Versicherungsbedingungen für die Krankenversicherung
ERGO Zahnersatzversicherung (VBKZES 2022)

Anhang G122

Begriffsbestimmungen ... 2

Der Versicherungsschutz ... 2

1. Leistungen im Versicherungsfall ... 2
2. Gegenstand und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes ... 3
3. Beginn des Versicherungsschutzes ... 3
4. Wartezeiten ... 3
5. Art und Umfang des Versicherungsschutzes ... 3
6. Einschränkung des Versicherungsschutzes ... 3
7. Auszahlung der Versicherungsleistung ... 4
8. Ruhen des Versicherungsschutzes ... 4
9. Ende des Versicherungsschutzes ... 4

Pflichten des Versicherungsnehmers ... 4

10. Zahlungsverpflichtung ... 4
    - A. Versicherungsprämien und Gebühren ... 4
    - B. Zahlungsverzug und dessen Folgen ... 4
11. Obliegenheiten ... 5
    - A. Anzeigepflicht vor Abschluss des Versicherungsvertrags ... 5
    - B. Folgen der Verletzung der Anzeigepflicht vor Abschluss des Versicherungsvertrags ... 5
    - C. Pflichten des Versicherungsnehmers und der versicherten Person(en) während des Bestehens des Versicherungsvertrags vor Eintritt des Versicherungsfalls ... 5
    - D. Pflichten des Versicherungsnehmers und der versicherten Person(en) während des Bestehens des Versicherungsvertrags nach Eintritt des Versicherungsfalls ... 5
    - E. Folgen der Verletzung von Pflichten während des Bestehens des Versicherungsvertrags ... 5
12. Ansprüche gegen Dritte ... 5

Ende des Versicherungsvertrags ... 5

13. Kündigung durch den Versicherungsnehmer ... 5
14. Einseitige Vertragsbeendigung durch den Versicherer ... 6
15. Sonstige Beendigungsgründe ... 6

Sonstige Bestimmungen ... 6

16. Form und Empfänger von Willenserklärungen und Anzeigen ... 6
17. Erfüllungsort ... 6
18. Änderung der Prämie oder des Versicherungsschutzes ... 6
19. Vertragsgrundlagen ... 6
20. Gewinnbeteiligung ... 6
21. Aufsichtsbehörde, Beschwerden; Bericht über Solvabilität und Finanzlage ... 7

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

Begriffsbestimmungen

1) Versicherungsart bzw. Vertragspartner
   a. Bei dieser Versicherung handelt es sich um eine private Krankenversicherung mit Versicherungsschutz für **Zahnersatzmaßnahmen**. Es können Personen mit Hauptwohnsitz in Österreich versichert werden, die in einer gesetzlichen Sozialversicherung – oder zu einem Sozialversicherungsersatztarif bei einem österreichischen Versicherer privat – krankenversichert sind. Im Sinne dieser Versicherungsbedingungen sind in einer gesetzlichen Sozialversicherung solche Personen krankenversichert, die als Pflicht-/Selbst-/Mitversicherte entweder in einer gesetzlichen Krankenversicherung eines Sozialversicherungsträgers oder in einer österreichischen Krankenfürsorgeanstalt/-einrichtung krankenversichert sind.
   b. Der Versicherungsvertrag wird 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. Gegenstand des Unternehmens ist der Betrieb von Versicherungsgeschäften.

2) Krankheit, Schmerzempfindung bzw. kosmetische Behandlungen
   a. **Krankheit** ist ein nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft anormaler körperlicher oder geistiger Zustand. Zahnerkrankungen gelten im Sinne der Versicherungsbedingungen als Krankheit.
   b. Schmerzempfindung ist weder Voraussetzung noch Begründung der Notwendigkeit einer versicherten Behandlung.
   c. Kosmetische Behandlungen im Sinne dieser Versicherungsbedingungen (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.

3) Was gilt als Unfall bzw. nicht als Unfall?
   a. In der privaten Krankenversicherung für Zahnersatz liegt ein **Unfall** vor, wenn die versicherte Person durch ein **plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis** unfreiwillig eine Zahnschädigung erleidet.
   b. 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, gelten als Unfall; genauso wenn dieser durch einen Herzinfarkt oder Schlaganfall herbeigeführt wurde.
   c. Krankheiten gelten **nicht** als Unfälle; übertragbare Krankheiten sowie Zahnschädigungen durch Kauen gelten **nicht** als Unfallfolge, aber Zahnschädigungen durch Herzinfarkt bzw. Schlaganfall aufgrund eines Unfalls gelten als Unfallfolge.

4) 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.

5) **Stationäre** (im Unterschied zu ambulanten) **Zahnbehandlungen** im Sinne dieser Versicherungsbedingungen sind Zahnbehandlungen im Rahmen eines aufgrund ärztlicher Verordnung medizinisch notwendigen stationären Aufenthalts 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.

Der Versicherungsschutz

1. Leistungen im Versicherungsfall

a) Als Versicherungsfall gelten aufgrund ärztlicher Verordnung medizinisch notwendige **Zahnersatzmaßnahmen** für bei Versicherungsbeginn vorhandene Zähne der versicherten Person, die während der Vertragslaufzeit erstmals ärztlich angeraten und durchgeführt werden. Reparaturen von und Zahnersatzmaßnahmen zu dauerhaftem Zahnersatz gelten ebenfalls als versicherte Zahnersatzmaßnahme, sofern
- diese Zahnersatzmaßnahme aufgrund ärztlicher Verordnung medizinisch notwendig ist und
- diese Zahnersatzmaßnahme während der Vertragslaufzeit sowohl erstmals ärztlich angeraten als auch durchgeführt wird und
- der vorhandene Zahnersatz bei Versicherungsbeginn voll funktionsfähig war oder der Zahnersatz nach Versicherungsbeginn angepasst/fixiert/implantiert wurde.

Als Zahnersatz gelten:
- Kronen und Teilkronen,
- Brücken und (herausnehmbare bzw. festsitzende) Prothesen,
- implantatgetragener Zahnersatz und Implantate.

Im unmittelbaren Zusammenhang mit der versicherten Zahnersatzmaßnahme leisten wir auch für
- lokale Anästhesien,
- zahntechnische Laborarbeiten und Materialien,
- Eingliederung von Provisorien, Aufbissbehelfen und Zahnschienen sowie
- vorbereitende diagnostische, therapeutische, funktionstherapeutische und funktionsanalytische Leistungen.

Wir erstatten Ihnen
- den vereinbarten Anteil der bezahlten Rechnungen für aufgrund ärztlicher Verordnung medizinisch notwendige Zahnersatzmaßnahmen,
- abzüglich aller diesbezüglichen Leistungen aus gesetzlichen Sozialversicherungen und anderweitigen Versicherungen,
- bis zu den im Versicherungsvertrag vereinbarten Höchstbeträgen pro Versicherungsjahr und versicherter Person.

Maßgeblich für die zeitliche Zuordnung der Höchstbeträge sind die Behandlungstage.
Sind Zahnersatzmaßnahmen aufgrund eines während der Vertragslaufzeit versicherten Unfalls (gemäß Punkt 2 Absatz (4)) erforderlich, steht dafür hingegen bereits ab Versicherungsbeginn jedes Versicherungsjahr der maximale Höchstbetrag pro versicherter Person zur Verfügung.

b) Als Versicherungsfall gelten **nicht**:
- Zahnersatzmaßnahmen zu Zähnen, die bei Versicherungsbeginn gefehlt haben und nicht dauerhaft ersetzt waren,
- Zahnersatzmaßnahmen zu Zähnen, zu denen schon vor Versicherungsbeginn eine Zahnersatzmaßnahme erforderlich war,
- Zahnersatzmaßnahmen zu Zähnen, die bei Versicherungsbeginn bereits provisorisch mit Zahnersatz behandelt waren,
- Reparaturen von und Zahnersatzmaßnahmen zu provisorischem (nicht dauerhaftem) oder bei Versicherungsbeginn reparaturbedürftigem Zahnersatz,
- **Zahnerhaltmaßnahmen** (insb. Kunststoff- oder Einlagefüllungen wie z.B. Inlays),

- präventive Eingriffe und Behandlungen (insb. Vorsorge und Prophylaxe wie z.B. Mundhygiene, Fissurenversiegelung, Fluoridbehandlung, Parodontosebehandlung, professionelle Zahnreinigung), außer Aufbissbehelfe und Zahnschienen im unmittelbaren Zusammenhang mit der Zahnersatzmaßnahme;
- kosmetische Eingriffe und Behandlungen (insb. Zahnbleaching, Veneers, Zahnschmuck) sowie deren Folgen;
- Zahnersatzmaßnahmen aus kosmetischen oder psychosomatischen Gründen, soweit diese Maßnahmen nicht der Beseitigung von Unfallfolgen dienen,
- kieferorthopädische Leistungen (z.B. Korrektur von Zahn- und Kieferfehlstellungen, Gebissregulierung, Zahnspange),
- Ersatz für Weisheits- und (aus unfallfremder Ursache zu behandelnde) Milchzähne,
- 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 Zahnersatzversicherung.

(2) Der Versicherungsfall beginnt mit der aufgrund ärztlicher Verordnung medizinisch notwendigen Zahnbehandlung der versicherten Person im Rahmen einer Zahnersatzmaßnahme und endet, wenn nach medizinischem Befund die Notwendigkeit dieser Zahnbehandlung nicht mehr besteht.

(3) Die Zahnbehandlung muss nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft erforderlich sein und geeignet erscheinen, die Zahngesundheit wieder herzustellen, den Zustand zu bessern oder eine Verschlechterung zu verhindern.

(4) Die Kosten der Versicherungsleistungen aufgrund eines Unfalls sind versichert, wenn der Unfall während der Vertragslaufzeit passiert und die Zahnbehandlung während der Vertragslaufzeit innerhalb von zwei Jahren ab dem Unfalltag erfolgt. Die Kosten der Versicherungsleistungen aufgrund einer anderen Ursache sind versichert, wenn die Zahnbehandlung im Rahmen einer Zahnersatzmaßnahme während der Vertragslaufzeit erstmals ärztlich angeraten wird und erfolgt. Für die in Punkt 6 Absatz (3) bestimmten Umstände besteht kein Versicherungsschutz.

(5) Versicherungsnehmer kann nur eine Person sein, die in Österreich ihren Hauptwohnsitz hat, sofern nicht eine andere Vereinbarung getroffen wird.

(6) 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.

(7) 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 Polizze erklären und Sie die erste Versicherungsprämie bzw. Prämienrate (siehe Punkt 10 Absatz (1) und (4)) bezahlt haben, beginnt der Versicherungsschutz zum in der Polizze genannten Versicherungsbeginn.

(2) Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem Versicherungsbeginn, sofern dies der erste eines Kalendermonats ist; ansonsten mit dem darauf folgenden Monatsersten (Prämienhauptfälligkeit).

4. Wartezeiten

Keine 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 Polizze.

(2) Versicherungsschutz besteht für ambulante Zahnbehandlungen in den Praxisräumen eines Zahnarztes sowie für stationäre Zahnbehandlungen in Krankenhäusern, welche die Anforderungen der Begriffsbestimmungen Punkt 5) erfüllen, wenn eine ambulante Zahnbehandlung 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 Versicherungsfalls auch die Kosten der Beiziehung mehrerer Ärzte erstattet.

(4) Als Kosten von Zahnbehandlungen gelten Honorare behandelnder Ärzte, Kosten für Benützung von medizinisch technischen Geräten und sonstigen Sachkosten sowie alle Nebenkosten, bei 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.

(5) Die Kosten für ärztliche Hausbesuche werden nicht vergütet.

(6) Weggebühren des Arztes und die Kosten für Fahrten der versicherten Person zu einem Arzt oder Krankenhaus werden nicht erstattet.

(7) Bei Zahnbehandlung 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 Aufbissbehelfe/Zahnschienen im Zusammenhang mit Zahnersatzmaßnahmen, nicht jedoch Behelfe zur Korrektur von Zahn-/Kieferfehlstellungen (z.B. Regulierungen) 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, sofern nicht zu einem früheren Zeitpunkt aus medizinischen Gründen eine Neuanschaffung notwendig ist.

(10) Die Kosten der im Rahmen einer Zahnbehandlung 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 im Rahmen einer Zahnersatzmaßnahme durchgeführte Zahnbehandlungen, die vor Versicherungsbeginn erstmals ärztlich angeraten wurden, geplant waren oder begonnen haben.

(2) Unfälle vor Versicherungsbeginn, auch wenn deren Unfallfolgen erst ab Versicherungsbeginn zu einer Zahnbehandlung führen, sind nicht vom Versicherungsschutz umfasst.

(3) Kein Versicherungsschutz besteht für die Zahnbehandlungen
- 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 schuldhafte Beteiligung an Schlägereien oder bei Versuch/Begehung einer gerichtlich strafbaren vorsätzlichen Handlung 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 Zahnbehandlung über das aufgrund ärztlicher Verordnung 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 KaKuG und ausführende Landesgesetze) nicht verpflichtet.

(6) Wir können in begründeten Fällen Behandlungen durch bestimmte Ärzte oder Zahnärzte bzw. in bestimmten Krankenhäusern oder in den entsprechenden Organisationseinheiten und Betriebsformen von Krankenhäusern aller Art vom Versicherungsschutz ausnehmen.
Dies gilt für Behandlungen, die nach Zustellung der Mitteilung über diese Ausnahme in geschriebener Form begonnen werden. Für laufende Behandlungen besteht Versicherungsschutz bis zum Ablauf des 3. Monats nach Zustellung der Mitteilung.
Als begründete Fälle für die Ausnahme bestimmter Ärzte/Zahnärzte bzw. 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 Behandlungen;
- wiederholte Durchführung von Behandlungen ohne medizinische Notwendigkeit.

7. Auszahlung der Versicherungsleistung

(1) Die Auszahlung der Versicherungsleistung erfolgt aufgrund von saldierten Originalrechnungen und Unfallberichten (jeweils auf Deutsch oder in englischer Sprache). Ein Unfallbericht muss den Vor- und Zunamen sowie das Geburtsdatum der versicherten Person enthalten; andere Belege müssen den Vor- und Zunamen, die Adresse, die Sozialversicherungsnummer und das Geburtsdatum der behandelten Person, die Bezeichnung der Gesundheitsschädigung und der erbrachten Leistung, die Daten der Behandlung sowie einen Nachweis über die Bezahlung der Rechnungen enthalten.
Behandelte oder ersetzte Zähne müssen in der Rechnung nach dem üblichen Zahnschema eindeutig bezeichnet sein.
Ist die versicherte Person noch anderweitig gesetzlich oder privat versichert, können auch Zweitschriften samt der dazugehörigen Abrechnung oder detaillierte Abrechnungen der anderen Versicherer vorgelegt werden.

(2) Wir dürfen den Überbringer von Belegen als zum Empfang der darauf entfallenden Versicherungsleistungen berechtigt ansehen.

(3) Die Belege gehen in unser Eigentum über.

(4) Die in ausländischer Währung entstandenen Kosten der Versicherungsleistungen werden zum Devisenmittelkurs der Wiener Börse des letzten Behandlungstags in Euro umgerechnet.

(5) 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.

(6) 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 verbunden Rechtsfolgen in geschriebener Form abgelehnt haben.

(7) 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 laufende Behandlungen zu bereits vorher 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 Polizze 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

(4) Wird die erste Versicherungsprämie bzw. Prämienrate innerhalb von 14 Tagen nach Abschluss des Versicherungsvertrags und nach Aufforderung zur Prämienzahlung nicht gezahlt, können wir vom Versicherungsvertrag zurücktreten. Es gilt als Rücktritt unsererseits, wenn wir die erste Versicherungsprämie bzw. Prämienrate nicht innerhalb von drei Monaten vom Fälligkeitstag an gerichtlich geltend machen. Ist die erste Versicherungsprämie bzw. Prämienrate bei Eintritt des Versicherungsfalls und nach Ablauf der Frist von 14 Tagen noch nicht gezahlt, sind wir leistungsfrei, es sei denn Sie waren an der rechtzeitigen Zahlung der ersten Versicherungsprämie bzw. Prämienrate ohne Verschulden verhindert.

(5) Wird in der Folge eine fällige Versicherungsprämie bzw. Prämienrate nicht innerhalb eines Monats ab dem jeweiligen Fälligkeitstag bezahlt, fordern wir Sie unter Angabe der Höhe der Prämienschuld und Mahngebühren sowie der Rechtsfolgen weiterer Säumnis in geschriebener Form auf, die Schuld innerhalb einer Zahlungsfrist von 14 Tagen, vom Empfang der Aufforderung an gerechnet, an die von uns bezeichnete Stelle zu bezahlen.

(6) Tritt der Versicherungsfall nach Ablauf der Zahlungsfrist ein und sind Sie zu dieser Zeit mit der Zahlung der Versicherungsprämien bzw. Prämienrate ganz oder teilweise im Verzug, sind wir leistungsfrei, es sei denn Sie waren an der rechtzeitigen Zahlung ohne Ihr Verschulden verhindert. Unsere Leistungspflicht lebt nach Bezahlung aller rückständigen Versicherungsprämien bzw. Prämienraten innerhalb von einem Monat nach Ablauf der Zahlungsfrist auf, jedoch besteht für Versicherungsfälle, die nach Ablauf der Zahlungsfrist und vor Nachzahlung der rückständigen Versicherungsprämien bzw. Prämienraten eingetreten sind, und deren Folgen kein Leistungsanspruch.

(7) Wir sind berechtigt, den Versicherungsvertrag ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist zu kündigen, wenn Sie nach Ablauf der Zahlungsfrist mit der Zahlung der Versicherungsprämie bzw. Prämienrate in Verzug sind. Wir können bereits bei der Bestimmung der Zahlungsfrist das Versicherungsverhältnis so kündigen, dass die Kündigung mit Fristablauf wirksam wird, wenn Sie in diesem Zeitpunkt mit der Zahlung im Verzug sind.

(8) Die Wirkungen der Kündigung entfallen, wenn Sie 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 der rückständigen Versicherungsprämien bzw. Prämienrate nachholen.

(9) Die in Absatz (4) letzter Satz, erster Halbsatz und Absatz (6) erster Satz, erster Halbsatz vorgesehene Leistungsfreiheit tritt nicht ein, wenn Sie bloß mit nicht mehr als 10 vH der Versicherungsprämie, höchstens aber mit 60 Euro im Verzug sind.

11. Obliegenheiten

A. Anzeigepflicht vor Abschluss des Versicherungsvertrags

(1) Sie und die versicherte(n) Person(en) haben bei der Antragsstellung und zwischen Antragsstellung und der Zustellung der Polizze 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.

(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 Versicherungsfalls 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 Versicherungsfalls 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, Krankenfürsorgeanstalten/-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 Krankenfürsorgeanstalten/-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 bzw.
- innerhalb eines Versicherungsjahrs mit einmonatiger Frist mit Wirkung zum Monatsende.

(2) Das Versicherungsjahr richtet sich nach der Prämienhauptfälligkeit.
(3) Werden von uns Versicherungsprämien einseitig erhöht oder Versicherungsleistungen einseitig vermindert (Punkt 11 Absatz (6) bzw. Punkt 18), 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) und (7);
- 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 Vertrauensdienstegesetzes. 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 fristwahrend 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 Beauftragen, 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 vorzuschießen.

17. Erfüllungsort

Erfüllungsort für die beiderseitigen Verpflichtungen aus dem Versicherungsvertrag ist unsere Direktion in Wien.

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 folgenden Monatsersten. Wenn wir die Prämie erhöhen, werden wir dem Versicherungsnehmer auf dessen 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) Der Versicherungsnehmer hat gemäß Punkt 13 Absatz (3) zusätzlich das Recht, den Versicherungsvertrag innerhalb eines Monats vom Zugang der Mitteilung über die Änderung der Prämie oder des Versicherungsschutzes zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung zu kündigen.
(5) Veröffentlicht die Bundesanstalt Statistik Austria den in Absatz (1) Ziffer 1. vereinbarten Index nicht mehr, tritt an seine Stelle jener Index, den die Bundesanstalt Statistik Austria als seinen Nachfolgeindex bezeichnet; in Ermangelung eines solchen Nachfolgeindex jener von der Bundesanstalt Statistik Austria oder ihrer Nachfolgeorganisation veröffentlichte Index, der dem Index laut Absatz (1) Ziffer 1. am nächsten kommt.

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).