

Versicherungs-Urkunde Nr. A408831368

**Privatpatienten-Versicherung für ambulante Heilbehandlung Tarif AS2/2016
(mit Wertanpassung)
für gesetzlich krankenversicherte Personen**

Leistungstarif (alle Beträge in EUR)

In der Versicherung für ambulante Heilbehandlung Tarif AS2/2016 werden Kosten bis zu den folgenden Summen pro Kalenderjahr vergütet:

	AS2/2016
Gesamtleistung pro Kalenderjahr	2.500
(ohne Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferregulierung)	

Im Rahmen dieser Jahreshöchstsumme stehen zur Verfügung:

• Arzt- und Facharztkosten (inkl. Ganzheitsmedizin) und ärztliche Sonderleistungen, pro Ordination bis	210
• besondere Untersuchungen und Behandlungen, pro Fall bis	525
• ambulante und tagesklinische Operationen, Operationsgruppe 1 bis 3, pro Operation bis	750

Ist das Jahreslimit ausgeschöpft, stehen pro weiterer Ordination oder Hausbesuch bis zu EUR 50 zur Verfügung.

• Arzneimittel	500
• Heilbehelfe inkl. Sehbehelfe bzw. refraktive Chirurgie	400
• Physiotherapeutische Heilbehandlung, Logopädie, Ergotherapie durch einen Arzt, Physiotherapeuten, Heilmasseur, Ergotherapeuten oder Logopäden	500

Wird eine physikalische Behandlung auf ärztliche Anordnung durch einen gewerblichen Masseur durchgeführt, stehen bis zu 50% dieses Betrages zur Verfügung.

• Psychotherapeutische Heilbehandlung, Diagnostik und Therapie durch klinische Psychologen	
• wenn von einem Arzt durchgeführt, pro Ordination bis	210
• wenn von einem Psychotherapeuten/klinische Psychologen durchgeführt	500
• Beratung und Betreuung durch eine Hebamme	
Medizinische Hauskrankenpflege	500
• Gesundheitsförderung:	300
• Maßnahmen zur Raucherentwöhnung	
• Maßnahmen zur ärztlich empfohlenen Gewichtsreduktion inkl. Ernährungsberatung	
• Schwangerschaftsgymnastik	
• ärztlicher Fitness-Check	
• Vorsorgeuntersuchung bei einem Privatarzt bzw. Untersuchungen zur Vorsorge, die über den Umfang der gesetzlichen Gesundenuntersuchung hinausgehen	
• nichtärztliche Maßnahmen zur Gesundheitsförderung ausgenommen physikalische und kosmetische Maßnahmen jeglicher Art	

Für die oben genannten Kosten werden bis zur jeweiligen Höchstsumme erstattet:

- 100% der nachgewiesenen Restkosten, wenn vom gesetzlichen Krankenversicherer ein Teilbetrag erstattet und die detaillierte Abrechnung anschließend bei der Allianz vorgelegt wird
- 80% des Rechnungsbetrages, wenn vom gesetzlichen Krankenversicherer keine Leistung erbracht wird oder die Rechnungen sofort bei der Allianz eingereicht wird.

Für Leistungen zur "Gesundheitsförderung" werden bis zur Höchstsumme von EUR 300 immer 80% des Rechnungsbetrages erstattet.

Zusätzlich zur oben genannten Gesamtleistung stehen zur Verfügung:

Wien, am 06.09.2016

Seite 3 Folgeseite 4

Versicherungs-Urkunde Nr. A408831368

• Zahnbehandlung, Zahnersatz (60% Kostenerstattung)	1.100
davon für Mundhygienebehandlungen (60% Kostenerstattung)	120
• Kieferregulierung für Personen, die bis zum Eintrittsalter von 5 Jahren versichert wurden (60% Kostenerstattung)	250



Wichtige Hinweise

- * **Zuständige Aufsichtsbehörde:**
Finanzmarktaufsicht, A-1090 Wien, Otto-Wagner-Platz 5
- * **Vertragsgrundlagen:**
Die gegenseitigen Rechte und Pflichten regeln sich nach der vorliegenden Versicherungsurkunde, dem Antrag, den gegebenenfalls in der Versicherungsurkunde angeführten und beigelegten Besonderen Bedingungen, Verzeichnissen und Beilagen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen und den gesetzlichen Bestimmungen. Sofern nichts anderes vereinbart ist, gilt österreichisches Recht. Sind an dem Vertrag mehrere Versicherer beteiligt, so haftet jeder nur für seinen Anteil unter Ausschluss jeglicher Solidarhaftung.
- * **Abweichungen der Versicherungsurkunde vom Antrag:**
Bitte überprüfen Sie die Versicherungsurkunde auf Richtigkeit und Vollständigkeit. An den fett und kursiv kenntlich gemachten Stellen weicht die Versicherungsurkunde vom Antrag ab. Diese Abweichungen gelten gemäß § 5 VersVG als genehmigt, wenn wir nicht innerhalb eines Monats ab Zugang der Versicherungsurkunde Ihren schriftlichen Widerspruch erhalten haben.
- * **Rücktrittsrecht nach § 5b Versicherungsvertragsgesetz (VersVG):**
Sie können innerhalb von zwei Wochen vom Vertrag zurücktreten, wenn
 - Sie keine Kopie Ihrer schriftlichen Vertragserklärung erhalten haben, obwohl Sie diese dem Versicherer oder dessen Beauftragten persönlich abgegeben haben,
 - Ihnen die Versicherungsbedingungen nicht vor Abgabe Ihrer Vertragserklärung (Antragsaufnahme) übergeben wurden, oder
 - Sie die zu erteilenden Informationen über den Versicherer und den Versicherungsvertrag (gemäß §§ 9a bzw. 18b VAG), bzw. bei Vermittlung durch einen Versicherungsagenten die zu erteilenden Informationen über seine Person, sein Verhältnis zum Versicherer und die Dokumentation über die erfolgte Beratung nicht schriftlich erhalten haben (gemäß §§ 137f Abs 7 bis 8, 137g und 137h GewO).

Die Frist von zwei Wochen beginnt erst zu laufen, wenn Sie die genannten Mitteilungen, die Versicherungsurkunde und die Versicherungsbedingungen erhalten haben. Das Rücktrittsrecht erlischt spätestens einen Monat nach Zugang der Versicherungsurkunde einschließlich dieser Belehrung über das Rücktrittsrecht. Der Rücktritt kann nur schriftlich erklärt werden, wobei es genügt, wenn die Erklärung innerhalb der Frist abgesendet wird. Wird vorläufige Deckung gewährt, so gebührt uns dafür die ihrer Dauer entsprechende Prämie. Kein Rücktrittsrecht besteht, wenn die vereinbarte Vertragslaufzeit weniger als sechs Monate beträgt.

- * **Rücktrittsrecht nach § 5c Versicherungsvertragsgesetz (VersVG):**
Wenn Sie Verbraucher im Sinne des Konsumentenschutzgesetzes sind, können Sie vom Versicherungsvertrag ohne Angabe von Gründen innerhalb von 14 Tagen in Schriftform zurücktreten.
Die Frist zur Ausübung des Rücktrittsrechts beginnt mit dem Tag zu laufen, an dem Ihnen
 - die Versicherungsurkunde und die Versicherungsbedingungen einschließlich der Bestimmungen über die Prämienfestsetzung oder -änderung,
 - die zu erteilenden Informationen über den Versicherer und den Versicherungsvertrag (gemäß §§ 9a und 18b Versicherungsaufsichtsgesetz) sowie die Informationen über den Versicherungsvermittler, sein Verhältnis zum Versicherer und die Dokumentation über die erfolgte Beratung (gemäß §§ 137f Abs 7 bis 8 und 137g und 137h Gewerbeordnung),
 - eine Belehrung über das Rücktrittsrecht
 zugegangen sind.
Dieses Rücktrittsrecht steht Ihnen nicht zu, wenn die Vertragslaufzeit weniger als sechs Monate beträgt. Es erlischt spätestens einen Monat nach dem Zugang der Versicherungsurkunde und einer Belehrung über das Rücktrittsrecht. Hat der Versicherer vorläufige Deckung gewährt, so gebührt ihm dafür die ihrer Dauer entsprechende Prämie.
- * **Rücktrittsrecht nach § 3 Konsumentenschutzgesetz (KSchG):**
Wenn Sie Verbraucher im Sinne des KSchG sind, sind Sie - unabhängig von einem allfälligen Rücktrittsrecht nach § 5b oder § 5c VersVG - berechtigt, innerhalb **einer Woche** ab Zugang der Versicherungsurkunde schriftlich vom Vertrag zurückzutreten; es genügt, wenn die Erklärung innerhalb der Frist abgesendet wird. Wurde vorläufige Deckung gewährt, so gebührt uns dafür die ihrer Dauer entsprechende Prämie. **Kein** Rücktrittsrecht besteht, wenn Sie selbst die geschäftliche Verbindung zwecks Abschluss oder Änderung des Vertrages angebahnt oder Ihre Vertragserklärung in einem vom Versicherer für seine geschäftlichen Zwecke dauernd benützten Raum abgegeben haben oder der Vertrag ausschließlich auf schriftlichem Wege zustandegekommen ist.
- * Bei Neuverträgen liegen alle vertragsbezogenen Versicherungsbedingungen, bei Änderungen nur die dafür relevanten Versicherungsbedingungen dieser Versicherungsurkunde bei. Die "Besonderen Bedingungen" sind im Text der Versicherungsurkunde angedruckt oder liegen gleichfalls bei. Sofern Ihre Versicherungsurkunde den Hinweis "Allgemeine und Besondere Bedingungen unverändert" enthält, werden diese auf Verlangen ausgefolgt.
- * Zahlen Sie bitte pünktlich Ihre Prämie - am besten durch einen Abbuchungsauftrag - damit Ihr Versicherungsschutz nicht unterbrochen wird. Vergessen Sie bitte nicht, diese Versicherungsurkunde-Nummer auf Briefen und Zahlungsbelegen anzugeben.
- * Sie können gegen Erstattung der Kosten jederzeit Abschriften aller Erklärungen verlangen, die Sie mit Bezug auf den Versicherungsvertrag abgegeben haben.
- * **zu Unfallversicherungen:**

Beilage

Versicherungs-Urkunde Nr. A408831368

Melden Sie uns bitte einen Todesfall innerhalb von 3 Tagen, auch wenn der Unfall bereits gemeldet ist.

* **zu Krankenversicherungen:**

In der Krankenhauskostenversicherung wird der Tarif bestimmt durch die gesetzliche Krankenversicherung und die Krankenanstalten des Bundeslandes, in welchem die notwendigen Krankenhausbehandlungen stattfinden werden. Änderungen können den Umstieg auf einen anderen Tarif notwendig machen. Melden Sie uns daher bitte eine solche Änderung möglichst rasch.

* **zu Haftpflichtversicherungen:**

Unternehmen Sie bitte bei Schadenereignissen alles, was zur Aufklärung des Tatbestandes und zur Minderung des Schadens erforderlich ist. Stellen Sie Namen von Zeugen fest und veranlassen Sie bei größeren Schadensfällen fotografische Aufnahmen.

Wir ersuchen Sie, uns sofort bekanntzugeben:

- jedes Ereignis, das einen Schaden verursacht hat oder bei Haftpflichtversicherungen Schadenersatzansprüche eines anderen zur Folge haben könnte;
- jeden Schadenersatzanspruch, der bei Haftpflichtversicherungen gegen Sie erhoben wird;
- jede gerichtliche oder polizeiliche Maßnahme, die mit einem Schadenereignis zusammenhängt, und beachten Sie unsere Weisungen, die wir Ihnen übermitteln werden.

Greifen Sie unseren Entscheidungen nicht dadurch vor, dass Sie trotz Bestehen einer Haftpflichtversicherung den Anspruch des Geschädigten anerkennen oder befriedigen.

* **zu allen Kfz-Versicherungen:**

Benachrichtigen Sie bei Personenschäden sowie bei Schäden durch Diebstahl, Unterschlagung, Raub, unbefugten Gebrauch durch betriebsfremde Personen, Brand, Explosion oder Wild unverzüglich die nächste Polizei- oder Gendarmeriedienststelle.

Im Falle eines bloßen Sachschadens - also wenn **kein Verdacht auf eine Personenverletzung** besteht - ist zu empfehlen, die Gendarmerie bzw. Polizei nicht zu verständigen.

Voraussetzung bleibt natürlich, dass die **Identität** der Unfallbeteiligten zweifelsfrei feststellbar ist.

Bei Unfällen mit **Ausländerbeteiligung** sollte - sofern der ausländische Unfallgegner nicht von sich aus eine Verständigung der Behörde vornimmt - zur Sicherheit jedenfalls eine Verständigung durch Sie erfolgen.

Machen Sie jedenfalls Skizzen von der Unfallstelle und stellen Sie, möglichst unter Mitwirkung von Zeugen, Fahr- und Bremsspuren fest.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVBK 1998)

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen sind Bestandteil des Versicherungsvertrages und finden insoweit Anwendung, als in den Ergänzenden Versicherungsbedingungen des gewählten Tarifes keine Sonderregelungen getroffen werden.

Die AVBK 1998 entsprechen bis auf die Ergänzungen betreffend § 5 A) Leistungen für ambulante Heilbehandlung den AVBK 1994.

Übersicht

Der Versicherungsschutz

- § 1 Gegenstand und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes
- § 2 Abschluss des Versicherungsvertrages
- § 3 Beginn des Versicherungsschutzes
- § 4 Wartezeiten
- § 5 Art und Umfang des Versicherungsschutzes
- § 6 Einschränkung des Versicherungsschutzes
- § 7 Auszahlung der Versicherungsleistungen
- § 8 Ruhen des Versicherungsschutzes
- § 9 Ende des Versicherungsschutzes

Pflichten des Versicherungsnehmers

- § 10 Prämien, Gebühren und Abgaben
- § 11 Zahlungsverzug und dessen Folgen
- § 12 Obliegenheiten
- § 13 Ansprüche gegen Dritte

Ende des Versicherungsvertrages

- § 14 Kündigung durch den Versicherungsnehmer
- § 15 Kündigung durch die Gesellschaft
- § 16 Sonstige Beendigungsgründe

Sonstige Bestimmungen

- § 17 Form und Empfänger von Willenserklärungen und Anzeigen
- § 18 Erfüllungsort, Gerichtsstand
- § 19 Änderung der Versicherungsbedingungen und Tarife
- § 20 Gewinnbeteiligung

Der Versicherungsschutz

§ 1. Gegenstand und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

1. Der Versicherte hat im Versicherungsfall Anspruch auf Versicherungsschutz im Rahmen der gewählten Tarife.
2. a) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung des Versicherten wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung (erste Inanspruchnahme des Arztes), er endet, wenn nach medizinischem Befund die Notwendigkeit der Heilbehandlung nicht mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolgen ausgedehnt werden, die mit der (den) bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängen, so entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall.
- b) Als Versicherungsfall gelten auch:
 - die Entbindung einschließlich der wegen Schwangerschaft erforderlichen Untersuchungen sowie die damit in Zusammenhang stehende medizinisch notwendige Heilbehandlung und
 - sonstige in den Ergänzenden Versicherungsbedingungen des gewählten Tarifes angeführte Versicherungsfälle.

c) Als Versicherungsfall gelten nicht:

- kosmetische Behandlungen und Operationen und deren Folgen, soweit diese Maßnahmen nicht der Beseitigung von Unfallfolgen dienen;
 - Zahnimplantationen sowie die damit im Zusammenhang stehenden Maßnahmen und Folgen, soweit diese nicht der Beseitigung von Unfallfolgen dienen;
 - nichtärztliche Hauspflege sowie Maßnahmen der Geriatrie, der Rehabilitation und der Heilpädagogik, der Logopädie und der Heilgymnastik;
 - alle Formen der künstlichen Befruchtung (z.B. In-vitro-fertilisation, Insemination).
3. Heilbehandlung ist eine medizinische Behandlung, die nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft geeignet erscheint, die Gesundheit wieder herzustellen, den Zustand zu bessern oder eine Verschlechterung zu verhindern.
 4. Krankheit ist ein nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft anomaler körperlicher oder geistiger Zustand.
 5. Unfall ist jedes vom Willen des Versicherten unabhängige Ereignis, das, plötzlich von außen, mechanisch oder chemisch einwirkend, eine körperliche Schädigung des Versicherten nach sich zieht.
 6. Versichert können nur gesunde Personen werden, die in Österreich ihren ordentlichen Wohnsitz haben. Andere Personen können zu besonderen Bedingungen versichert werden.
 7. Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Versicherungsfälle auf der ganzen Erde, falls die Ergänzenden Versicherungsbedingungen der einzelnen Tarife keine Einschränkung dieses örtlichen Geltungsbereiches vorsehen.

§ 2. Abschluss des Versicherungsvertrages

1. Versicherungsnehmer kann nur eine Person sein, die in Österreich ihren ordentlichen Wohnsitz hat.
2. Der Antragsteller ist sechs Wochen an seinen Antrag gebunden. Die Frist beginnt mit dem Tag der Antragstellung.
3. Die Annahme des Antrages kann auch von einer ärztlichen Untersuchung oder von der Beibringung eines ärztlichen Zeugnisses abhängig gemacht werden. Die Kosten trägt der Antragsteller.
4. Über die Antragsannahme entscheidet die Geschäftsleitung der Gesellschaft. Die Entscheidung ist dem Antragsteller schriftlich mitzuteilen. Mit der Zustellung (Aushändigung) der Versicherungsurkunde oder einer schriftlichen Annahmeerklärung ist der Versicherungsvertrag abgeschlossen.
5. Bei neugeborenen Kindern, für die eine Anspruchsberechtigung gegenüber einem Träger der sozialen Krankenversicherung nicht besteht und auch nicht begründet werden kann, verzichtet die Gesellschaft in der Krankheitskostenversicherung unter folgenden Voraussetzungen auf das Recht der Ablehnung (§ 2 Pkt. 4) und auf einen Leistungsausschluss gemäß § 6 Pkt. 1 und 2:

- a) die Eltern (ein Elternteil) des Kindes müssen nach Tarifen versichert sein, die dem für das Kind beantragten Versicherungsschutz entsprechen;
 - b) die Mitversicherung des Kindes muss innerhalb von zwei Monaten nach der Geburt mit Wirkung ab dem 1. des Geburtsmonates beantragt werden;
 - c) wenn schon Kinder vorhanden sind, müssen alle im gemeinsamen Haushalt lebenden Kinder unter 19 Jahren im Anschluss an die Versicherung der Eltern (eines Elternteiles) schon mitversichert sein.
 - d) Bedeutet das Kind ein erhöhtes Risiko, so kann die Gesellschaft einen angemessenen Prämienzuschlag verlangen.
6. Der Antragsteller (Versicherte) erteilt der Gesellschaft durch Fertigung des Antrages für sich und seine von ihm gesetzlich vertretenen Familienangehörigen die Befugnis, über bestehende und frühere Krankheiten und Gebrechen bei Dritten (Ärzten, Krankenanstalten, Sozialversicherungsträgern, sonstigen Versicherungseinrichtungen, Behörden usw.) alle für erforderlich erachteten Erkundigungen einzuziehen. Er ermächtigt diese Dritten, der Gesellschaft jede Auskunft zu erteilen und darüber auch vor Gericht Zeugnis abzulegen.

§ 3. Beginn des Versicherungsschutzes

1. Die Versicherung beginnt mit dem nächsten, auf den Tag der Antragsaufnahme folgenden Monatsersten.
2. 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 Versicherungsurkunde bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn). Wird die Versicherungsurkunde nach diesem Zeitpunkt ausgehändigt, die Prämie sodann aber binnen 14 Tagen bezahlt, so beginnt der Versicherungsschutz abgesehen von den Bestimmungen über die Wartezeiten mit dem in der Versicherungsurkunde bezeichneten Zeitpunkt.

§ 4. Wartezeiten

1. Die Wartezeiten (Erkrankungen während der Wartezeit siehe § 6 Pkt. 3 und 4) werden ab Versicherungsbeginn gerechnet.
2. Die allgemeine Wartezeit beträgt 3 Monate.

Sie entfällt:

- a) bei Unfällen; Bauch- oder Unterleibsbrüche, die durch einen Unfall herbeigeführt oder verschlechtert worden sind, unterliegen jedoch der allgemeinen Wartezeit.
 - b) bei folgenden akuten Infektionskrankheiten:

Röteln, Masern, Windpocken (Varicellen), Scharlach, Diphtherie, Keuchhusten, Mumps, spinale Kinderlähmung, Meningitis, Ruhr, Paratyphus, Flecktyphus (Fleckfieber), Typhus, Cholera, Pocken, Rückfallfieber, Malaria, Milzbrand, Rotlauf, Gelbfieber, Pest, Tularämie, Psittakose.
 - c) bei Mitversicherung von Ehegatten und neugeborenen Kindern für Leistungen im Ausmaß der bestehenden Versicherung
- wenn die Versicherung mindestens 3 Monate bestanden hat und

wenn die Mitversicherung innerhalb von zwei Monaten nach der Eheschließung oder nach der Geburt mit Wirkung vom 1. des Monats der Eheschließung oder des Geburtsmonates beantragt wird.

Bedeutet der Ehegatte bzw. das Kind ein erhöhtes Risiko, so kann die Gesellschaft den Antrag zu besonderen Bedingungen (§ 1 Pkt. 6) annehmen oder ablehnen (§ 2 Pkt. 4).

3. Besondere Wartezeiten

- a) Die Bestimmungen über die allgemeine Wartezeit gelten, sofern in den Ergänzenden Versicherungsbedingungen der einzelnen Tarife oder in der Versicherungsurkunde keine besonderen Wartezeiten festgelegt sind.
- b) Die Wartezeit für Erkrankungen, die vor Versicherungsbeginn entstanden sind und mit Prämienzuschlag in den Versicherungsschutz einbezogen wurden, ist in der Versicherungsurkunde festgelegt.
- c) Die Wartezeit für Untersuchungen und Behandlungen wegen Unfruchtbarkeit, Schwangerschaft, Entbindungen und Fehlgeburten beträgt 9 Monate, es sei denn, es wurde eine andere, in der Versicherungsurkunde dokumentierte Vereinbarung getroffen.

Ist die Schwangerschaft nachweislich nach Inkrafttreten der Versicherung eingetreten, entfällt die Wartezeit. Es gilt als Nachweis, wenn der ärztlich errechnete Geburtstermin 9 Monate nach Versicherungsbeginn liegt.

- d) Die Wartezeit für Psychotherapie, Zahnbehandlung und Zahnersatz beträgt 8 Monate.

4. Bei Übertritt in eine höhere Tarifklasse besteht der Anspruch auf höheren Versicherungsschutz nur für Versicherungsfälle, die nach neuerlichem Ablauf der Wartezeiten eintreten.

5. Wird eine Krankheitskostenversicherung nachweislich innerhalb von zwei Monaten nach Beendigung einer Pflichtversicherung in unmittelbarem Anschluss an diese abgeschlossen, so wird deren Versicherungszeit auf die Wartezeit angerechnet; dies gilt sinngemäß auch für gegenüber einem Träger der sozialen Krankenversicherung bisher Anspruchsberechtigte. Für stationäre Heilbehandlung besteht aber innerhalb der Wartezeit Versicherungsschutz höchstens im Ausmaß der Leistung aus der Pflichtversicherung. Für Entbindungen und deren Folgen besteht Versicherungsschutz erst nach Ablauf der in Pkt. 3 c) oder in der Versicherungsurkunde genannten Wartezeiten. Die Voraussetzungen für die Anrechnung der Pflichtversicherung sind der Gesellschaft durch geeignete Belege nachzuweisen.

§ 5. Art und Umfang des Versicherungsschutzes

1. Art und Umfang des Versicherungsschutzes ergeben sich aus den Allgemeinen und Ergänzenden Versicherungsbedingungen, dem Tarif und der Versicherungsurkunde.

A) Leistungen für ambulante Heilbehandlung

2. Der Versicherte hat freie Wahl unter den niedergelassenen, zur selbstständigen Ausübung des ärztlichen Berufes zugelassenen Ärzten und Dentisten. Bei medizinischer Notwendigkeit werden während eines Versicherungsfalles auch die Kosten der Beiziehung mehrerer Ärzte erstattet.

3. Die Kosten der ärztlichen Hausbesuche werden nur dann vergütet, wenn der Zustand des Versicherten das Aufsuchen des Arztes nicht gestattet; ansonsten wird nur Entschädigung für Ordinationen geleistet.

Beilage

Versicherungs-Urkunde Nr. A408831368

Beratungsprotokoll

Agentur Petrides Tristan ist vertraglich gebundener Agent der Allianz Elementar Versicherungs AG und Allianz Elementar Lebensversicherungs AG und vertreibt ausschließlich Produkte dieser Versicherungen.

Versicherungs-/Vorsorgewünsche

Kranken Der Kunde wünscht mehr als nur kassenmedizinische Leistungen.

Besonderes zum Deckungsumfang

Kranken PROBEANTRAG

Gründe für den erteilten Rat

Kranken Das empfohlene Produkt entspricht den Wünschen und Bedürfnissen des Kunden.



Wien, am 06.09.2016

Versicherungs-Urkunde Nr. A408831368

Vertrag Schnellservice

Postfach 2000
A-1130 Wien
Telefon: +43 5 9009-9001
Telefax: 05 9009-3001
E-Mail: vertrag@allianz.at

Ihr persönlicher Betreuer:

Agentur Petrides Tristan
Himberger Straße 21
A-1100 Wien
Telefon: +4316880190
Mobil: +4369910573587

Krankenversicherung

Grund der Ausfertigung: Neuabschluss der beantragten Versicherung

Versicherungsdauer

Beginn der Versicherung: 01.08.2016, 00:00 Uhr
Versicherungsdauer: unbestimmte Zeit, Mindestvertragsdauer
Hauptfälligkeit: 1. August

Versicherungsnehmer

Herr Alexander Pirkmayer
A-1110 Wien, Roschegasse 1/1/83

Versicherte Person

Herr Alexander Pirkmayer

geboren am 01.11.1983

Versicherte Sparten

Ambulante Heilbehandlung

Bruttoprämie monatlich

EUR 96,22

Zahlungssumme

Jahresprämie netto

EUR 1.143,24

Jahresprämie brutto

EUR 1.154,64

Zahlung monatlich

darin enthalten ist:

EUR 96,22

Versicherungssteuer

EUR 0,95

Vertragsabrechnung

Ambulante Heilbehandlung

netto

brutto

Vorschreibung vom 01.08.2016 bis 30.09.2016

EUR

190,54

EUR

192,44

Fällig aus dieser Vertragsabrechnung

EUR

190,54

EUR

192,44

darin enthalten ist:

Versicherungssteuer

EUR

1,90

Den aktuellen Kontostand zu diesem Versicherungsvertrag entnehmen Sie bitte beiliegendem Schreiben.

Ergänzung

Bitte beachten Sie die in der Versicherungsurkunde vermerkten Abweichungen vom Antrag sowie die wichtigen Hinweise im Anhang.

Für interne Zwecke

Wb.Nr.: 2087318
ABKV10, ABKV71

Wien, am 06.09.2016

Versicherungs-Urkunde Nr. A408831368

Krankenversicherung

Ambulante Heilbehandlung

Versicherungsschutz

Versicherung für Ambulante Heilbehandlung

Tarif AS2/2016

EUR 1.143,21

Herr Alexander Pirkmayer, geboren am 01.11.1983

Tarif AS2/2016

AVBK 1998

inklusive Versicherungsschutz für Sehbehelfe

Unbefristeter Ausschluss**Unter Hinweis auf § 6 Pkt. 1 der AVBK 1998 erstreckt sich der Versicherungsschutz nicht auf Magenby-pass und Folgen.****Einschluss gegen Prämienzuschlag****Der Versicherungsschutz erstreckt sich auch auf Folsäuremangel-Anämie, Zustand nach Adipositas und Wirbelsäulenbeschwerden. Unter Hinweis auf § 4 Pkt. 3 b) der AVBK 1998 beginnt die Leistungspflicht des Versicherers für die mit Prämienzuschlag eingeschlossene Erkrankung mit 01.08.2016.**Geltende Bedingungen

Allg. Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVBK 1998)

Ergänzende Versicherungsbedingungen für die Versicherung für ambulante Heilbehandlung Tarife AS2, AS2Z, AS6, AS6Z

Zahlungssumme

Jahresprämie netto

EUR 1.143,24

1,00% Versicherungssteuer

EUR 11,40

Jahresprämie brutto

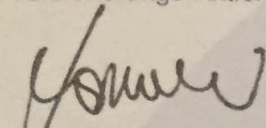
EUR 1.154,64

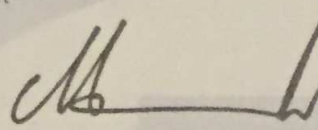
Krankenversicherung

Abweichungen vom Antrag
unbefristeter Leistungsausschluss
Einschluss gegen Prämienzuschlag

Diese Abweichungen vom Antrag gelten gemäß § 5 Versicherungsvertragsgesetz als genehmigt, wenn wir nicht innerhalb eines Monats nach Zugang der Versicherungsurkunde Ihren schriftlichen Widerspruch erhalten haben.

Allianz Elementar
Versicherungs-Aktiengesellschaft


Dr. Johann Oswald
Vorstand Market Management


Mag. Christoph Marek
Vorstand Versicherungstechnik

Vertrag Schnellservice

A10/04

Herrn
Alexander Pirkmayer
Roschegasse 1/1/83
1110 Wien

Postfach 2000
A-1130 Wien
Telefon: +43 5 9009-9001
Telefax: 05 9009-3001
E-Mail: vertrag@allianz.at

Wien, am 06.09.2016

Betrifft **Krankenversicherung****Versicherungs-Urkunde Nr. A408831368**

Versicherungsnehmer: Alexander Pirkmayer
A-1110 Wien, Roschegasse 1/1/83
Versicherte Person(en): Alexander Pirkmayer

Sehr geehrter Herr Pirkmayer!

Mit Abschluss dieses Versicherungsvertrages haben Sie eine wichtige Entscheidung getroffen. Wir freuen uns, dass Sie die Allianz Elementar Versicherungs-Aktiengesellschaft zu Ihrem Partner gewählt haben, und werden uns stets bemühen, Ihr Vertrauen zu rechtfertigen.

Mit diesem Schreiben erhalten Sie Ihre Versicherungsurkunde und die Versicherungsbedingungen.

Wir ersuchen Sie, den auf dem Zahlschein ausgewiesenen Betrag innerhalb von 14 Tagen - gerechnet ab Zugang dieses Schreibens - einzuzahlen.

Die rechtzeitige Zahlung ist wichtig, weil wir gemäß § 38 Versicherungsvertragsgesetz von der Verpflichtung zur Leistung frei sind, wenn die Erstprämie zur Zeit des Eintritts des Versicherungsfalles und nach Ablauf der oben angeführten Frist noch nicht bezahlt ist, es sei denn, Sie waren an der rechtzeitigen Zahlung der Prämie ohne Ihr Verschulden verhindert.

Darüber hinaus sind wir bei nicht rechtzeitiger Zahlung der Prämie berechtigt, vom Vertrag zurückzutreten, solange die Zahlung nicht bewirkt ist. Es gilt als Rücktritt vom Vertrag, wenn der Anspruch auf die Prämie nicht innerhalb dreier Monate vom Fälligkeitstag an gerichtlich geltend gemacht wird.

Die Prämienabrechnung für Ihre Versicherung entnehmen Sie bitte dem unten angeführten Kontoauszug.

Datum	Text	von	bis	Belastung	Gutschrift
	Saldovortrag			EUR 0,00	
06.09.2016	Nachtragsprämie	01.09.2016	30.09.2016	EUR 96,22	
06.09.2016	Erstprämie	01.08.2016	31.08.2016	EUR 96,22	
	offener Betrag			EUR 192,44	

Krankenversicherung

Versicherungs-Urkunde Nr. A408831368

Allianz SIM - 1 SIM, alles drin.

Wussten Sie, dass eine Handyreparatur durchschnittlich EUR 190,- kostet?

Und wussten Sie auch, dass es jetzt bei der Allianz eine Handy-Versicherung dafür gibt?

Mit dem Allianz Handy- & Tablet-Schutz können Sie Ihr Gerät versichern. Diesen Schutz gibt es jetzt **gratis zu**

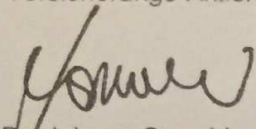
Allianz SIM, dem supergünstigen Mobilfunkangebot für Handys & Tablets.

Mehr Infos zu Allianz SIM finden Sie unter **www.allianz-sim.at**

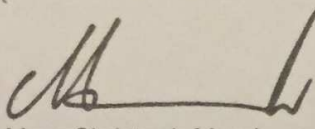
Freundliche Grüße

Allianz Elementar

Versicherungs-Aktiengesellschaft



Dr. Johann Oswald
Vorstand Market Management



Mag. Christoph Marek
Vorstand Versicherungstechnik

Beilage(n)

IHRE CHECKLISTE FÜR LEISTUNGSABRECHNUNG Privatpatienten-Versicherung für ambulante Heilbehandlung

Um eine rasche Abrechnung Ihrer Versicherungsleistung gewährleisten zu können, beachten Sie bitte Folgendes:

Übermittlung an Allianz unter Angabe der Nummer Ihrer Versicherungsurkunde:

- Kopien per Mail: krankenversicherung@allianz.at, Fax: 05 9009-386 oder Post
- Originale per Post an: Allianz Elementar Versicherungs-AG, Postfach 2000, 1130 Wien

Rechnungen müssen folgende Angaben beinhalten:

- Vor- und Familienname der/des Versicherten, Adresse, Geburtsdatum,
- Bezeichnung der Krankheit (Diagnose),
- Daten der Behandlung (Behandlungszeitraum und Leistungsaufstellung),

Bei Leistungen durch Arzt/Facharzt können eingereicht werden:

- Rechnungskopien mit Erstattungsnachweis der Pflichtversicherung
ODER
- Originalrechnungen mit Zahlungsnachweis

**Bei Leistungen, die nicht von einem Arzt/Facharzt erbracht wurden
(z.B. Heilbehelfe, Arzneimittel, physio- oder psychotherapeutische Behandlung):**

- Wie oben
PLUS
- die ärztliche Verordnung mit Diagnose
Ausnahme: Verordnung bei Brillen/Kontaktlinsen und Rezeptgebühren nicht erforderlich
(Vor-/Familiennamen der behandelten Person und bei Brillen/Kontaktlinsen Angabe der
Dioptrienzahl auf der Rechnung ausreichend)

Unsere Empfehlung:

- Reichen Sie die Rechnungen zunächst bei Ihrer Pflichtversicherung ein:
Im Falle einer Erstattung durch die Pflichtversicherung können wir im Rahmen des Leistungslimits den verbleibenden Restbetrag bis zu 100% übernehmen.
- Die eingereichten Unterlagen verbleiben bei der Allianz.
Kopieren Sie diese für den Fall, dass Sie sie noch brauchen sollten.
- Denken Sie vor der Einreichung auch an Ihre Gewinnbeteiligung bzw. garantierte Prämienrück-
erstattung!

Registrieren Sie sich in unserem Kundenportal:

<https://secure.allianz.at/kunden/private/kunden>

**Ihre Vertragsdokumente sowie die aktuellen Leistungsabrechnungen
stehen dort für Sie bereit.**

Wien, am 06.09.2016

4. Weggebühren des Arztes werden erstattet, wenn am Wohnort des Versicherten kein Arzt ansässig ist; nicht erstattet werden die Kosten für Fahrten des Versicherten zu einem Arzt.
5. Behandeln Ärzte sich selbst, Ehegatten, Eltern oder Kinder, werden nur die nachgewiesenen Sachkosten erstattet.
6. Die Kosten besonderer Untersuchungen (z.B. Laboratoriumsuntersuchungen, Röntgendiagnostik, Ultraschalluntersuchungen) und die Kosten ärztlich verordneter physiotherapeutischer Heilbehandlungen (z.B. physikalische Behandlungen, Heilbäder) werden erstattet, wenn sie durch einen Arzt oder einen zur freiberuflichen Ausübung dieser Dienste Berechtigten durchgeführt wurden.
- Die Kosten psychotherapeutischer Heilbehandlungen werden erstattet, wenn diese durch einen Arzt vorgenommen wurden.
- Zusätzliche Kosten für Ordinationen oder Hausbesuche werden in diesen Fällen nicht vergütet.
7. Als Heilbeihilfe (Hilfsmittel) gelten
- z.B. Brillen, Kontaktlinsen, Hörgeräte, Bruchbänder, Gliederprothesen, orthopädische Korsette, orthopädische Schuheinlagen und die orthopädische Ausstattung von Schuhen, Bandagen und Bauchmieder,
- nicht jedoch z.B. Irrigatoren, Inhalationsapparate, Milchpumpen, Mundduschen, Eisbeutel, Heizkissen, Fieberthermometer, Blutdruckmessgeräte, Behelfe zur Korrektur von Zahn- und Kieferfehlstellungen sowie alle sonst zur Körper- und Krankenpflege dienenden Apparate und Behelfe.
- Hat der Versicherer für Heilbeihilfe Kostenersatz geleistet, so besteht ein neuerlicher Anspruch auf Leistungen erst nach Ablauf der üblichen Nutzungsdauer, sofern nicht zu einem früheren Zeitpunkt aus medizinischen Gründen eine Neuanschaffung notwendig ist (für Brillen und Kontaktlinsen frühestens nach 2 Jahren).
10. Für nachstehende Aufenthalte besteht kein Anspruch auf Tagegeld (Ersatztagelohn); ein Kostenersatzanspruch in tariflichem Ausmaß besteht nur dann, wenn die Gesellschaft dies vor Beginn der Heilbehandlung schriftlich zugesagt hat, jedoch höchstens für 6 Wochen:
- in Anstalten (oder Abteilungen von sonstigen Anstalten), in denen neben stationärer Heilbehandlung auch Rehabilitationsmaßnahmen oder Kurbehandlungen durchgeführt werden;
 - in Anstalten (oder Abteilungen von sonstigen Anstalten), in denen auch Rekonvaleszenz oder Pflegefälle aufgenommen werden;
 - in Anstalten (oder Abteilungen von sonstigen Anstalten), in denen neben stationärer Heilbehandlung auch Langzeitbehandlungen durchgeführt werden und
 - in privaten Krankenanstalten außerhalb Österreichs.
11. Kein Versicherungsschutz besteht für Aufenthalte in folgenden Anstalten (einschließlich deren Krankenabteilungen):
- in Anstalten (oder entsprechenden Abteilungen von sonstigen Anstalten) für Lungen- und Tbc-Kranke;
 - in Anstalten (oder entsprechenden Abteilungen von sonstigen Anstalten) für Nerven- und/oder psychiatrische Erkrankungen (selbstständig geführte Abteilungen für Neurologie oder Neurochirurgie stehen jedoch gemäß Pkt. 8 unter Versicherungsschutz).
 - in Anstalten (oder Abteilungen von Anstalten), die vornehmlich für Maßnahmen der Rehabilitation eingerichtet sind;
 - in Anstalten (oder Abteilungen von Anstalten) für Alkohol- und Drogenabhängige;
 - in Sanitätseinrichtungen des Bundesheeres;
 - in Inquiritenspitälern (oder Inquiritenabteilungen);
 - in Anstalten (oder Abteilungen von Anstalten) für geistig abnorme Rechtsbrecher;
 - in selbstständigen Ambulatorien (auch wenn die durchzuführende Untersuchung oder Behandlung eine kurzfristige Unterbringung erforderlich macht);
 - in Kuranstalten, Erholungs-, Diät- und Genesungsheimen;
 - in Anstalten (oder Abteilungen von Anstalten) für chronisch Kranke;
 - in Anstalten (oder Abteilungen von Anstalten) zur Pflege wegen Alters, Hinfälligkeit, Siechtums oder mangels häuslicher Pflege;
 - in Tag- und/oder Nachtkliniken.

B) Leistungen für stationäre Heilbehandlung

8. Stationäre Heilbehandlung im Sinne dieser Versicherungsbedingungen ist eine Heilbehandlung im Rahmen eines medizinisch notwendigen stationären Aufenthaltes in sanitätsbehördlich genehmigten Krankenanstalten (oder Abteilungen von Krankenanstalten), sofern diese ständige ärztliche Anwesenheit vorsehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen, ausschließlich nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft arbeiten, nicht auf die Anwendung bestimmter Behandlungsmethoden ausgerichtet sind sowie Krankengeschichten führen. Als stationär gilt ein Aufenthalt nur, wenn die Art der Heilbehandlung einen Aufenthalt von mindestens 24 Stunden erfordert.
- Stationäre Aufenthalte für Zahnbehandlung und Zahnersatz sowie zahn- und kieferchirurgische Eingriffe gelten nur dann als medizinisch notwendig, wenn eine ambulante Heilbehandlung aus medizinischen Gründen nicht möglich ist.
- Als medizinisch notwendig gilt ein stationärer Aufenthalt insbesondere nicht, wenn er lediglich im Mangel an häuslicher Pflege oder sonstigen persönlichen Verhältnissen des Versicherten begründet ist.
9. Für eine stationäre Heilbehandlung im Sinne des Pkt. 8 werden in den nachstehend angeführten Anstalten (oder Abteilungen von sonstigen Anstalten) Leistungen nur insoweit erbracht, als die Gesellschaft diese vor Beginn schriftlich zugesagt hat:
- in Anstalten (oder Abteilungen von sonstigen Anstalten), die nicht ausschließlich nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft arbeiten;
12. Die Gesellschaft kann sich auf ihre Leistungsfreiheit nach Pkt. 9 bis 11 insoweit und solange nicht berufen, als die Dringlichkeit der stationären Heilbehandlung das Aufsuchen einer Krankenanstalt im Sinne des Pkt. 8 bzw. die Einholung einer vor Beginn der Behandlung erfolgten schriftlichen Zusage nach Pkt. 9 und 10 nicht zulässt.

§ 6.

Einschränkung des Versicherungsschutzes

(siehe auch § 1 Pkt. 2c)

1. Versicherungsschutz besteht grundsätzlich nur für während der Versicherungsdauer entstandene Krankheiten und Unfälle sowie deren Folgen. Jedenfalls vom Versicherungsschutz ausgenommen sind Heilbehandlungen, die vor Versicherungsbeginn begonnen haben.
2. Krankheiten und Unfallfolgen, die vor Versicherungsbeginn entstanden sind, sind nur dann vom Versicherungsschutz umfasst, wenn sie bei Antragstellung angezeigt wurden und in der Versicherungsurkunde keine diesbezügliche Leistungseinschränkung dokumentiert ist.
3. Für Krankheiten und Unfallfolgen, die während der allgemeinen Wartezeit (§ 4 Pkt. 2) erstmalig behandelt worden sind, besteht Versicherungsschutz nur dann, wenn der Versicherungsnehmer beweist, dass die Krankheiten und Unfallfolgen für ihn erst nach Vertragsabschluss erkennbar wurden. Ansonsten besteht - sofern keine Verletzung der Anzeigepflicht (§ 11 der AVBK 1998) vorliegt - Versicherungsschutz nach Ablauf der allgemeinen Wartezeit.
4. Krankheiten und Unfallfolgen gemäß Pkt. 1 und 2 können zu besonderen Bedingungen (höherer Beitrag, besondere Wartezeiten) in den Versicherungsschutz eingeschlossen werden.
5. Kein Versicherungsschutz besteht
 - für Krankheiten und Unfälle sowie deren Folgen, die auf Grund von Alkohol-, Suchtgif- oder Medikamentenmissbrauch eintreten oder verschlechtert werden oder deren Heilbehandlung infolge Missbrauches wesentlich erschwert ist, sowie für Entziehungsmaßnahmen und Entziehungskuren;
 - für Anhaltung wegen Selbst- oder Fremdgefährdung;
 - für die Folgen von Selbstmordversuchen;
 - für auf Vorsatz des Versicherungsnehmers oder des Versicherten beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen;
 - für Krankheiten und Unfälle sowie deren Folgen, die durch aktive Beteiligung an Unruhen, durch schuldhaftes Beteiligung an Schlägereien oder bei der Begehung einer gerichtlich strafbaren Handlung, die Vorsatz voraussetzt, entstehen;
 - für Krankheiten und Unfälle sowie deren Folgen, die durch Kriegereignisse jeder Art, einschließlich Neutralitätsverletzung, entstehen.
6. Für die Heilbehandlung von Krankheiten und Unfallfolgen, die vom Versicherungsnehmer bzw. vom Versicherten vor Abschluss des Versicherungsvertrages angegeben wurden, kann der Versicherungsschutz nur durch ausdrückliche schriftliche Erklärung der Gesellschaft ausgeschlossen werden.
7. Geht die Heilbehandlung über das notwendige Maß hinaus, so ist die Gesellschaft berechtigt, die Erstattung auf das angemessene Ausmaß herabzusetzen.
8. Die Gesellschaft kann in begründeten Fällen Behandlungen durch bestimmte Ärzte oder Dentisten bzw. in bestimmten Krankenanstalten (oder Abteilungen von Krankenanstalten) vom Versicherungsschutz ausnehmen. Dies gilt für Behandlungen, die nach Zustellung einer entsprechenden Mitteilung durchgeführt werden. Für alle vor der Zustellung dieser Mitteilung eingetretenen Versicherungsfälle besteht Versicherungsschutz bis zum Ablauf des ersten Monats nach Zustellung der Mitteilung.

§ 7.

Auszahlung der Versicherungsleistungen

1. Die Auszahlung der Versicherungsleistung erfolgt auf Grund von saldierten Originalrechnungen oder Aufenthaltsbestätigungen. Diese Belege müssen den Vor- und Zunamen, die Adresse, die Nummer der Versicherungsurkunde, das Geburtsdatum der behandelten Person sowie die Bezeichnung der Krankheit und der erbrachten Leistungen und die Daten der Behandlungen enthalten.

Ist der Versicherte noch anderweitig (gesetzlich oder privat) krankenversichert, können auch Zeitschriften samt der dazugehörigen Abrechnung oder detaillierte Abrechnungen der anderen Versicherer vorgelegt werden.
2. Die Gesellschaft darf den Überbringer von Belegen als zum Empfang der darauf entfallenden Versicherungsleistungen berechtigt ansehen.
3. Die Belege gehen in das Eigentum der Gesellschaft über.
4. Die Gesellschaft ist berechtigt, bei jeder Überweisung die tatsächlich auflaufenden Kosten der Überweisung in Rechnung zu stellen.
5. Übersetzungskosten sind vom Versicherungsnehmer zu tragen.
6. In ausländischer Währung entstandene Kosten werden in Euro ersetzt. Für die Umrechnung ist der Devisenmittelkurs der Wiener Börse des letzten im Ausland erfolgten Behandlungstages maßgeblich.
7. Die Ansprüche auf Versicherungsleistungen können ohne Zustimmung der Gesellschaft weder verpfändet noch abgetreten werden.

Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen der Gesellschaft nur aufrechnen, wenn es sich um Gegenforderungen handelt, die im rechtlichen Zusammenhang mit seiner Forderung stehen und die gerichtlich festgestellt oder die von der Gesellschaft anerkannt worden sind.

8. Die Gesellschaft ist von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Anspruch auf die Leistung nicht innerhalb eines Jahres gerichtlich geltend gemacht wird. Die Frist beginnt erst, nachdem die Gesellschaft dem Versicherungsnehmer gegenüber den erhobenen Anspruch in einer dem Pkt. 10 entsprechenden Weise sowie unter Angabe der mit dem Ablauf der Frist verbundenen Rechtsfolge abgelehnt hat; sie ist für die Dauer von Vergleichsverhandlungen über den erhobenen Anspruch gehemmt. Die Leistungsfreiheit tritt nicht ein, wenn der Versicherungsnehmer an der rechtzeitigen gerichtlichen Geltendmachung des Anspruchs ohne sein Verschulden gehindert war.
9. Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren.
10. Ist ein Anspruch des Versicherungsnehmers bei der Gesellschaft angemeldet worden, so ist die Verjährung bis zum Einlangen einer schriftlichen Entscheidung der Gesellschaft gehemmt, die zumindest mit der Anführung der der Ablehnung derzeit zu Grunde gelegten Tatsache und gesetzlichen oder vertraglichen Bestimmung begründet ist. Nach Ablauf von zehn Jahren tritt jedoch die Verjährung jedenfalls ein.

§ 8.

Ruhen des Versicherungsschutzes

1. Auf Antrag des Versicherungsnehmers kann in begründeten Fällen für einen im Voraus bestimmten Zeitraum von nicht mehr als zwölf Monaten das Ruhen der Rechte und Pflichten aus dem Versicherungsvertrag vereinbart werden.

2. Für den Zeitraum der Ruhendstellung ist ein im Tarif festgesetzter Ruhensbeitrag im Voraus zu entrichten.

Kein Versicherungsschutz besteht für Versicherungsfälle, die während des Ruhens des Versicherungsvertrages eingetreten sind. Für die Fortsetzung der Heilbehandlung nach Ende des Ruhens besteht Versicherungsschutz.

3. Eine vom Versicherungsnehmer beantragte Wiederinkraftsetzung der Versicherung vor Ablauf des vereinbarten Zeitraumes kann von einer Gesundheitsprüfung abhängig gemacht werden.

§ 9.

Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz endet - auch für eine noch nicht abgeschlossene Heilbehandlung - mit der Beendigung des Versicherungsvertrages.

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 10.

A) Prämien, Gebühren und Abgaben

1. Die Prämie ist eine Jahresprämie und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Sie ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten, kann aber auch in gleichen monatlichen Raten bezahlt werden, die jeweils bis zur Fälligkeit der Rate gestundet gelten. Die Prämienraten sind am 1. eines jeden Monats fällig. Die erste Prämie ist binnen 14 Tagen nach Aushändigung bzw. Angebot der Versicherungsurkunde fällig.

2. Soweit dies der Tarif vorsieht, können Ehegatten und Kinder bis 18 Jahre zu besonderen Prämien in einer Versicherungsurkunde mitversichert werden. Werden Kinder jedoch ohne Elternteil versichert, gilt für sie die Prämie der alleinversicherten Kinder. Für versicherte Kinder sind ab dem 1. Juli des Jahres, in dem sie das 19. Lebensjahr vollenden, diejenigen Prämien zu bezahlen, die für Männer bzw. Frauen zu entrichten sind. Als Eintrittsalter gilt die Differenz zwischen dem Jahr des Versicherungsbeginns und dem Geburtsjahr.

3. Die Prämien sind an die von der Gesellschaft zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

4. Allfällige Abgaben aus dem Versicherungsvertrag trägt der Versicherungsnehmer.

B) Zahlungsverzug und dessen Folgen

5. Wird die erste Prämie oder die erste Prämienrate nicht rechtzeitig geleistet (siehe § 3), so besteht kein Versicherungsschutz; weiters kann die Gesellschaft, solange die Zahlung nicht erfolgt ist, vom Vertrag zurücktreten. Es gilt als Rücktritt, wenn der Anspruch auf die Prämie nicht innerhalb dreier Monate vom Fälligkeitstag an gerichtlich geltend gemacht wird.

6. Wird in der Folge eine fällige Prämie oder eine fällige Prämienrate nicht rechtzeitig bezahlt, so kann die Gesellschaft den Versicherungsnehmer unter Angabe der Höhe der Prämien- und Kostenschuld und der Rechtsfolgen weiterer Säumnis schriftlich auffordern, die Schuld innerhalb einer Zahlungsfrist von zwei Wochen, vom Empfang der Aufforderung an gerechnet, an die von der Gesellschaft bezeichnete Stelle ohne Abrechnung von Überweisungsspesen zu bezahlen.

Neben Postgebühr und Mahnkosten können Verzugszinsen in Höhe der gesetzlichen Verzugszinsen eingehoben werden. Nach Ablauf der Zahlungsfrist von zwei Wochen werden, wenn bis dahin der eingemahnte Betrag nicht bezahlt ist, die gestundeten Prämienraten des laufenden Versicherungsjahres fällig.

7. Tritt der Versicherungsfall nach Ablauf der Zahlungsfrist ein und ist der Versicherungsnehmer zu dieser Zeit mit der Zahlung der Prämien ganz oder teilweise im Verzug, so ist die Gesellschaft von der Verpflichtung zur Leistung frei, es sei denn, dass der Versicherungsnehmer an der rechtzeitigen Zahlung ohne sein Verschulden verhindert war.

Die Leistungspflicht der Gesellschaft lebt nach Bezahlung aller rückständigen Prämien wieder auf, jedoch besteht für Versicherungsfälle, die nach Ablauf der Zahlungsfrist und vor Nachzahlung der rückständigen Prämien eingetreten sind und deren Folgen kein Anspruch auf Leistung.

Die vorgesehene Leistungsfreiheit tritt nicht ein, wenn der Versicherungsnehmer mit nicht mehr als 10% der Jahresprämie, höchstens aber EUR 60,00, im Verzug ist.

8. Die Gesellschaft ist berechtigt, den Versicherungsvertrag ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist zu kündigen, wenn der Versicherungsnehmer nach Ablauf der Frist mit der Zahlung der Prämie im Verzug ist. Die Gesellschaft kann bereits bei der Bestimmung der Zahlungsfrist den Versicherungsvertrag so kündigen, dass die Kündigung mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung der Prämie im Verzug ist.

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

§ 11.

Obliegenheiten

A) Anzeigepflicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages

1. Der Versicherungsnehmer und der Versicherte haben bei der Antragstellung und zwischen Antragstellung und Zustellung (Aushändigung) der Versicherungsurkunde alle erheblichen Gefahenumstände anzuzeigen. Jeder Gefahenumstand, nach dem die Gesellschaft ausdrücklich in schriftlicher Form gefragt hat, gilt im Zweifel als erheblich.

B) Folgen der Verletzung der Anzeigepflicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (siehe auch § 6)

2. Hat der Versicherungsnehmer oder ein Versicherter die Anzeigepflicht über erhebliche Gefahenumstände schuldhaft (fahrlässig oder vorsätzlich) verletzt, so kann die Gesellschaft vom Vertrag zurücktreten. Die Anzeigepflicht ist auch dann verletzt, wenn Fragen um Gefahenumstände unvollständig beantwortet werden.

3. Der Rücktritt vom Versicherungsvertrag ist innerhalb eines Monats von dem Tag an zulässig, an dem die Gesellschaft von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erlangt hat. Drei Jahre nach Abschluss, Wiederinkraftsetzung oder Änderung des Versicherungsvertrages ist die Ausübung des Rücktrittsrechtes nicht mehr möglich.

4. Tritt die Gesellschaft zurück, nachdem ein Versicherungsfall eingetreten ist, so bleibt der Versicherungsschutz bestehen, wenn der Umstand, in Ansehung dessen die Anzeigepflicht verletzt wurde, keinen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalles oder soweit er keinen Einfluss auf den Umfang der Leistung des Versicherers gehabt hat. Die Gesellschaft kann jedoch die Rückzahlung der Leistungen verlangen, die sich auf Tatsachen beziehen, die zum Rücktritt geführt haben.

5. Im Falle des Rücktritts hat die Gesellschaft Anspruch auf eine Geschäftsgebühr in der Höhe von drei Monatsprämien.

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

7. Das Recht der Gesellschaft, den Vertrag wegen Arglist anzufechten, wird durch die vorstehenden Bestimmungen nicht berührt.

8. Ist die dem Versicherungsnehmer (Versicherten) beim Abschluss des Vertrages obliegende Anzeigepflicht verletzt worden, das Rücktrittsrecht der Gesellschaft aber mangels Verschulden des Versicherungsnehmers (Versicherten) oder wegen Zeitablauf gemäß Pkt. 3 ausgeschlossen, so kann die Gesellschaft vom Beginn des laufenden Versicherungsjahres an eine höhere Prämie verlangen, falls sie mit Rücksicht auf das höhere Risiko angemessen ist. Das gleiche gilt, wenn beim Abschluss des Vertrages ein für die Übernahme des Risikos erheblicher Umstand der Gesellschaft nicht angezeigt worden ist, weil er dem Versicherungsnehmer (Versicherten) nicht bekannt war.

Wird das höhere Risiko nach den für den Geschäftsbetrieb der Gesellschaft maßgebenden Grundsätzen auch gegen eine höhere Prämie nicht übernommen, so besteht diesbezüglich kein Versicherungsschutz.

Der Anspruch auf die höhere Prämie erlischt, wenn er nicht innerhalb eines Monats von dem Zeitpunkt an geltend gemacht wird, in welchem die Gesellschaft von der Verletzung der Anzeigepflicht oder von dem nicht angezeigten Umstand ausreichend Kenntnis erlangt.

C) Pflichten des Versicherungsnehmers und des Versicherten während des Bestehens des Versicherungsvertrages

9. Der Versicherungsnehmer und der Versicherte haben auf Verlangen der Gesellschaft jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Art und des Umfangs des Versicherungsschutzes erforderlich ist.

Dies umfasst auch die Verpflichtung des Versicherten, sich auf Verlangen der Gesellschaft durch einen von dieser beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.

10. Wird für eine versicherte Person bei einem anderen Versicherer ein Krankenversicherungsvertrag abgeschlossen, so ist die Gesellschaft vom weiteren Versicherungsvertrag unverzüglich zu unterrichten.

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

11. Verletzt der Versicherungsnehmer oder der Versicherte die Auskunftspflicht des § 11 Pkt. 9, so ist die Gesellschaft von der Verpflichtung zur Leistung frei, sofern die Verletzung vorsätzlich oder grob fahrlässig erfolgt ist.

Bei grob fahrlässiger Verletzung bleibt die Gesellschaft zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung weder auf die Feststellung des Versicherungsfalles noch auf die Feststellung oder den Umfang der der Gesellschaft obliegenden Leistung Einfluss gehabt hat.

12. Wird die in § 11 Pkt. 10 genannte Informationspflicht schuldhaft verletzt, so ist die Gesellschaft von der Verpflichtung zur Erbringung von Summenleistungen, wie z.B. Krankenhaus-Tagegeld, Krankenhaus-Ersatztaggeld, Krankengeld oder Kurzuschüssen frei. Die Gesellschaft kann überdies den Versicherungsvertrag zur Gänze oder nur hinsichtlich der betreffenden versicherten Personen innerhalb eines Monats, nachdem sie von der Obliegenheitsverletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer

Kündigungsfrist kündigen. Kündigt die Gesellschaft innerhalb eines Monats nicht, so kann sie sich auf die Leistungsfreiheit nicht berufen.

§ 12.

Ansprüche gegen Dritte

1. Bestehen für einen Versicherungsfall neben dem Anspruch gegen die Gesellschaft gleichartige Ansprüche gegenüber dritten Personen oder öffentlich rechtlichen oder privaten Versicherungsträgern, so gehen diese Ansprüche insoweit auf die Gesellschaft über, als diese die Kosten ersetzt. Der Anspruchsberechtigte ist verpflichtet, diese Abtretung auf Verlangen der Gesellschaft schriftlich zu bestätigen.

2. Soweit der Anspruchsberechtigte von schadenersatzpflichtigen dritten Personen oder auf Grund anderer Versicherungsverträge schon Ersatz der ihm entstandenen Kosten erhalten hat, ist die Gesellschaft berechtigt, den Ersatz auf ihre Leistungen anzurechnen.

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

4. Die Verpflichtung der Gesellschaft zur Leistung für Kosten, deren teilweisen Ersatz der Anspruchsberechtigte von einem öffentlich rechtlichen Versicherungsträger fordern kann, tritt erst ein, wenn letzterer die ihm obliegenden Leistungen gewährt hat.

5. Gibt der Anspruchsberechtigte seinen Anspruch gegen Dritte oder ein zur Sicherung des Anspruches dienendes Recht ohne Zustimmung der Gesellschaft auf, so wird die Gesellschaft insoweit von der Ersatzpflicht frei, als sie aus dem Anspruch oder dem Recht hätte Ersatz erlangen können.

Ende des Versicherungsvertrages

§ 13.

Kündigung durch den Versicherungsnehmer

1. Der Versicherungsvertrag wird auf unbestimmte Zeit abgeschlossen. Der Antragsteller verzichtet für die Dauer von 2 Jahren auf sein Kündigungsrecht. Das heißt, dass die Versicherung erstmals zum Ende des 3. Versicherungsjahres gekündigt werden kann. Nach Ablauf dieser vereinbarten Mindestvertragsdauer kann der Versicherungsvertrag zum Ende eines jeden folgenden Versicherungsjahres gekündigt werden. Die Kündigungsfrist beträgt jeweils 3 Monate.

Bei Einschluss von Personen oder Tarifen und bei Tarifierhöhungen beginnt die vereinbarte Vertragsdauer hinsichtlich dieser Personen oder Tarife neu zu laufen.

2. Das Versicherungsjahr richtet sich nach dem in der Versicherungsurkunde aufscheinenden, ursprünglichen Versicherungsbeginn. Spätere Änderungen des Versicherungsvertrages (z.B. Anpassungen, Tarifumwandlungen, Ausschluss, Einschluss) verändern den ursprünglichen Versicherungsbeginn nicht.

3. Die Kündigung muss schriftlich erfolgen und an die Gesellschaft gerichtet sein.

4. Kündigt der Versicherungsnehmer den Versicherungsvertrag hinsichtlich einzelner Personen, kann die Gesellschaft aus wichtigem Grund innerhalb einer Frist von einem Monat den Versicherungsvertrag hinsichtlich der übrigen Personen zum gleichen Termin kündigen.

5. Werden Prämien erhöht oder Leistungen vermindert (§ 18 und § 11, B. Pkt. 8), 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.

6. Wird ein Versicherungsnehmer oder ein Versicherter in eine Pflegeanstalt für chronisch Kranke aufgenommen, so hat der Versicherungsnehmer das Recht, den Versicherungsvertrag zum Ende des Monats zu kündigen, in welchem er die Aufnahme in eine solche Anstalt nachweist.

§ 14.

Kündigung durch die Gesellschaft

- Die Gesellschaft hat nur in folgenden Fällen ein Kündigungsrecht:
 - Prämienzahlungsverzug gemäß § 10 Pkt. 8;
 - Verletzung der Informationspflicht gemäß § 11 Pkt. 12;
 - in Folge der Kündigung durch den Versicherungsnehmer gemäß § 13 Pkt. 4;
 - schuldhaftes Verhalten gemäß dem nachfolgenden Pkt. 2.
- Wenn der Versicherungsnehmer oder ein Versicherter durch wissentlich falsche Angaben, insbesondere durch Vortäuschung einer Krankheit, Versicherungsleistungen erschleicht oder zu erschleichen versucht oder bei einer solchen Handlung mitwirkt, so ist die Gesellschaft von der Verpflichtung zur Leistung frei und hat das Recht, den Versicherungsvertrag fristlos zu kündigen. Das gleiche gilt, wenn der Versicherte im Krankheitsfall den vom Arzt oder von der Gesellschaft gegebenen zumutbaren Verhaltensmaßregeln vorsätzlich oder grob fahrlässig nicht Folge leistet.
- Kündigt die Gesellschaft gemäß § 11 Pkt. 12 den Versicherungsvertrag hinsichtlich einzelner Personen, hat der Versicherungsnehmer das Recht, den Versicherungsvertrag hinsichtlich der übrigen Personen innerhalb einer Frist von einem Monat zum gleichen Termin zu kündigen.

§ 15.

Sonstige Beendigungsgründe

- Der Versicherungsvertrag endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die Versicherten haben jedoch das Recht, den Versicherungsvertrag unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tod des Versicherungsnehmers abzugeben.
- Beim Tod des Versicherten endet der Versicherungsvertrag hinsichtlich dieser Person.
- Der Versicherungsvertrag endet ferner durch Verlegung des Wohnsitzes des Versicherungsnehmers oder des Versicherten ins Ausland, es sei denn, dass eine andere Vereinbarung getroffen wird. Die Bestimmungen des Pkt. 1 gelten sinngemäß.

Sonstige Bestimmungen

§ 16.

Form und Empfänger von Willenserklärungen und Anzeigen

- Alle für die Gesellschaft bestimmten Anzeigen und Erklärungen sind schriftlich abzufassen und an die Gesellschaft zu richten.
- Hat der Versicherungsnehmer seine Wohnung gewechselt, dies aber nicht der Gesellschaft mitgeteilt, so genügt zur Rechtswirkung von Willenserklärungen der Gesellschaft dem Versicherungsnehmer gegenüber die Absendung des Briefes an die letzte der Gesellschaft bekannt gegebene Anschrift.

§ 17.

Erfüllungsort, Gerichtsstand

- Erfüllungsort für die beiderseitigen Verpflichtungen aus dem Versicherungsvertrag ist der Sitz der Gesellschaft.

- Klagen gegen die Gesellschaft können bei dem Gericht am Sitz der Gesellschaft oder bei dem Gericht des Ortes anhängig gemacht werden, wo der Vermittlungsagent zur Zeit der Vermittlung seine gewerbliche Niederlassung oder in Ermangelung einer solchen seinen Wohnsitz hatte.

- Für Klagen gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht örtlich zuständig, in dessen Sprengel der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz, seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat oder der Ort seiner Beschäftigung liegt.

§ 18.

Änderung der Versicherungsbedingungen und Tarife

- Änderungen der Versicherungsbedingungen und der Tarife, soweit sie die Bestimmungen über die Prämie und den Versicherungsschutz betreffen, sowie des Leistungsverzeichnisses gelten gemäß Pkt. 2 auch für bestehende Versicherungsverträge.
- Bei Veränderung von mindestens einem der nachfolgend angeführten Umstände können Änderungen gemäß Pkt. 1 durchgeführt werden:
 - eines vereinbarten Index,
 - der durchschnittlichen Lebenserwartung,
 - der Häufigkeit der Inanspruchnahme von Leistungen nach Art der vertraglich vorgesehenen und deren Aufwendigkeit, bezogen auf die zu diesem Tarif Versicherten,
 - des Verhältnisses zwischen den vertraglich vereinbarten Leistungen und den entsprechenden Kostenersätzen der gesetzlichen Sozialversicherungen,
 - der durch Gesetz, Verordnung, sonstigen behördlichen Akt oder durch Vertrag zwischen dem Versicherer und im Versicherungsvertrag bezeichneten Einrichtungen des Gesundheitswesens festgesetzten Entgelte für die Inanspruchnahme dieser Einrichtungen und
 - des Gesundheitswesens oder der dafür geltenden gesetzlichen Bestimmungen.
- Wirksam wird die Änderung zum 1. des Monats, der der schriftlichen Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

§ 19.

Gewinnbeteiligung

Die Versicherungen der Tarife N, S, K, A, T, TA, TB, TC und TD bilden den Gewinnverband A.

Der Gewinnrückstellung des Gewinnverbandes A werden mindestens 85% des nach Maßgabe des Geschäftsplanes ermittelten Gewinnes zugewiesen.

Die Versicherungen der Tarife NX, SNX, SGX, TAX, TBX, TCX, TDX, AV1, AW1 und AW1Z bilden den Gewinnverband B.

Der Gewinnrückstellung des Gewinnverbandes B werden mindestens 85% des nach Maßgabe der GBVKVU 2007 (Gewinnbeteiligungsverordnung für die Krankenversicherung) ermittelten Gewinns zugewiesen.

Aus der Gewinnrückstellung sind die auf die einzelnen Versicherungsnehmer entfallenden Gewinnanteile nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen auszuschütten:

- Teilnahmeberechtigt sind nur diejenigen Versicherungen des Gewinnverbandes, für welche die Prämien des abgelaufenen ganzen Geschäftsjahres (Kalenderjahres) voll und spätestens bis zum 1. März des folgenden Kalenderjahres bezahlt worden sind, wenn für das abgelaufene Geschäftsjahr (Kalenderjahr)

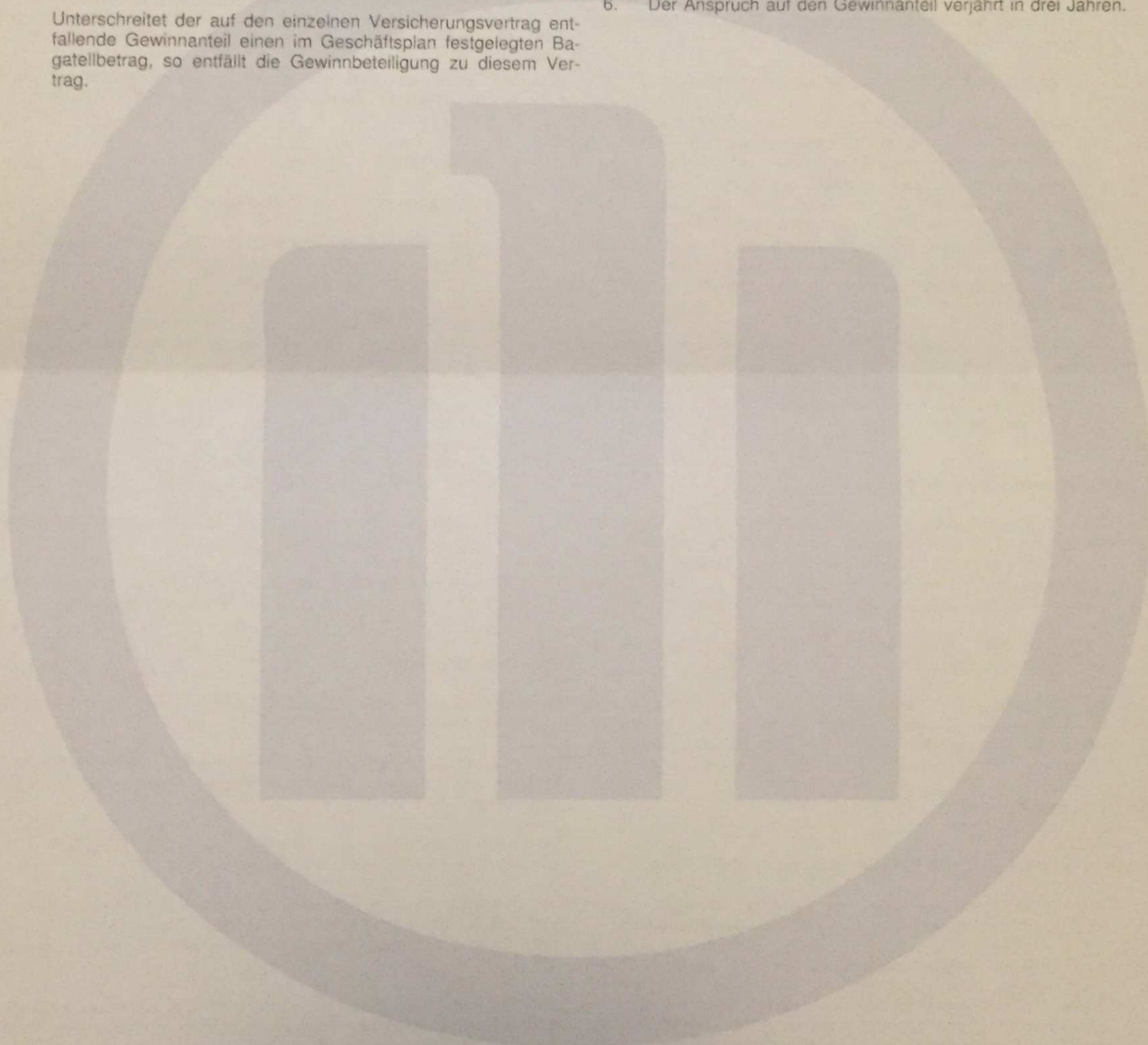
weder tarifliche noch freiwillige Leistungen durch die Gesellschaft erbracht wurden und der Vertrag zum 1. August des folgenden Kalenderjahres aufrecht ist.

2. Bei der Feststellung der Teilnahmeberechtigung an der Gewinnbeteiligung gelten die in einem Versicherungsvertrag zusammengefassten Familienmitglieder und Tarife als eine Einheit, das heißt, eine Gewinnbeteiligung kann nur erfolgen, wenn aus dem gesamten Vertrag keine Leistungen erbracht wurden.
3. Als Maßstab für die Höhe der Gewinnbeteiligung gilt die Monatsprämie. Hat sich diese während des abgelaufenen Geschäftsjahres (Kalenderjahres) verändert, so gilt die am Jahresende maßgebliche Prämie. Der Gewinnanteil muss stets ein ganzzahliges Vielfaches einer Monatsprämie betragen.

Unterschreitet der auf den einzelnen Versicherungsvertrag entfallende Gewinnanteil einen im Geschäftsplan festgelegten Bagatellbetrag, so entfällt die Gewinnbeteiligung zu diesem Vertrag.

Reste in der Gewinnrückstellung der Versicherten sowie nicht ausbezahlte Bagatellbeträge werden auf das Folgejahr vorgetragen.

4. Die Höhe der Gewinnbeteiligung wird im Geschäftsbericht über das abgelaufene Geschäftsjahr bekannt gegeben. Die Gewinnbeteiligung kann von der Gesellschaft auf die Prämie der Monate, die der Bekanntmachung folgen, in Anrechnung gebracht oder bar ausgezahlt werden.
5. Falls Ansprüche auf Versicherungsleistungen für das abgelaufene Geschäftsjahr (Kalenderjahr) nach Empfang der Gewinnbeteiligung geltend gemacht werden, ist die erhaltene Gewinnbeteiligung rückzuerstatten.
6. Der Anspruch auf den Gewinnanteil verjährt in drei Jahren.



Ergänzende Versicherungsbedingungen für die Versicherung für ambulante Heilbehandlung Tarife AS2, AS2Z, AS6, AS6Z

für gesetzlich krankenversicherte Personen

Soweit diese Ergänzenden Versicherungsbedingungen keine Sonderregelung enthalten, gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVBK 1998) und die gesetzlichen Vorschriften.

§ 1 Versicherungsschutz

Unter Versicherungsschutz stehen Leistungen für medizinisch notwendige ambulante Heilbehandlungen wegen Krankheit, Unfall oder Entbindung.

Der Versicherte hat freie Wahl unter den niedergelassenen, zur selbständigen Ausübung des ärztlichen Berufes zugelassenen Ärzten und Dentisten.

Behandeln Ärzte sich selbst, Ehegatten, Eltern oder Kinder, werden nur die nachgewiesenen Sachkosten erstattet.

§ 2 Leistungsumfang und Leistungsvoraussetzungen

Im Rahmen der tariflichen Leistungen werden vergütet:

- 100% der nachgewiesenen Restkosten, wenn vom gesetzlichen Krankenversicherer ein Teilbetrag erstattet und die detaillierte Abrechnung anschließend bei der Allianz vorgelegt wird
- 80% des Rechnungsbetrages, wenn vom gesetzlichen Krankenversicherer keine Leistung erbracht wird oder die Rechnungen sofort bei der Allianz eingereicht werden

In den Leistungspositionen Zahnbehandlung, Zahnersatz, Mundhygiene und Kieferregulierung werden im Rahmen der tariflich vorgesehenen Leistungen 60% des Rechnungsbetrages vergütet.

Die Auszahlung der Versicherungsleistung erfolgt auf Grund von saldierten Originalrechnungen. Diese Belege müssen den Vor- und Zunamen, die Adresse, die Nummer der Versicherungsurkunde, das Geburtsdatum der behandelten Person sowie die Bezeichnung der Krankheit und der erbrachten Leistungen und die Daten der Behandlung enthalten. Es können auch Zweitschriften samt der dazugehörigen Abrechnung oder detaillierte Abrechnungen des gesetzlichen Krankenversicherungsträgers vorgelegt werden. Die vorgelegten Unterlagen gehen in das Eigentum des Versicherers über.

Bei Zusammentreffen von Leistungsansprüchen für ambulante Heilbehandlung aus den Tarifen AS2(Z), AS6(Z) und allfälligen weiteren Tarifen werden Leistungen aus den Tarifen AS2(Z), AS6(Z) erst nach Inanspruchnahme der weiteren Tarife erbracht.

§ 3 Arzt- und Facharztkosten (inkl. Ganzheitsmedizin)

Versicherungsleistungen werden erbracht für:

- Ordinationen
- Hausbesuche
- ärztliche Sonderleistungen (z.B. Injektionen, Infusionen, EKG)
- besondere Untersuchungen und Behandlungen (Labor- und bildgebende Untersuchungen einschließlich Computer- und Kernspintomographie, Endoskopien, Strahlentherapie)
- ärztliche Weggebühren
- ambulante und tagesklinische Operationen
- augenärztliche, dermatologische, gynäkologische und zahnärztliche Kontrolluntersuchungen
- Untersuchungen im Rahmen des Mutter-Kind-Passes

Ganzheitsmedizin:

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auch auf komplementärmedizinische Behandlungen (Ganzheitsmedizin).

Darunter sind beispielsweise folgende Behandlungen zu verstehen: Akupunktur, Akupressur, Chiropraktik, Homöopathie, Biofeedback, Neuraltherapie.

Voraussetzung für die Anerkennung der Leistung ist die Durchführung durch einen Arzt.

Hausbesuche:

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

Strahlentherapie:

Als Kosten der Strahlentherapie gelten das Honorar des behandelnden Arztes und der Assistenz, die Kosten für Benützung von Geräten, für strahlendes Material und sonstigen Sachaufwand sowie alle Nebenkosten.

Ärztliche Weggebühren:

Weggebühren des Arztes werden erstattet, wenn am Wohnort des Versicherten kein Arzt ansässig ist; nicht erstattet werden die Kosten für Fahrten des Versicherten zu einem Arzt.

Ambulante und tagesklinische Operationen

Aus den Tarifen AS2(Z), AS6(Z) werden die Kosten von Operationen der Gruppen 1 bis 3 ersetzt. Die Einstufung von Operationen erfolgt gemäß dem zuletzt mit der Wiener Ärztekammer vereinbarten Operationsgruppenschema.

Von der Kostenerstattung ausgenommen sind Operationen, deren Kosten im Rahmen einer Direktverrechnungsvereinbarung mit einem medizinischen Leistungserbringer aus der Krankenhauskostenversicherung ersetzt werden.

Zu den Operationskosten zählen insbesondere das Honorar des Operateurs, des Anästhesisten, der bei der Operation assistierenden Ärzte und die Kosten des Pflegepersonals für die Operation; weiters die mit der Operation zusammenhängenden gesondert in Rechnung gestellten Sachkosten und die Vor- und Nachbehandlung.

Untersuchungen im Rahmen des Mutter-Kind-Passes

Die Leistung erstreckt sich auf die Untersuchungen vor der Entbindung. Leistungen für Untersuchungen des Kindes werden aus dem Tarif des Kindes erbracht.

Zusätzliche Leistung für Arzt- und Facharztkosten nach Ausschöpfung des Jahreslimits:

Ist das Jahreslimit ausgeschöpft, steht für ärztliche Behandlungen pro weiterer ärztlicher Ordination bzw. pro weiterem ärztlichem Hausbesuch ein im Leistungstarif festgelegter Betrag zur Verfügung.

§ 4 Arzneimittel (Heilmittel)

Die Kosten der im Rahmen einer Heilbehandlung verordneten, dem Arzneimittelgesetz entsprechenden und aus einer Apotheke bezogenen Arzneimittel werden ersetzt (inkl. homöopathische Mittel).

Ersetzt werden auch die Kosten von ärztlich empfohlenen Schutzimpfungen laut Impfplan des Obersten Sanitätsrates. Kosten von Reiseimpfungen werden nicht ersetzt.

Nicht erstattet werden die Kosten für alle nicht in Österreich registrierten Arzneimittel. Bei Arzneimittelbezug im Rahmen einer Heilbehandlung im Ausland gelten hinsichtlich der Registrierung die jeweiligen örtlichen Vorschriften.

Ebensowenig erstattet werden die Kosten für Heil- und Mineralwässer, Medizinalweine, Nähr- und Stärkungsmittel, geriatrische Mittel, Tonika und kosmetische Mittel.

4. Ärztlicher Fitness-Check

Die Leistung umfasst Kosten für einen Fitness-Check laut Empfehlung (Untersuchungsbogen) der Österreichischen Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention. Voraussetzung für die Anerkennung der Leistung ist die Durchführung durch einen Arzt.

5. Gesundenuntersuchung

Die Leistung umfasst Kosten für die Gesundenuntersuchung bei einem Privatarzt bzw. Mehrkosten besonderer Untersuchungen anlässlich einer Vorsorgeuntersuchung der gesetzlichen Krankenversicherung.

6. Nichtärztliche Maßnahmen zur Gesundheitsförderung

Die Leistung umfasst Kosten für ärztlich empfohlene Maßnahmen zur Gesundheitsförderung durch berechnigte Personen, die eine entsprechende Ausbildung nachweisen können und zur Ausübung dieser Tätigkeit in Österreich zugelassen sind (z.B. Lebens- und Sozialberater, Psychologe).

Ausgenommen sind physikalische und kosmetische Maßnahmen jeglicher Art.

§ 12**Zahnbehandlung, Zahnersatz, Mundhygiene und sonstige zahnärztliche Leistungen**

1. Zahnbehandlung, Zahnersatz und Mundhygiene im Sinne der entsprechenden Leistungsposition im Tarif sind (einschließlich allfälliger Anästhesie):

Zahnbehandlung: Zahnröntgen, Plomben, Wurzelbehandlungen
Zahnersatz: Kronen, Stiftzähne, Brücken, Implantate, Prothesen
Mundhygiene: Zahntaschenreinigung, Zahnsteinentfernung, Kariesprophylaxe inkl. Zahnversiegelung

Die behandelten oder ersetzten Zähne müssen in der Rechnung nach dem üblichen Zahnschema eindeutig bezeichnet sein. Auf Verlangen des Versicherers muss die Rechnung auch das Zahnbild enthalten.

2. Kostenersatz für die Behandlung von Mund- und Kieferkrankheiten (z.B. Stomatitis, Gingivitis, Perioritis, Kiefereiterungen) sowie für zahn- und kieferchirurgische Eingriffe (z.B. Zahnextraktion, Exstirpation von Zysten, Wurzelspitzenresektion, Kieferkammerkorrektur, Taschenabtragung) einschließlich Anästhesie wird im Rahmen von Arzt- und Facharztkosten (vgl. § 3) geleistet.

Ebenso werden Kosten für kieferorthopädische Behandlungen mit Ausnahme der Kieferregulierung im Rahmen von Arzt- und Facharztkosten vergütet.

3. Kieferregulierung:
Die Leistungsposition "Kieferregulierung" gilt für Personen, die bis zum Eintrittsalter von 5 Jahren versichert wurden (Eintrittsalter: Jahr des Versicherungsbeginns minus Geburtsjahr). Die Leistung für Kieferregulierung umfasst die Behandlungskosten (Arzthonorare), nicht jedoch die Behelfe zur Korrektur von Zahn- und Kieferfehlstellungen.

4. Erhöhung der Versicherungsleistung für Zahnbehandlung und Zahnersatz:

Bei den Tarifen AS2Z und AS6Z wird die Jahreshöchstsumme für Zahnbehandlung und Zahnersatz erhöht. Die erhöhte Versicherungssumme ist nach Versicherungsdauer gestaffelt und dem Leistungstarif zu entnehmen.

Für die Tarifvarianten AS2Z und AS6Z mit erhöhter Leistung für Zahnbehandlung und Zahnersatz gilt:

- Die Tarifvarianten mit erhöhter Leistung für Zahnbehandlung und Zahnersatz kann nur in Kombination mit einer Krankenhauskostenversicherung Tarifgruppe N oder Tarifgruppe S abgeschlossen werden.
- Die Tarifvariante mit erhöhter Leistung für Zahnbehandlung und Zahnersatz ist für alle Personen mit einem Tarif für ambulante Heilbehandlung mit Versicherungsschutz für Zahnbehandlungen zu wählen.
- Ein nachträgliche Umstellung auf die Tarifvariante mit erhöhter Leistung für Zahnbehandlung und Zahnersatz ist nicht möglich.

§ 13**Prämienbegünstigungen**

1. Bei Versicherung von mindestens zwei Personen einer im gemeinsamen Haushalt lebenden Familie im selben Versicherungsvertrag kommt der Familienrabatt zur Anwendung. Bei Wegfall dieser Voraussetzung entfällt der Familienrabatt ab dem folgenden Monatsersten.
2. Für mit der Kinderprämie versicherte Personen sind ab dem 1. Juli des Jahres, in dem sie das 19. Lebensjahr vollenden, die Prämien für Erwachsene zu entrichten.
3. Besteht für eine versicherte Person im gleichen Vertrag eine Krankenhauskostenversicherung der Tarifgruppen N, S oder O, kommt in der Versicherung für ambulante Heilbehandlung Tarife AS2(Z), AS6(Z) ein Kombinationsrabatt zur Anwendung. Der Kombinationsrabatt fällt mit dem Termin weg, mit dem diese Voraussetzung nicht mehr erfüllt ist.

§ 14**Wertanpassung**

1. Die Gesellschaft verpflichtet sich, ohne Altersbegrenzung, ohne Wartezeit und ungeachtet eines etwa verschlechterten Gesundheitszustandes, den Versicherungsschutz in seinem Wert durch entsprechende Anpassungen zu erhalten.
2. Die Anpassung der Leistungen erfolgt auf Grund eines Vergleichs der beobachteten mit den kalkulierten Versicherungsleistungen sowie des vom Österreichischen Statistischen Zentralamt jeweils für den Juli verlautbarten Verbraucherpreisindex mit dem Juli-Index des Vorjahres. Ergibt dieser Vergleich eine Änderung im Ausmaß von mindestens 1%, so werden die Leistungen und Prämien den geänderten Verhältnissen angepasst.

3. Für die Bemessung der Mehrprämie ist das Alter im Zeitpunkt der Anpassung maßgeblich.

4. Besteht unter der selben Versicherungsurkunde eine Krankenhauskostenversicherung, wird die Versicherung für ambulante Heilbehandlung gleichzeitig mit der Krankenhauskostenversicherung angepasst, spätestens jedoch zum 01.05. des Jahres.

Die geänderten Leistungen und Prämien werden zum 1. des Monats wirksam, der der schriftlichen Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

5. Die Anpassung ist nicht durchzuführen, wenn ihr der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach Empfang der Mitteilung durch die Gesellschaft schriftlich widerspricht. Diese Mitteilung hat einen Hinweis auf die Möglichkeit der Ablehnung der Anpassung zu enthalten.

Im Falle des Widerspruchs wird die Versicherung mit einem Ersatztarif ohne Anpassungszusage fortgeführt.

6. Der Widerspruch kann jedoch vom Versicherungsnehmer innerhalb von 3 Monaten ab dem Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Anpassung zurückgezogen werden. In diesem Fall tritt die

Anpassung in der ursprünglichen Form und zum ursprünglichen Zeitpunkt in Kraft.

§ 15

Garantierte Prämienrückerstattung

Für die Tarife AS2(Z) und AS6(Z) kommt eine garantierte Prämienrückerstattung zur Anwendung. An der Gewinnbeteiligung nehmen die Tarife nicht teil.

Teilnahmeberechtigt an der garantierten Prämienrückerstattung sind alle Tarife, für die die Prämien des abgelaufenen Kalenderjahres voll und spätestens bis zum 1. März des folgenden Kalenderjahres bezahlt worden sind, für die weder tarifliche noch freiwillige Leistungen durch den Versicherer erbracht wurden und die zum Zeitpunkt der Durchführung der Prämienrückerstattung aufrecht sind.

Bei der Ermittlung des Anspruchs auf Prämienrückerstattung wird jede in einem Vertrag versicherte Person einzeln betrachtet.

Das Ausmaß der Prämienrückerstattung ist gestaffelt nach der Anzahl von aufeinanderfolgenden Kalenderjahren, in denen weder tarifliche noch freiwillige Leistungen durch den Versicherer erbracht wurden.

Die Prämienrückerstattung beträgt

nach dem ersten Jahr:	1 Monatsprämie
nach dem zweiten Jahr:	2 Monatsprämien
nach dem dritten Jahr:	2 Monatsprämien
ab dem vierten Jahr:	4 Monatsprämien

Als Bemessungsgrundlage gilt die am Jahresende des abgelaufenen Kalenderjahres maßgebliche Prämie.

Die Durchführung der garantierten Prämienrückerstattung erfolgt nach der Veröffentlichung der Bilanz.

Falls Ansprüche auf Versicherungsleistungen für abgelaufene Kalenderjahre nach Empfang der Prämienrückerstattung geltend gemacht werden, wird die Prämienrückerstattung gegengerechnet.