, nachdem wir die Leistungsansprüche abgelehnt haben, ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist zu kündigen.
- (13) Bei Verletzung der Informationspflicht gemäß Absatz (8) endet der Versicherungsvertrag, sobald wir davon Kenntnis erlangen, rückwirkend zur Verlegung des Hauptwohnsitzes ins Ausland oder bei Wegfall des Krankenversicherungsschutzes in einer gesetzlichen Sozialversicherung (sofern kein privater Krankenversicherungsschutz zu einem Sozialversicherungsersatztarif bei einem österreichischen Versicherer besteht) oder bei Wegfall des privaten Krankenversicherungsschutzes zu einem Sozialversicherungsersatztarif bei einem österreichischen Versicherer (sofern kein anderweitiger Krankenversicherungsschutz in der gesetzlichen Sozialversicherung besteht) jeweils hinsichtlich dieser versicherten Person. Ab dem Rückwirkungszeitpunkt bezahlte Versicherungsprämien bzw. Prämienraten erhalten Sie von uns zurück – im Gegenzug sind uns die ab diesem Zeitpunkt gezahlte Versicherungsleistungen zu erstatten.
- (14) Eine Verletzung der Obliegenheit gemäß Absatz (9) a) bewirkt unsere Leistungsfreiheit nach Maßgabe § 6 Absatz 2 VersVG. Der Versicherer kann sich auf die vereinbarte Leistungsfreiheit nicht berufen, wenn die Verletzung der Obliegenheit keinen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalles oder soweit sie keinen Einfluss auf den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung gehabt hat.
- (15) Wird die Mitwirkungspflicht gemäß Absatz (10) verletzt, sind wir leistungsfrei, sofern die Verletzung vorsätzlich oder grob fahrlässig erfolgt ist und sie auf die Feststellung des Versicherungsfalles oder den Umfang der Versicherungsleistung Einfluss gehabt hat.
- (16) Wird die Auskunftspflicht gemäß Absatz (11) verletzt, wird die Versicherungsleistung nicht fällig, solange die Beendigung der nötigen Erhebungen zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistungen infolge Ihres oder eines Verschuldens der versicherten Person gehindert ist.

12. Ansprüche gegen Dritte

- (1) Bestehen für einen Versicherungsfall neben dem Anspruch gegen uns gleichartige Ansprüche gegenüber dritten Personen, Sozialversicherungsträgern, Krankenfürsorgeeinrichtungen/-einrichtungen oder privaten Versicherungsunternehmen, gehen diese Ansprüche insoweit auf uns über, als wir die Kosten der Versicherungsleistungen ersetzen. Der Anspruchsberechtigte ist verpflichtet, uns die Abtretung auf Verlangen zu bestätigen.
- (2) Soweit der Anspruchsberechtigte von schadenersatzpflichtigen dritten Personen oder aufgrund anderer Versicherungsverträge schon Ersatz der ihm entstandenen Kosten erhalten hat, sind wir berechtigt, den Ersatz auf unsere Versicherungsleistungen anzurechnen.
- (3) Die Absätze (1) und (2) gelten nicht für Versicherungsleistungen, die auch ohne Kostennachweis gebühren.
- (4) Unsere Verpflichtung zur Leistung von Kosten der Versicherungsleistungen, deren teilweisen Ersatz der Anspruchsberechtigte von Sozialversicherungsträgern oder Krankenfürsorgeeinrichtungen/-einrichtungen fordern kann, tritt erst ein, wenn diese die ihnen obliegenden Leistungen erbracht haben.
- (5) Gibt der Anspruchsberechtigte seinen Anspruch gegen Dritte oder ein zur Sicherung des Anspruchs dienendes Recht ohne unsere Zustimmung auf, werden wir insoweit von der Ersatzpflicht frei, als wir aus dem Anspruch oder dem Recht hätten Ersatz erlangen können.

Ende des Versicherungsvertrags

13. Kündigung durch den Versicherungsnehmer

- (1) Der Versicherungsvertrag wird auf unbestimmte Zeit abgeschlossen. Sie verzichten für die Dauer von zwei Jahren auf Ihr Kündigungsrecht und haben danach das Recht, den Versicherungsvertrag zu kündigen:
 - jederzeit mit Wirkung zum Schluss des laufenden Versicherungsjahrs oder
 - innerhalb eines Versicherungsjahrs mit einmonatiger Frist mit Wirkung zum Monatsende.

- (2) Das Versicherungsjahr richtet sich nach der Prämienhauptfälligkeit.
- (3) Werden von uns Versicherungsprämien gemäß Punkt 11 Absatz (6) einseitig erhöht, haben Sie das Recht, den Versicherungsvertrag innerhalb eines Monats vom Zugang der Mitteilung über die Änderung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung zu kündigen.
- (4) Wird eine versicherte Person in eine Pflegeanstalt für chronisch Kranke aufgenommen, haben Sie das Recht, den Versicherungsvertrag hinsichtlich dieser Person zum Ende des Monats zu kündigen, in welchem sie die Aufnahme in eine solche Pflegeanstalt nachweist.
- (5) Wenn wir Leistungsansprüche wegen Verletzung von Obliegenheiten während des Bestehens des Versicherungsvertrags gemäß Punkt 11 Absatz (7) und (12) ablehnen, haben Sie das Recht, den Versicherungsvertrag innerhalb eines Monats, nachdem wir die Leistungsansprüche abgelehnt haben, ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist zu kündigen.

14. Einseitige Vertragsbeendigung durch den Versicherer

- (1) Wir haben nur in folgenden Fällen das Recht, den Versicherungsvertrag einseitig zu beenden:
 - Prämienzahlungsverzug gemäß Punkt 10 Absatz (4) bis (6);
 - Verletzung der Anzeigepflicht vor Abschluss des Versicherungsvertrags gemäß Punkt 11 Absatz (1) bis (6);
 - schuldhaftes Verhalten des Versicherungsnehmers oder einer versicherten Person gemäß dem nachfolgenden Absatz (2).
- (2) Wenn Sie oder eine versicherte Person durch wissentlich falsche Angaben, insbesondere durch Vortäuschung einer Krankheit bzw. eines Unfalls, Versicherungsleistungen erschleichen oder zu erschleichen versuchen oder bei einer solchen Handlung mitwirken, sind wir leistungsfrei und haben das Recht, den Versicherungsvertrag fristlos zu kündigen. Das gleiche gilt, wenn eine versicherte Person im Krankheitsfall bzw. nach dem Unfall den vom Arzt oder von uns gegebenen zumutbaren Verhaltensmaßregeln vorsätzlich oder grob fahrlässig nicht Folge leistet.

15. Sonstige Beendigungsgründe

- (1) Der Versicherungsvertrag endet mit Ihrem Ableben. Eine versicherte Person hat jedoch das Recht, den Versicherungsvertrag unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach Ihrem Tod abzugeben.
- (2) Beim Ableben einer versicherten Person oder bei Wegfall des Krankenversicherungsschutzes in einer gesetzlichen Sozialversicherung für eine versicherte Person (sofern kein privater Krankenversicherungsschutz zu einem Sozialversicherungsersatztarif bei einem österreichischen Versicherer besteht) oder bei Wegfall des privaten Krankenversicherungsschutzes zu einem Sozialversicherungsersatztarif bei einem österreichischen Versicherer für eine versicherte Person (sofern kein anderweitiger Krankenversicherungsschutz in der gesetzlichen Sozialversicherung besteht) endet der Versicherungsvertrag hinsichtlich dieser Person.
- (3) Der Versicherungsvertrag endet ferner durch Verlegung Ihres Hauptwohnsitzes ins Ausland, es sei denn, dass eine andere Vereinbarung getroffen wird. Wenn eine versicherte Person ihren Hauptwohnsitz ins Ausland verlegt, endet der Versicherungsvertrag hinsichtlich dieser Person. Die Bestimmungen des Absatz (1) gelten jeweils sinngemäß.

Sonstige Bestimmungen

16. Form und Empfänger von Willenserklärungen und Anzeigen

- (1) Für Mitteilungen und Erklärungen an uns ist die geschriebene Form erforderlich, sofern und soweit nicht gesondert die Schriftform (schriftlich) ausdrücklich und mit gesonderter Erklärung vereinbart wurde. Gesetzliche Formgebote bleiben von dieser Vereinbarung jedenfalls unberührt. Die Rücktrittserklärung unterliegt ausschließlich den in der Rücktrittsrechtsbelehrung genannten Formvorschriften.
Unter geschriebener Form versteht man einen Text in Schriftzeichen, aus dem die Person des Erklärenden hervorgeht (z.B. Telefax oder E-Mail).
Haben wir mit Ihnen ausdrücklich und gesondert eine elektronische Kommunikation gemäß § 5a VersVG vereinbart, regelt diese die Form und die Übermittlung von Erklärungen.
Schriftform (schriftlich) bedeutet das Original der Erklärung mit eigenhändiger Unterschrift des Erklärenden oder eine qualifizierte elektronische Signatur im Sinne des Signatur- und Vertrauensdienstgesetzes.

Wenn wir uns auf die Unwirksamkeit einer nicht in der vereinbarten Schriftform abgegebenen Erklärung berufen wollen, haben wir dies dem Erklärenden unverzüglich nach dem Zugang der Erklärung mitzuteilen. Dem Erklärungsempfänger steht es dann frei, das Formgebrechen sodann binnen 14 Tagen durch Absendung einer schriftlichen Erklärung fristwährend zu beseitigen.

- (2) Wenn Sie Ihren Wohnort wechseln, müssen Sie uns Ihre neue Adresse mitteilen, andernfalls richten wir unsere Erklärungen rechtswirksam an Ihre letzte uns bekannte Adresse (das ist die in Ihrem Versicherungsantrag festgehaltene oder eine allenfalls uns später von Ihnen oder einem von Ihnen Beauftragten, z.B. Versicherungsmakler, geschriebene neue Adresse).
- (3) Sie können jederzeit Abschriften der Erklärungen fordern, die Sie mit Bezug auf den Vertrag abgegeben haben. Die Kosten der Abschriften sind gemäß § 3 Abs. 4 VersVG von Ihnen zu tragen und auf Verlangen vorzuschließen.

17. Erfüllungsort und Gerichtsstand

- (1) Erfüllungsort für die Versicherungsleistung aus dem Versicherungsvertrag ist unser Firmensitz.
- (2) Klagen gegen uns als Versicherer können bei Gericht am Sitz des Versicherers oder bei Gericht des Ortes anhängig gemacht werden, wo der Versicherungsvertreter zur Zeit der Vermittlung seine gewerbliche Niederlassung oder in deren Ermanglung seinen Wohnsitz hatte. Für Klagen gegen Sie als Versicherungsnehmer ist das Gericht örtlich zuständig, in dessen Sprengel Sie Ihren Wohnsitz, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben oder in dem der Ort Ihrer Beschäftigung liegt.

18. Änderung der Prämie oder des Versicherungsschutzes

- (1) Wir sind berechtigt, die Prämie oder den Versicherungsschutz nach Vertragsabschluss einseitig zu ändern. Maßgebende Umstände für Änderungen der Prämie oder des Versicherungsschutzes sind die Veränderungen folgender Faktoren:
 1. des von der Bundesanstalt "Statistik Österreich" (Statistik Austria) veröffentlichten Verbraucherpreisindex (VPI) 2015,
 2. der durchschnittlichen Lebenserwartung,
 3. der Häufigkeit der Inanspruchnahme von Leistungen nach Art der vertraglich vorgesehenen und deren Aufwendigkeit, bezogen 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 und der dafür geltenden gesetzlichen Bestimmungen.
- (2) Die Erklärung der Änderung der Prämie oder des Versicherungsschutzes gemäß Absatz (1) wirkt erst ab dem der Absendung unserer Erklärung folgenden Monatsersten. Wenn wir die Prämie erhöhen, werden wir dem Versicherungsnehmer auf dessen – innerhalb von zwei Monaten vom Zugang unserer Erklärung abgegebenen – Verlangen die Fortsetzung des Versicherungsvertrags mit höchstens gleichbleibender Prämie und angemessen geänderten Leistungen anbieten.
- (3) Erklärungen der Änderung der Prämie oder des Versicherungsschutzes gemäß Absatz (1) erfolgen jährlich zum Stichtag 1. April.
- (4) Veröffentlicht die Bundesanstalt Statistik Austria den in Absatz (1) Ziffer 1. vereinbarten Index nicht mehr, wenden wir statt dessen einen von Amts wegen an seine Stelle tretenden Index an.
- (5) **Umstellung von Kinder- auf Erwachsenenprämien:** Für versicherte Kinder verrechnen wir bis zum letzten Kalendertag des Monats, in dem das 18. Lebensjahr vollendet wird, die Kinderprämie; dafür besteht Anspruch auf Leistungen in dem für Kinder vorgesehenen Ausmaß. Hat ein versichertes Kind das 18. Lebensjahr vollendet, so wird die Versicherungsprämie (Kinderprämie) ab dem darauffolgenden Monatsersten (für Leistungen in dem für Erwachsene vorgesehenen Ausmaß) auf denjenigen Betrag (Erwachsenenprämie) angehoben, den der betreffende Tarif (gemäß Produktcode/Tarifvariante/Anpassungsversion unter „Tarifliche Grundlagen“ in der letztgültigen Polizze) für Versicherte vorsieht, die mit diesem Alter in die Versicherung eintreten.

Nachdem wir den Versicherungsnehmer – im Kalendermonat vom 18. Geburtstag des versicherten Kindes vor Vorschreibung der ersten Erwachsenenprämie – von dieser Umstellung verständigt haben, hat der Versicherungsnehmer das Recht, den Versicherungsvertrag – innerhalb von zwei Monaten vom Zugang unserer Verständigung – zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung zu kündigen. Auf dieses Recht werden wir den Versicherungsnehmer in unserer Verständigung ausdrücklich hinweisen.

19. Vertragsgrundlagen

Vertragsgrundlagen sind der Versicherungsantrag samt Beilagen, die vorliegenden Versicherungsbedingungen und weiters die Polizze samt sonstiger Anlagen.

20. Gewinnbeteiligung

Dieser Versicherungsvertrag unterliegt keiner Gewinnbeteiligung.

21. Aufsichtsbehörde, Beschwerden; Bericht über Solvabilität und Finanzlage

- (1) Der Versicherer und der diesem Versicherungsvertrag zu Grunde liegende Tarif unterliegen der Aufsicht durch die zuständige Aufsichtsbehörde: Finanzmarktaufsicht (www.fma.gv.at), Bereich Versicherungs- und Pensionskassenaufsicht, Otto-Wagner-Platz 5, A-1090 Wien.
- (2) Für Beschwerden haben wir ein Beschwerdeverfahren, in das Sie auf unserer Homepage unter ergo-versicherung.at/services/beschwerdeverfahren Einsicht nehmen können. Im Rahmen dieses Beschwerdeverfahrens können Sie sich mittels der dort genannten Kontaktmöglichkeiten persönlich, telefonisch, per Brief, Fax, E-Mail oder über das online-Beschwerdeformular an uns wenden.

Sollten Sie Fragen oder sonstige Anliegen haben, bitten wir Sie, sich an die Servicestelle in unserer Direktion, ERGO Center, Businesspark Marximum / Objekt 3, Modecenterstraße 17, 1110 Wien, Mail: service@ergo-versicherung.at, zu wenden oder uns unter 0800 22 44 22 anzurufen. Wir rufen Sie auch gerne zurück.

Sie können Ihre Beschwerde auch an die Beschwerdestelle über Versicherungsunternehmen im BMSGPK, Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Abteilung III/3, Stubenring 1, 1010 Wien, +43 1 71100-862501 oder 862504, Mail: versicherungsbeschwerde@sozialministerium.at richten.

Beschwerden zur Beratung über ein Versicherungsprodukt können Sie an die Beschwerdestelle über Versicherungsvermittler im BMDW, Bundesministerium für Digitalisierung und Wirtschaftsstandort, unter <https://www.bmdw.gv.at> richten.

Im Fall von Streitigkeiten können Sie sich als Verbraucher unter <http://www.verbraucherschlichtung.at>, Mail: office@verbraucherschlichtung.at, an die Schlichtungsstelle für Verbrauchergeschäft wenden. ERGO ist rechtlich nicht verpflichtet an diesem Verfahren teilzunehmen. Betrifft Ihre Beschwerde Vertragsabschlüsse im Internet (E-Commerce), kann zur Beilegung von Streitigkeiten auch die von der Europäischen Kommission eingerichtete Streitbeilegungsplattform <http://www.ec.europa.eu/odr>, Mail: odr@europakonsument.at, genutzt werden.

Sie haben auch das Recht, den Rechtsweg zu beschreiten.

- (3) Die veröffentlichten Berichte über unsere Solvabilität und Finanzlage sind kostenlos unter ergo-versicherung.at/ergo-oesterreich/geschaeftsberichte sowie auf Anfrage unter ERGO Center, Businesspark Marximum / Objekt 3, Modecenterstraße 17, 1110 Wien, erhältlich. Bei Zusendung des Berichts in Papierform verrechnen wir die hierfür anfallenden Kosten (Druck, Porto).