

ALLGEMEINE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN FÜR DIE BEFRISTETE AUSLANDSREISE-KRANKENVERSICHERUNG MIT SOS RÜCKHOLDIENST NACH TARIF RV

Versicherungsnehmer ist die Person, die mit der DONAU Versicherung AG Vienna Insurance Group den Versicherungsvertrag abschließt.

Versicherte Personen sind jene Personen, auf die sich der Versicherungsschutz bezieht.

Versicherer ist die DONAU Versicherung AG Vienna Insurance Group.

Analog den Formulierungen im Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) beziehen sich personenbezogene Bezeichnungen auf Frauen und Männer in gleicher Weise.

INHALTSVERZEICHNIS		Seite	Seite		
1.	Versicherungsnehmer und versicherte Person	1	6.	Geltendmachung von Ansprüchen	3
2.	Prämie	1	7.	Ansprüche gegen Dritte	3
3.	Dauer des Versicherungsschutzes, örtlicher Geltungsbereich	1	8.	Auskunftspflicht des Versicherungsnehmers und des Versicherten	3
4.	Leistungen des Versicherers	1	9.	Ende des Versicherungsschutzes	3
5.	Haftungsausschlüsse	2	10.	Erfüllungsort	3

1. Versicherungsnehmer und versicherte Person

Nach Tarif RVI und RVA versichert werden können Personen bis zur Vollendung des 75. Lebensjahrs.

2. Prämie

- 2.1. Die Prämie ist eine Einmalprämie. Sie wird pro Monat der Versicherungsdauer in der im Antrag ersichtlichen Höhe berechnet.
- 2.2. Der Versicherungsnehmer hat die vereinbarte Einmalprämie sofort bei Abschluss des Vertrags zu zahlen.

3. Dauer des Versicherungsschutzes, örtlicher Geltungsbereich

- 3.1. Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Antrag bezeichneten Zeitpunkt, jedoch bei Online-Abschluss frühestens mit der Zustellung der E-Mail-Bestätigung bzw. bei Abschluss mittels Zahlscheinpolizze frühestens um 0 Uhr des auf den Tag der Prämienzahlung folgenden Tages.
Der Versicherungsschutz beginnt für Tarif RVA nicht vor Beginn des Auslandsaufenthaltes; eine Versicherung nach Tarif RVA kann nur bis maximal eine Woche nach Einreise in Österreich abgeschlossen werden.

Für Tarif RVI beginnt der Versicherungsschutz mit der Ausreise aus Österreich und umfasst nur solche Reisen, für die vor der Ausreise aus Österreich die Prämie einbezahlt wurde.

- 3.2. Der Versicherungsschutz endet – auch für bis dahin noch nicht abgeschlossene Versicherungsfälle – nach Ablauf der vereinbarten Gültigkeitsdauer. Ist der Versicherte nach Eintritt eines Versicherungsfalls über das Ende der Dauer des Versicherungsschutzes hinaus aus medizinischen Gründen transportunfähig, so verlängert sich die Dauer des Versicherungsschutzes bis zur Erlangung der Transportfähigkeit und bis zum Abschluss des unmittelbar durchgeführten Rücktransports (Heimreise).

- 3.3. Als Ausland gelten alle Länder mit Ausnahme derjenigen, in denen der Versicherte schon vor der Abreise einen Wohnsitz hat.

Als Wohnsitz des Versicherungsnehmers ist jener Ort zu verstehen, an dem sich dieser niedergelassen hat, in der nachgewiesenen oder aus den Umständen hervorgehenden Absicht, dort seinen bleibenden Aufenthalt zu nehmen.

4. Leistungen des Versicherers

- 4.1. Der Versicherer ersetzt nach Maßgabe der Absätze 3 bis 5 Kosten, die dem Versicherten durch die während der Dauer des Versicherungsschutzes durchgeführte, aus medizinischen Gründen unaufschiebbare Behandlung von Krankheitszuständen und Unfallfolgen entstehen, die akut währ-

rend eines versicherten Auslandsaufenthaltes auftreten. Solchen Krankheitszuständen und Unfallfolgen sind während des Auslandsaufenthalts (Absatz 3.3.) akut werdende Anfälle oder Schübe bestehender chronischer oder latenter Erkrankungen gleichgestellt. Der Anspruch auf Kostenersatz endet, wenn und sobald der Versicherte einen Heimtransport ablehnt, obwohl er transportfähig und der Versicherer bereit ist, die Kosten des Heimtransports gemäß diesen Versicherungsbedingungen zu übernehmen.

Zur Beurteilung eines möglichen Heimtransports ist der Versicherte verpflichtet, den Versicherer unverzüglich über stationäre Krankenhausaufnahmen oder ambulante Behandlungen, deren Kosten insgesamt EUR 5.000,- überschreiten, zu informieren. Wird diese Informationspflicht verletzt und wäre der Versicherte transportfähig gewesen, besteht für die betroffenen Heilbehandlungen nur insoweit Anspruch auf Kostenersatz, als diese Kosten nicht jene eines vom Versicherer organisierten Heimtransports übersteigen. Leistungsfreiheit tritt nicht ein, wenn die Verletzung weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruht. Wird die Obliegenheit nicht mit dem Vorsatz verletzt, die Leistungspflicht des Versicherers zu beeinflussen oder die Feststellung solcher Umstände zu beeinträchtigen, die erkennbar für die Leistungspflicht des Versicherers bedeutsam sind, so bleibt der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung weder auf die Feststellung des Versicherungsfalles noch auf die Feststellung oder den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung Einfluss gehabt hat.

- 4.2. Krankheit im Sinne der Versicherungsbedingungen ist ein nach medizinischen Begriffen anomaler körperlicher oder geistiger Zustand, auch wenn er als Folge eines Unfalles eintritt.

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.

- 4.3. Die Kosten stationärer Behandlungen operativer und nicht-operativer Art in der allgemeinen Verpflegsklasse von öffentlichen Spitälern einschließlich der Kosten des Transports in die nächstgelegene Krankenanstalt werden zu 100 % ersetzt. Besteht Anspruch auf teilweisen Ersatz dieser Kosten aus der Sozialversicherung, so wird der die Sozialversicherungsleistungen übersteigende Teil der Kosten voll ersetzt. Bei versicherten stationären Behandlungen besteht allerdings nur dann voller Versicherungsschutz, wenn unverzüglich nach der Aufnahme in das Spital der Versicherer oder ein in der Versicherungsbestätigung dafür genanntes Unternehmen zur Abklärung der Kosten mit dem Spital informiert wird. Sofern die Information über die Spitalsaufnahme unterbleibt, verbleibt dem Versicherungsnehmer bei Kostenbeteiligung durch die Sozialversicherung ein Selbstbehalt von 10 % der nach Abzug dieser Leistung verbleibenden Kosten. Erbringt die Sozialversicherung keine Leistung, beträgt der Selbstbehalt 20 %.

Die Kosten medizinisch notwendiger ambulanter ärztlicher Behandlung einschließlich ärztlich verordneter Arzneimittel werden abzüglich eines eventuellen Selbstbehalts laut Versicherungsbestätigung ersetzt.

- 4.4. Im Zusammenhang mit einem Unfallereignis entstehende Bergungskosten ab NACA IV (das sind Verletzungen und Erkrankungen, ohne akuter Lebensgefahr, die aber eine kurzfristige Entwicklung einer Vitalgefährdung nicht ausschließen) bzw. Transportkosten zur Weiterbehandlung in einem Krankenhaus in Wohnortnähe mittels eines Sanitätsfahrzeugs werden bis zu den in der Versicherungsbestätigung angeführten Höchstbeträgen ersetzt. Besteht Anspruch auf Ersatz dieser Kosten aus der Sozialversicherung, so wird der die Sozialversicherungsleistungen übersteigende Teil der Kosten bis zu den jeweiligen Höchstbeträgen ersetzt.
- 4.5. Entstehen einem Versicherten für die aus medizinischen Gründen notwendige Heimreise infolge einer versicherten Krankheit oder versicherter Unfallfolgen notwendig mehr

Fahrtkosten als sonst entstanden wären (zum Beispiel durch Fahruntfähigkeit eines Kraftfahrzeugreisenden, durch notwendige Benützung eines Sanitätsfahrzeugs), so ersetzt der Versicherer die Mehrkosten für die Heimreise zum Wohnort mit dem billigsten vom behandelnden Arzt empfohlenen Verkehrsmittel abzüglich eines eventuellen Selbstbehalts laut Versicherungsbestätigung.

- 4.6. Geldleistungen des Versicherers werden in Österreich in EURO erbracht. Als Umrechnungskurs ist der Devisenmittelkurs der Wiener Börse im Zeitpunkt der Leistungsanspruchnahme zugrunde zu legen.

- 4.7. SOS-Rückholdienst:

Der Versicherer übernimmt zu 100 % die Mehrkosten

- a) einer Heimreise des erkrankten oder verletzten Versicherten gemäß Absatz 5,
- b) der nach den Umständen kostengünstigsten Heimreise der mitversicherten Familienangehörigen/Lebensgefährten des erkrankten, verletzten oder nach lit. c) zu überführenden Versicherten,
- c) der Überführung eines während eines versicherten Auslandsaufenthalts verstorbenen Versicherten zu seinem früheren Wohnort,

sofern der Krankentransport oder die Überführung von einem laut der Versicherungsbestätigung dazu berechtigten Unternehmen vermittelt wird.

- 4.8. Ein gemäß der Versicherungsbestätigung zur Vermittlung des SOS-Rückholdienstes berechtigtes Unternehmen ist vom Versicherer ermächtigt, in Notfällen Vorschusszahlungen zur Abdeckung von Kosten gemäß Absatz 1 und 3 bis 5 zu leisten. Übersteigen solche Vorschusszahlungen die Ansprüche aus dieser Versicherung, so sind der Versicherungsnehmer und der Versicherte, für den die Zahlungen geleistet wurden, verpflichtet, dem Versicherer den übersteigenden Betrag zu ersetzen.

- 4.9. Der Versicherer kann aus der fahrlässigen Verletzung einer vereinbarten Obliegenheit Rechte nur ableiten, wenn dem Versicherungsnehmer vorher die Versicherungsbedingungen oder eine andere Urkunde zugegangen sind, in der die Obliegenheit mitgeteilt wird.

- 4.10. Es werden nur angemessene und ortsübliche Behandlungskosten für ambulante und stationäre Behandlungen durch den Versicherer ersetzt.

- 4.11. Wenn der Versicherungsnehmer oder ein Versicherter durch wissentlich falsche Angaben, insbesondere durch Vortäuschung einer Krankheit, Versicherungsleistungen erschleicht oder zu erschleichen versucht oder bei einer solchen Handlung mitwirkt, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei und hat das Recht, den Versicherungsvertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist zu kündigen. Das gleiche gilt, wenn der Versicherte im Krankheitsfall den vom Arzt oder vom Versicherer gegebenen zumutbaren Verhaltensmaßregeln vorsätzlich oder grob fahrlässig nicht Folge leistet. Der Versicherer kann sich im Fall der Verletzung zumutbarer Verhaltensmaßregeln auf die Leistungsfreiheit bzw. das Kündigungsrecht nicht berufen, soweit die Verletzung keinen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalles gehabt hat.

Absatz 11.9. gilt entsprechend.

5. Haftungsausschlüsse

- 5.1. Die Leistungspflicht des Versicherers erstreckt sich nicht auf
- a) Heilbehandlungen einschließlich sonstiger grundsätzlich versicherter Leistungen, wenn sie der alleinige Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Reise waren;
 - b) Maßnahmen, die nicht unmittelbar zur Behebung von Krankheitszuständen notwendig sind, insbesondere Maßnahmen der Rehabilitation, prophylaktische Impfungen, kosmetische Behandlungen, sowie Entwöhnungskuren, Maßnahmen der Heilpädagogik, Logopädie und Heilgymnastik sowie der Geriatrie;

- c) Erkrankungen und Folgen aus Unfällen, die im Zusammenhang mit Krisen- oder Kriegsereignissen entstehen, wenn nach Krisen- oder Kriegsbeginn sich der Versicherte vorsätzlich in einen betroffenen Staat oder in eine betroffene Region begeben hat oder dort geblieben ist. Als Krisengebiet gilt ein Staat oder eine Region, für den oder die die zuständige Österreichische Behörde eine (partielle) Reisewarnung veröffentlicht;
 - d) auf Vorsatz oder auf Sucht beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen;
 - e) Aufwendungen, die durch wissenschaftlich nicht allgemein anerkannte Behandlungsmethoden oder Arzneimittel entstehen;
 - f) für Behandlungen durch Ehegatten, Lebensgefährten, Partner eingetragener Partnerschaften, Eltern oder Kinder, Stiefeltern oder Stiefkinder sowie Schwiegereltern oder Schwiegerkinder des Versicherten (nachgewiesene Sachkosten werden erstattet);
 - g) den Ersatz der Kosten für die Inanspruchnahme ortsgebundener Heilvorkommen (zum Beispiel Kuren in Badeorten, Klima- und Höhenkuren) und auf die Beistellung von Heilbehelfen (zum Beispiel Brillen, Kontaktlinsen, Mieder, Prothesen) sowie alle sonst zur Körper- und Krankenpflege dienenden Apparate und Behelfe;
 - h) Zahnbehandlungen, die nicht der Erstversorgung zur unmittelbaren Schmerzbekämpfung dienen, sowie Zahnersatz;
 - i) Schwangerschaftsunterbrechungen, Schwangerschaftsuntersuchungen und Entbindungen;
 - j) Unfallfolgen, die durch aktive Teilnahme an sportlichen Wettbewerben und Wettkämpfen sowie am offiziellen Training für solche Veranstaltungen entstehen;
 - k) Unfallfolgen, die der Versicherte bei der Begehung von nach österreichischem Recht gerichtlich strafbaren Handlungen erleidet, für die Vorsatz Tatbestandsmerkmal ist;
 - l) Erkrankungen und Unfälle infolge Missbrauchs von Alkohol und/oder Suchtgiften;
 - m) Heilbehandlungen und sonstige grundsätzlich versicherte Leistungen, die in Folge einer vorsätzlichen oder grob fahrlässigen Missachtung von vom Arzt oder vom Versicherer gegebenen zumutbaren Verhaltensregeln erforderlich werden;
Der Versicherer kann sich im Fall der Verletzung zumutbarer Verhaltensmaßregeln auf die Leistungsfreiheit bzw. das Kündigungsrecht gemäß Absatz 4.11. nicht berufen, soweit die Verletzung keinen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalls gehabt hat.
Absatz 4.9. gilt entsprechend.
 - n) Heilbehandlungen während Reisen, die gegen die Empfehlung eines Arztes angetreten wurden.
- 5.2. Übersteigt eine Heilbehandlung das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

6. Geltendmachung von Ansprüchen

- 6.1. Ansprüche des Versicherten auf Leistungen des Versicherers gemäß Absatz 4.1. und 4.3. bis 4.5. sind spätestens innerhalb eines Monats nach Beendigung des Auslandsaufenthalts unter Vorlage der quittierten Originalrechnungen, einer Bestätigung des Krankenhauses über den stationären Aufenthalt, und der zum Nachweis von Bergungs- oder Heimfahrtkosten notwendigen Belege (bahn-, polizei-, gemeindefamtl. Bestätigung usw.) geltend zu machen. Die Arzt-, Krankenhausrechnungen und Krankenhaus- aufenthaltsbestätigungen müssen den Namen und die Geburtsdaten des Versicherten, die Krankheitsbezeichnung und die Art der Behandlung enthalten. Die Notwendigkeit von Krankentrans-

porten ist durch ärztliche Befunde zu belegen. Alle Rechnungen und Belege werden Eigentum des Versicherers.

- 6.2. Der Versicherer darf den Überbringer von Belegen als zum Empfang der darauf entfallenden Versicherungsleistungen berechtigt ansehen.
- 6.3. Sollten zur Beurteilung des Leistungsanspruches Übersetzungen in die deutsche Sprache erforderlich sein, sind die diesbezüglichen Kosten vom Leistungsempfänger zu tragen.
- 6.4. Ansprüche des Versicherten auf Leistungen des Versicherers gemäß Absatz 4.3., 4.7. und 4.8. sind unter Beachtung der Bestimmungen der jeweils gültigen Versicherungsbestätigung geltend zu machen. Nimmt der Versicherte den SOS-Rückholdienst in Anspruch, obwohl keine Leistungspflicht des Versicherers besteht, so hat er dem Versicherer die dadurch entstehenden Kosten zu ersetzen.

7. Ansprüche gegen Dritte

Besteht Anspruch auf Kostenersatz aus einem anderen, bei welchem Versicherer auch immer bestehenden Versicherungsvertrag oder aus der Sozialversicherung, so vermindert sich die Leistungspflicht des Versicherers um den Betrag, um den die Summe aller Ansprüche die tatsächlichen Kosten übersteigt.

Besteht Anspruch auf Kostenersatz gegen sonstige Dritte, so ist der Versicherte verpflichtet, dem Versicherer diesen Anspruch abzutreten, soweit dieser dem Versicherten Ersatz leistet.

8. Auskunftspflicht des Versicherungsnehmers und des Versicherten

- 8.1. Der Versicherungsnehmer und der Versicherte haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Art und des Umfangs des Versicherungsschutzes erforderlich ist. Dies umfasst auch die Verpflichtung, vom Versicherer geforderte Unterlagen diesem zur Verfügung zu stellen sowie Dritte (z. B. Ärzte, Versicherungseinrichtungen, Behörden) von ihrer ärztlichen oder sonstigen Schweigepflicht zu entbinden. Bei Tarif RVS sind zur Überprüfung des Leistungsanspruches auf Anforderung auch Unterlagen vorzulegen, die belegen, dass der Versicherte während der Dauer der Versicherung im Zuge seines Studiums oder seiner Schulausbildung ein Auslandssemester, ein Auslandspraktikum oder eine Famulatur im Ausland absolviert hat.
- 8.2. Wird die Auskunftspflicht nach Abs. 1 verletzt, ist der Versicherer im Rahmen der Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes von der Leistungspflicht befreit.

Dies gilt jedoch nicht, wenn die Verletzung weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruht.

Wird die Obliegenheit nicht mit dem Vorsatz verletzt, die Leistungspflicht des Versicherers zu beeinflussen oder die Feststellung solcher Umstände zu beeinträchtigen, die erkennbar für die Leistungspflicht des Versicherers bedeutsam sind, so bleibt der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung weder auf die Feststellung des Versicherungsfalles noch auf die Feststellung oder den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung Einfluss gehabt hat. Absatz 4.9. gilt entsprechend.

9. Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz endet mit der Beendigung des Auslandsaufenthalts, längstens mit Ablauf des Versicherungsvertrags (Absatz 3.2.).

10. Erfüllungsort

Erfüllungsort für die beiderseitigen Verpflichtungen aus dem Versicherungsvertrag ist der Sitz des Versicherers.