ALLGEMEINE INFORMATIONEN FÜR DEN ABSCHLUSS DER AUSLANDSREISE-KRANKENVERSICHERUNG AUF DER WEBSITE DER DONAU VERSICHERUNG AG VIENNA INSURANCE GROUP (KURZ: DONAU)

Mit diesen Informationen kommen wir den Informationspflichten nach dem Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG 2016) und dem E-Commerce-Gesetz (ECG) nach.

Analog den Formulierungen im Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) beziehen sich personenbezogene Bezeichnungen auf alle Geschlechter.

INHALT

1. Angaben zum Versicherer (Anbieter) 1
2. Geltungsbereich 1
3. Zustandekommen des Versicherungsvertrages (Vertragsabschluss) 1
4. Information zur Prämie 2
5. Vertragslaufzeit und Prämienzahlungsdauer 2
6. Zahlungsbedingungen 2
7. Belehrung über das Rücktrittsrecht 2
8. Wesentliche Merkmale des Versicherungsschutzes 3
9. Vertragsgrundlagen, anwendbares Recht, Gerichtsstand 3
10. Beschwerdestellen 3
11. Sprache 3
12. Vertragsspeicherung 4
13. Datenschutzinformation 4
14. Vorvertragliche Anzeigepflicht 4

1. ANGABEN ZUM VERSICHERER (ANBIETER)

Name und Anschrift: DONAU Versicherung AG Vienna Insurance Group, 1010 Wien, Schottenring 15

Rechtsform und Sitz: Aktiengesellschaft mit Sitz in Wien

Serviceline: +43 50 330 330

E-Mail: donau@donauversicherung.at Website: http://www.donauversicherung.at

Firmenbuchnummer: 32002m

Firmenbuchgericht: Handelsgericht Wien

Umsatzsteuer-Identifikations-Nummer: ATU 36848408

Hauptgeschäftstätigkeit: Die DONAU betreibt direkt und indirekt die Lebensversicherung einschließlich Zusatzversicherung, die

Krankenversicherung, die Unfallversicherung sowie die Schadensversicherung (Sach- und Vermögensschadenversicherung) in den Versicherungszweigen, deren Betrieb ihr von der Versicherungsaufsichtsbehörde genehmigt ist, soweit der Betrieb durch die Aufsichtsbehörde genehmigt wurde.

Aufsichtsbehörde: Finanzmarktaufsicht (FMA), 1090 Wien, Otto- Wagner-Platz 5.

Die DONAU ist Mitglied der Wirtschaftskammer Österreich, der Landeskammern in allen Bundesländern und des Verbandes der Versicherungsunternehmen Österreichs. Als Versicherungsunternehmen unterliegt die DONAU den Bestimmungen des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG).

2. GELTUNGSBEREICH

Diese Informationen gelten für alle Auslandsreise-Krankenversicherungsverträge, die Sie mit der DONAU über die Website der DONAU abschließen. Darüber hinaus gelten die für das jeweilige Versicherungsprodukt vorgesehenen Versicherungsbedingungen.

3. ZUSTANDEKOMMEN DES VERSICHERUNGSVERTRAGES (VERTRAGSABSCHLUSS)

Auf der Website der DONAU haben Sie die Möglichkeit, online einen Antrag auf Abschluss einer Versicherung zu stellen. Einfach die Online-Bedarfsanalyse absolvieren und das interaktiv erstellte Online-Formular vollständig und korrekt ausfüllen und abschicken. Die Antragstellung begründet noch keinen Versicherungsschutz. Sollte aufgrund Ihrer Angaben keine Antragstellung möglich sein, werden Sie darüber unverzüglich auf der Website informiert. Vor Abgabe Ihrer Vertragserklärung können Sie Ihre Eingaben auf einer Kontrollseite überprüfen und etwaige Eingabefehler über die dafür vorgesehenen Schaltflächen berichtigen. Nach erfolgreicher Antragstellung erhalten Sie von uns unverzüglich ein E-Mail mit der Bestätigung des Zugangs Ihres Antrages bei uns sowie einer vorläufigen Deckungsbestätigung. Der Versicherungsvertrag kommt zustande, wenn wir Ihnen die Polizze postalisch oder – sofern gesondert vereinbart – elektronisch über das Postfach „Meine DONAU“ zustellen. Mit Zugang der Polizze ist der Versicherungsvertrag abgeschlossen. Wir empfehlen, die Polizze und das E-Mail mit der Bestätigung des

Zugangs aufzubewahren (elektronisch oder in Papierform). Diese Unterlagen enthalten die Daten zum Versicherungsvertrag, die im Versicherungsfall benötigt werden.

Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsvertrag kommt erst mit Zugang der Polizze oder einer gesonderten Annahmeerklärung des Versicherers zustande; vorher besteht kein Versicherungsschutz (ausgenommen es ist eine vorläufige Deckung bzw. ein Sofortschutz vereinbart). Der Versicherungsschutz beginnt jedenfalls erst ab dem vereinbarten Versicherungsbeginn und nicht vor Ablauf der nach den Versicherungsbedingungen vorgesehenen Wartezeiten.

4. INFORMATION ZUR PRÄMIE

Die Prämie finden Sie auf Ihrem online erstellten Versicherungsantrag. Die Prämien beinhalten die Versicherungssteuer und stellen eine Gesamtprämie dar. Sie gelten zum Zeitpunkt der Online-Antragstellung. Wenn Sie den Vertrag über einen von Ihrem Berater oder Makler zur Verfügung gestellten Link, QR-Code oder über deren Website abschließen, so bekommt dieser eine Provision, die in der Versicherungsprämie enthalten ist. Die Prämie ist in Euro angegeben. Für den Abschluss ist ein aufrechter Internetzugang erforderlich, der zusätzlich Kosten verursachen kann, die gegebenenfalls von Ihnen zu tragen sind. Sonst fallen keine Zusatzkosten an.

5. VERTRAGSLAUFZEIT UND PRÄMIENZAHLUNGSDAUER

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem von Ihnen beantragten Versicherungsbeginn und endet mit Ablauf der beantragten Laufzeit, wenn diese weniger als ein Jahr beträgt. Beträgt die vereinbarte Vertragsdauer mindestens ein Jahr, verlängert sich der Vertrag jedes Mal um ein weiteres Jahr, wenn er nicht spätestens drei Monate vor Ablauf der Vertragsdauer von einem der Vertragspartner gekündigt worden ist.

6. ZAHLUNGSBEDINGUNGEN

Wir bieten für dieses Produkt die Zahlung per Bankeinzug (SEPA-Lastschrift) an. Der Zahlbetrag wird demnach von Ihrem angegebenen Konto eingezogen.

7. BELEHRUNG ÜBER DAS RÜCKTRITTSRECHT

Nachfolgend informieren wir Sie über Ihr Rücktrittsrecht.

Wenn Sie (1) Verbraucher im Sinne des § 1 Abs 1 Z 2 KSchG sind, (2) den Versicherungsvertrag im Fernabsatz (z. B. ausschließlich über das Internet) abgeschlossen haben, also ein Fernabsatzvertrag im Sinne des § 3 Z 2 FAGG vorliegt, und (3) es sich dabei um keine Lebensversicherung handelt, gilt die Belehrung über das Rücktrittsrecht nach dem Fern- und Auswärtsgeschäfte-Gesetz (FAGG).

In allen anderen Fällen gilt die Belehrung über das Rücktrittsrecht nach dem Versicherungsvertragsgesetz (VersVG).

7.1. BELEHRUNG ÜBER DAS RÜCKTRITTSRECHT NACH DEM FERN- UND AUSWÄRTSGESCHÄFTE-GESETZ (FAGG)

(gilt nur für Nicht-Lebensversicherungsverträge, die von Verbrauchern im Fernabsatz abgeschlossen wurden)

Rücktrittsrecht

a. Sie können vom Versicherungsvertrag binnen 14 Tagen ohne Angabe von Gründen zurücktreten.
b. Die Rücktrittsfrist beginnt am Tag des Abschlusses des Versicherungsvertrags, jedoch nicht, bevor Sie die Vertragsbedingungen und die Informationen, die Ihnen nach § 18a Abs. 8 FAGG in Verbindung mit den §§ 128 bis 135e VAG 2016 bzw. den Standesregeln für Versicherungsvermittlung vor Abschluss des Versicherungsvertrags zur Verfügung zu stellen sind, erhalten haben.
c. Haben Sie die Vertragsbedingungen und die Informationen gemäß Pkt. b. nicht erhalten, so endet die Rücktrittsfrist jedenfalls zwölf Monate und 14 Tage nach Abschluss des Versicherungsvertrags, es sei denn, Sie wurden über Ihr Rücktrittsrecht nicht gemäß § 18a Abs. 1 Z 16 FAGG belehrt.
d. Um Ihr Rücktrittsrecht auszuüben, müssen Sie den Versicherer mittels einer eindeutigen Erklärung (z. B. mit der Post versandter Brief oder E-Mail) über Ihren Entschluss, vom Versicherungsvertrag zurückzutreten, informieren.
e. Die Rücktrittserklärung ist zu richten an:
   Versicherer: DONAU Versicherung AG Vienna Insurance Group
   Postadresse: 1010 Wien, Schottenring 15
   Telefonnummer: + 43 50 330 330
   Telefaxnummer: + 43 50 330 99 70000
   E-Mail-Adresse: donau@donauversicherung.at
f. Haben Sie den Versicherungsvertrag über eine Online-Benutzeroberfläche (wie eine Website) abgeschlossen, können Sie Ihr Rücktrittsrecht auch online unter https://www.donauversicherung.at/online-widerruf ausüben. Wenn Sie diese Online-Funktion nutzen, übermittelt der Versicherer Ihnen auf einem dauerhaften Datenträger (z. B. durch eine E-Mail) unverzüglich eine Eingangsbestätigung mit Informationen zum Inhalt der Rücktrittserklärung sowie dem

Datum und der Uhrzeit ihres Eingangs.

g. Zur Wahrung der Rücktrittsfrist reicht es aus, dass Sie die Rücktrittserklärung vor Ablauf der Rücktrittsfrist abgeben.
h. Sie haben kein Rücktrittsrecht bei Verträgen über Reise- und Gepäckversicherungen oder über ähnliche kurzfristige Versicherungen mit einer Laufzeit von weniger als einem Monat.

Rücktrittsfolgen

i. Mit dem wirksamen Rücktritt enden ein allfällig bereits gewährter Versicherungsschutz und Ihre künftigen Verpflichtungen aus dem Versicherungsvertrag.
j. Wenn Sie bereits Geldleistungen aus dem Versicherungsvertrag erhalten haben, haben Sie diese dem Versicherer unverzüglich, spätestens aber innerhalb von 30 Tagen ab dem Tag des Rücktritts, zu erstatten.
k. Wenn Sie bereits Prämien an den Versicherer geleistet haben, hat der Versicherer Ihnen diese unverzüglich, spätestens aber innerhalb von 30 Tagen nach dem Erhalt der Rücktrittserklärung, zu erstatten. Haben Sie jedoch verlangt, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Rücktrittsfrist beginnt, so gebührt dem Versicherer eine der Deckungsdauer entsprechende Prämie und darf sich dieser daher den Teil der Prämie einbehalten, der auf die Zeit bis zum Erhalt der Rücktrittserklärung entfällt; dabei handelt es sich um 1/360 der – bei nach kürzeren Zeitabschnitten bemessenen Prämien entsprechend umgerechneten – Jahresprämie je Tag, an dem Versicherungsschutz bestanden hat.
l. Im Falle der Nichtausübung des Rücktrittsrechts bleiben Sie an den Versicherungsvertrag gebunden und ist dieser wie vereinbart zu erfüllen.

7.2. BELEHRUNG ÜBER DAS RÜCKTRITTSRECHT NACH DEM VERSICHERUNGSVERTRAGSGESETZ (VERSVG)
(gilt in allen anderen Fällen)

a. Sie können von Ihrem Versicherungsvertrag innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in geschriebener Form (z. B. Brief, Fax, E-Mail) zurücktreten.
b. Die Rücktrittsfrist beginnt mit der Verständigung vom Zustandekommen des Versicherungsvertrages (= Zusendung der Polizze bzw. Versicherungsschein), jedoch nicht, bevor Sie den Versicherungsschein und die Versicherungsbedingungen einschließlich der Bestimmungen über die Prämienfestsetzung oder -änderung und diese Belehrung über das Rücktrittsrecht erhalten haben.
c. Die Rücktrittserklärung ist zu richten an: DONAU Versicherung AG Vienna Insurance Group, Schottenring 15, 1010 Wien, oder per E-Mail an donau@donauversicherung.at oder per Fax an +43 50 330 99 - 70000. Zur Wahrung der Rücktrittsfrist reicht es aus, dass Sie die Rücktrittserklärung vor Ablauf der Rücktrittsfrist absenden. Die Erklärung ist auch wirksam, wenn sie in den Machtbereich Ihres Versicherungsvertreters gelangt.
d. Mit dem Rücktritt enden ein allfällig bereits gewährter Versicherungsschutz und Ihre künftigen Verpflichtungen aus dem Versicherungsvertrag. Hat der Versicherer bereits Deckung gewährt, so gebührt ihm eine der Deckungsdauer entsprechende Prämie. Wenn Sie bereits Prämien an den Versicherer geleistet haben, die über diese Prämie hinausgehen, so hat sie Ihnen der Versicherer ohne Abzüge zurückzuzahlen.
e. Ihr Rücktrittsrecht erlischt spätestens einen Monat, nachdem Sie den Versicherungsschein einschließlich dieser Belehrung über das Rücktrittsrecht erhalten haben, es sei denn, diese Belehrung wäre derart fehlerhaft, dass sie Ihnen die Möglichkeit nimmt, Ihr Rücktrittsrecht im Wesentlichen unter denselben Bedingungen wie bei zutreffender Belehrung auszuüben.

8. WESENTLICHE MERKMALE DES VERSICHERUNGSSCHUTZES

Eine Leistungsbeschreibung über das von Ihnen gewählte Versicherungsprodukt ist der Polizze und den Versicherungsbedingungen zu entnehmen. Im Versicherungsfall werden Leistungen der DONAU mit Beendigung der Erhebungen fällig, die zur Feststellung der Leistungen notwendig sind.

9. VERTRAGSGRUNDLAGEN, ANWENDBARES RECHT, GERICHTSSTAND

Für den Vertragsinhalt sind der Antrag, die Polizze und die Versicherungsbedingungen maßgebend. Für die gesamte vorvertragliche und vertragliche Rechtsbeziehung gilt österreichisches Recht. Für etwaige Rechtsstreitigkeiten aus dem Rechtsverhältnis stehen Ihnen die gesetzlichen Gerichtsstände zur Verfügung.

10. BESCHWERDESTELLEN

Bei Beschwerden wenden Sie sich bitte an die Serviceline +43 50 330 330 oder donau@donauversicherung.at oder an die Beschwerdestelle beim Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, Stubenring 1, 1010 Wien, versicherungsbeschwerde@sozialministerium.at. Die Möglichkeit den Rechtsweg zu bestreiten, bleibt davon unberührt. Im Falle von Streitigkeiten können Sie sich an die Verbraucherschlichtungsstelle www.verbraucherschlichtung.at wenden. Die Teilnahme an einem Schlichtungsverfahren ist freiwillig.

11. SPRACHE

Die in der gesamten Geschäftsbeziehung angewendete Sprache ist Deutsch.

Bestätigungen für die Reiseversicherung erhalten Sie in deutscher, englischer und spanischer Sprache.

Bestätigungen für die Krankenversicherung erhalten Sie bei Reisen ins Ausland in deutscher, englischer und spanischer Sprache, bei Reisen nach Österreich in deutscher und englischer Sprache.

12. VERTRAGSSPEICHERUNG

Ihre Vertragsdaten werden von uns elektronisch gespeichert, jedoch nicht in einer Weise, die Ihnen den Zugriff darauf ermöglichen würde.

13. DATENSCHUTZINFORMATION (INFORMATION GEM. ART 13, 14 DSGVO)

Die angegebenen Daten werden von der DONAU Versicherung AG Vienna Insurance Group, 1010 Wien, Schottenring 15, zur Bearbeitung Ihres Versicherungsantrages und bei Zustandekommen eines Versicherungsverhältnisses zur Vertragserfüllung gemäß Artikel 6 Absatz 1 lit b) DSGVO verarbeitet. Weiterführende Informationen z. B. zu Ihren Rechten auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung, Widerspruch oder Datenübertragbarkeit finden Sie in unseren Datenschutzinformationen auf unserer Webseite unter https://www.donauversicherung.at/datenschutz. Sollten Sie diese Informationen in Papierform wünschen, wenden Sie sich bitte an Ihren Versicherungsberater oder besuchen Sie uns in einer unserer Geschäftsstellen. Unseren Datenschutzbeauftragten erreichen Sie unter: datenschutz@donauversicherung.at.

14. VORVERTRAGLICHE ANZEIGEPFLICHT

Der Versicherungsnehmer ist gemäß § 16 Versicherungsvertragsgesetz (VersVG) verpflichtet, Fragen nach gefahrenerheblichen Umständen, insbesondere die Gesundheitsfragen, richtig und vollständig zu beantworten. Unvollständige oder unrichtige Angaben hindern den Versicherer, die von ihm übernommene Gefahr richtig einzuschätzen. Bei schuldhafter Verletzung dieser Pflicht kann der Versicherer unter bestimmten Umständen vom Vertrag zurücktreten oder ihn anfechten und in diesem Fall die Leistung verweigern. Treten zwischen Antragstellung und Zustellung des Versicherungsvertrages (der Polizze) Änderungen in den gefahrerheblichen Umständen ein, ist der Versicherer davon unverzüglich zu verständigen. Der Versicherungsnehmer übernimmt durch seine Unterschrift die Verantwortung für die Richtigkeit und Vollständigkeit seiner Angaben.

ALLGEMEINE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN FÜR DIE AUSLANDSREISEKRANKENVERSICHERUNG MIT SOS-RÜCKHOLDIENST NACH DEN TARIFEN RE UND RF

Personenbezogene Bezeichnungen in diesem Dokument beziehen sich auf alle Geschlechter in gleicher Weise.

§ 1 VERSICHERUNGSNEHMER UND VERSICHERTE

1) Versichert werden können nur Personen, die in Österreich ihren ordentlichen Wohnsitz haben, sofern sie sich nicht berufsbedingt, zur Aus- oder Weiterbildung oder aus sonstigen Gründen dauernd oder überwiegend im Ausland aufhalten. Nicht versicherbar sind Personen, die sich für längere Zeit im Ausland aufhalten und diese Aufenthalte nur für Heimataufenthalte unterbrechen, wie zum Beispiel Monteure, Verkaufsrepräsentanten sowie Flugpersonal.

2) Die Familienversicherung schließt den Ehepartner oder Lebensgefährten und die Kinder bis zur Vollendung des 20. Lebensjahres mit ein. Das gilt auch für Stief-, Adoptiv- und Enkelkinder.

§ 2 PRÄMIE

Der Versicherungsnehmer hat die Erst- oder Einmalprämie sofort zu zahlen, Folgeprämien zu den vereinbarten Zahlungsterminen. Die Prämien ergeben sich aus dem Versicherungsnehmer vom Versicherer ausgefolgten Merkblatt bzw. der Versicherungsbestätigung.

§ 3 DAUER DER VERSICHERUNG UND DES VERSICHERUNGSSCHUTZES, ÖRTLICHER GELTUNGSBEREICH

1) Die Versicherung wird auf unbestimmte Zeit abgeschlossen. Der Versicherungsnehmer ist berechtigt, die Versicherung zum Ende eines jeden Versicherungsjahres unter Einhaltung einer dreimonatigen Frist schriftlich zu kündigen. Besteht die Versicherung als Zusatztarif, richtet sich das Versicherungsjahr nach dem Versicherungsjahr des Haupttarifs. Sie endet spätestens mit Ende des Haupttarifs.

2) Versicherungsschutz besteht – auch für bis dahin noch nicht abgeschlossene Versicherungsfälle – für die jeweils ersten sechs Wochen von Auslandsaufenthalten des Versicherten, die während des Bestehens der Versicherung angetreten wurden; diese Dauer des Versicherungsschutzes pro Auslandsaufenthalt ist von Beginn des jeweiligen Auslandsaufenthaltes an zu rechnen. Ist der Versicherte nach Eintritt eines Versicherungsfalles über das Ende der Dauer des Versicherungsschutzes hinaus aus medizinischen Gründen nicht transportfähig, so verlängert sich die Dauer des Versicherungsschutzes bis zur Erlangung der Transportfähigkeit und bis zum Abschluss des unmittelbar durchgeführten Rücktransports (Heimreise). Abgesehen davon endet der Versicherungsschutz jedoch jedenfalls – also auch für bis dahin noch nicht abgeschlossene Versicherungsfälle – spätestens mit Ende der Versicherung. Als Ausland im Sinne dieser Versicherungsbedingungen gelten alle Länder der Welt mit Ausnahme Österreichs und zusätzlich mit Ausnahme jener Länder, in denen der Versicherte schon vor der Abreise einen Wohnsitz hat. Der Versicherungsschutz umfasst nur solche Reisen, für die vor der Ausreise aus Österreich die Prämie einbezahlt wurde.

§ 4 LEISTUNGEN DES VERSICHERERS

1) Der Versicherer ersetzt nach Maßgabe der Absätze 2 bis 5 Kosten, die dem Versicherten durch während der Dauer des Versicherungsschutzes durchgeführte, aus medizinischen Gründen unaufschiebbare Behandlungen von Krankheitszuständen und Unfallfolgen entstehen, die akut während eines versicherten Auslandsaufenthaltes (§ 3, Absatz 2) auftreten. Bei Vertragsabschluss vor Vollendung des 75. Lebensjahres sind solchen Krankheitszuständen und Unfallfolgen während des Auslandsaufenthaltes auch 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 ist und der Versicherer bereit, die Kosten des Heimtransports gemäß diesen Versicherungsbedingungen zu übernehmen. Zur Beurteilung eines möglichen Heimtransports hat der Versicherte den Versicherer ab dem siebenten Aufenthaltstag über eine stationäre Krankenhausaufnahme zu informieren. Sollte eine entsprechende Meldung nach den Umständen des Einzelfalls nicht zumutbar sein, ist die Meldung mit Beginn der Zumutbarkeit zu erstatten. 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.
2) Krankheit im Sinne der Versicherungsbedingungen ist ein nach medizinischen Begriffen anormaler körperlicher oder geistiger Zustand, auch wenn er als Folge eines Unfalls 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.
3) Die Kosten stationärer Behandlungen operativer und nicht operativer Art bei Standardunterbringung in öffentlichen Spitälern und preislich gleichgestellten Privatkrankenanstalten werden abzüglich der Leistung der Sozialversicherung ersetzt. Erbringt die Sozialversicherung keine Leistung, werden 90 Prozent dieser Kosten ersetzt.
4) Die Kosten des Transports in die nächstgelegene Krankenanstalt sowie Medikamenten- und Arztkosten für Behandlungen außerhalb einer Krankenanstalt werden zu 90 % ersetzt, sofern ein Anspruch auf Kostenersatz aus der Sozialversicherung nicht besteht. Außerdem werden die in dem der Versicherungspolizze bzw. dem Zahlschein beiliegenden Merkblatt angeführten Kostenersätze geleistet. Besteht Anspruch auf teilweisen Ersatz dieser Kosten aus der Sozialversicherung, so wird der die Sozialversicherungsleistungen übersteigende Teil der Kosten bis zu den jeweiligen Höchstbeträgen ersetzt.
5) Entstehen einem Versicherten für die Heimreise infolge einer versicherten Krankheit oder Unfalls aus medizinischen Gründen notwendig mehr Fahrtkosten als sonst entstanden wären (zum Beispiel durch Fahrunfähigkeit eines Kraftfahrzeugreisenden, durch notwendige Benützung eines Sanitätsfahrzeuges), so ersetzt der Versicherer die Mehrkosten für die Heimreise zum Wohnort mit dem billigsten vom behandelnden Arzt empfohlenen Verkehrsmittel zu 90 %.
6) Geldleistungen des Versicherers werden im Inland in Euro erbracht. Als Umrechnungskurs ist der Devisenmittelkurs der Wiener Börse im Zeitpunkt der Leistungsinanspruchnahme zugrunde zu legen.
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 Auslandsaufenthaltes verstorbenen Versicherten zu seinem früheren Wohnort, sofern der Krankentransport oder die Überführung von einem laut dem beiliegenden Merkblatt dazu berechtigten Unternehmen vermittelt wird.
8) Ein laut dem beiliegenden Merkblatt zur Vermittlung des SOS-Rückholdienstes berechtigtes Unternehmen ist vom Versicherer ermächtigt, in Notfällen Vorschusszahlungen zur Abdeckung von Kosten gemäß Absatz 1 bis 4 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.
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.
10) 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. § 4 Abs. 9 gilt entsprechend.

§ 5 HAFTUNGSAUSSCHLÜSSE

1) Die Leistungspflicht des Versicherers erstreckt sich nicht auf
a) Schwangerschaftsuntersuchungen, Entbindungen oder Schwangerschaftsabbrüche;
b) Erkrankungen und Folgen aus Unfällen infolge Missbrauchs von Alkohol oder Suchtgiften.
c) Heilbehandlungen einschließlich sonstiger grundsätzlich versicherter Leistungen, wenn sie der alleinige Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Reise waren;
d) den Ersatz der Kosten für die Inanspruchnahme ortsgebundener Heilvorkommen (zum Beispiel Kuren in Badeorten, Klima- und Höhenkuren), auf konservierende und prothetische Zahnbehandlungen und auf die Beistellung von Heilbehelfen (zum Beispiel Brillen, Mieder, Prothesen) sowie alle sonst zur Körper- und Krankenpflege dienenden Apparate und Behelfe;

e) 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 § 4 Abs 10 nicht berufen, soweit die Verletzung keinen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalles gehabt hat. § 4 Abs. 9 gilt entsprechend.

f) Heilbehandlungen während Reisen, die gegen die Empfehlung eines Arztes angetreten wurden;

g) Heilbehandlungen während Reisen, die aus beruflichen Gründen angetreten werden, wenn der Versicherte durchschnittlich öfters als einmal im Quartal solche Reisen tätigt (gilt nicht für Auslandsreiseversicherungen, die als Zusatztarif zu anderen Krankenversicherungen abgeschlossen werden).

h) Folgen aus Unfällen, die durch aktive Teilnahme an sportlichen Wettbewerben und Wettkämpfen sowie am offiziellen Training für solche Veranstaltungen entstehen;

i) Folgen aus Unfällen, die der Versicherte bei der Begehung von nach österreichischem Recht gerichtlich strafbaren Handlungen erleidet, für die Vorsatz Tatbestandsmerkmal ist;

j) 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 dortgeblieben ist. Als Krisengebiet gilt ein Staat oder eine Region, für den oder die die zuständige österreichische Behörde eine (partielle) Reisewarnung veröffentlicht.

k) für Behandlungen durch Ehegatten, Lebensgefährten, Partner eingetragener Partnerschaften, Eltern oder Kinder, Stiefeltern oder Stiefkinder sowie Schwiegereltern oder Schwiegerkinder des Versicherten (nachgewiesene Sachkosten werden erstattet);

2) Übersteigt eine Heilbehandlung das medizinisch notwendige Maß, reduziert sich die Leistungspflicht des Versicherers auf den Ersatz der medizinisch notwendigen Behandlungen.

§ 6 GELTENDMACHUNG VON ANSPRÜCHEN

1) Ansprüche des Versicherten auf Leistungen des Versicherers gemäß Absatz 4.1. bis 4.4. sind unter Vorlage der saldierten Rechnungen, eines Reisedatennachweises, der Leistungsinformation der Sozialversicherung (oder eines anderen privaten Krankenversicherers) und der zugehörigen medizinischen Unterlagen geltend zu machen.

Die Arzt-, Krankenhausrechnungen und Krankenhausaufenthaltsbestätigungen müssen – in deutscher, englischer oder französischer Sprache - den Namen und die Geburtsdaten des Versicherten, die Adresse, die Krankheitsbezeichnung, die Art der Behandlung (ambulant oder stationär), die einzelnen Behandlungsleistungen und den Behandlungszeitraum sowie einen Saldierungsvermerk (oder einen anderen geeigneten Zahlungsnachweis) enthalten. Die Notwendigkeit von Krankentransporten ist durch ärztliche Befunde zu belegen. Alle Rechnungen und Belege werden Eigentum des Versicherers.

Sollten entsprechende Originale dem Versicherten nicht mehr zur Verfügung stehen, ist die Übermittlung von Kopien ausreichend.

2) Der Versicherer ist berechtigt, den jeweiligen Überbringer von Belegen als zum Empfang der darauf entfallenden Versicherungsleistungen ermächtigt anzusehen.

3) Ansprüche des Versicherten auf Leistungen des Versicherers gemäß Absatz 4.2., 4.6. und 4.7. sind unter Beachtung der Bestimmungen des vom Versicherer bei Vertragsabschluss zur Verfügung gestellten Merkblattes 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

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.

2) Wird die Auskunftspflicht nach Absatz 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. § 4 Abs. 9 gilt entsprechend.

§ 9 PRÄMIENRÜCKGEWÄHR/GEWINNBETEILIGUNG

Ein Anspruch auf Prämienrückgewähr/Gewinnbeteiligung besteht nicht. Diese Auslandsreise-Krankenversicherung bleibt bei der Feststellung eines allfälligen Anspruchs auf Prämienrückgewähr/Gewinnbeteiligung aus dem Haupttarif und allfälliger weiterer Tarife

sowohl dem Grunde als auch der Höhe nach außer Betracht. Für Bonusansprüche aus Tarif PP gelten die dort angeführten Regelungen.

§ 10 ÄNDERUNGEN DER PRÄMIE UND DES VERSICHERUNGSSCHUTZES (ANPASSUNG)

1) Als für Änderungen der Prämie oder des Versicherungsschutzes maßgebende Umstände im Sinne des § 178f Versicherungsvertragsgesetz gelten die Veränderungen folgender Faktoren:

- 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
- des Gesundheitswesens oder der dafür geltenden gesetzlichen Bestimmungen.

2) Die Erklärung einer rückwirkenden Änderung der Prämie oder des Versicherungsschutzes ist unwirksam; die Erklärung wirkt erst ab dem der Absendung folgenden Monatsersten.

3) Erhöht der Versicherer die Prämie, so hat er dem Versicherungsnehmer auf dessen Verlangen die Fortsetzung des Versicherungsvertrages mit höchstens gleichbleibender Prämie und angemessen geänderten Leistungen anzubieten, wenn der Versicherungsnehmer der Anpassung innerhalb eines Monats nach Empfang der Mitteilung des Versicherers, die die Möglichkeit der Ablehnung der Anpassung zu enthalten hat, schriftlich widerspricht.

4) Im Falle eines Widerspruchs ist der Versicherer nicht verpflichtet, zu einem späteren Zeitpunkt eine Anpassung der Versicherungsleistungen zu gewähren.