

Bedingungen für die Prämienbefreiung im Krankheitsfall, bei Babykarenz und Familienhospizkarenz sowie Unfall-Assistanceleistungen

ABSCHNITT A: ALLGEMEINE BESTIMMUNGEN

§ 1. Wer ist versichert?

Bei dieser Zusatzversicherung ist der Versicherungsnehmer versichert, wobei dieser in der Hauptversicherung gleichzeitig versicherte Person sein muss.

§ 2. Wie lange besteht die Zusatzversicherung?

Die Zusatzversicherung kann nur so lange bestehen als zur Hauptversicherung Prämien entrichtet werden; sie endet spätestens mit jenem Versicherungsjahr, in dem der Versicherte sein 65. Lebensjahr vollendet.

§ 3. Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?

(1) Die Zusatzversicherung bildet mit der Versicherung, zu der sie abgeschlossen worden ist (Hauptversicherung), eine Einheit; sie kann ohne die Hauptversicherung nicht fortgesetzt werden. Diese gewählte Zusatzversicherung besteht nur solange als zur Hauptversicherung Prämien entrichtet werden.

(2) Wenn Sie diese Zusatzversicherung kündigen, haben Sie weder Anspruch auf einen Rückkaufswert noch auf eine prämienfreie Leistung.

(3) Die Zusatzversicherung ist nicht gewinnberechtigt.

(4) Soweit in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die Versicherungsbedingungen für die Hauptversicherung sinngemäß Anwendung.

ABSCHNITT B: PRÄMIENBEFREIUNG

§ 4. Wie wird die Höhe der Prämienbefreiung berechnet?

Für jeden Tag, an dem Anspruch auf Prämienbefreiung besteht, wird ein Dreihundertfünfundsechzigstel der vertraglichen Jahresprämienleistung (innerhalb des Versicherungsjahres, in das dieser Tag fällt) erlassen. Die Prämienbefreiung umfasst auch die Versicherungssteuer und im Falle unterjähriger Prämienzahlung einen etwaigen Unterjährigkeitszuschlag.

Die Prämienbefreiung erstreckt sich aber nicht auf die für eine etwaige Vorauszahlung zu entrichtenden Zusatzprämien.

B I: PRÄMIENBEFREIUNG IM KRANKHEITSFALL

§ 5. Welche Voraussetzungen gelten für die Prämienbefreiung?

Wird die versicherte Person durch Krankheit oder Unfall vollständig arbeitsunfähig, so werden vom Tage an, der auf eine 42tägige ununterbrochene Arbeitsunfähigkeit folgt, die Prämien für die weitere Dauer der Arbeitsunfähigkeit erlassen.

§ 6. Wer ist arbeitsunfähig?

Als arbeitsunfähig gilt, wer infolge objektiv nachweisbarer Krankheit, Körperverletzung (Unfall) oder Zerfalles der geistigen und körperlichen Kräfte vollständig außerstande ist, seinen Beruf oder eine andere, im Hinblick auf seine Kenntnisse und Fähigkeiten zumutbare Erwerbstätigkeit auszuüben. Bei weiblichen Personen gilt die Führung des Haushalts für die eigene Familie ebenfalls als Beruf bzw. Erwerbstätigkeit im Sinne dieser Bedingungen. Schwangerschaft und Folgen von normalen Entbindungen gelten nicht als Krankheit im Sinne des ersten Satzes.

§ 7. Wann entsteht kein Anspruch auf Prämienbefreiung?

Kein Anspruch auf Prämienbefreiung entsteht bei nur teilweiser Arbeitsunfähigkeit. Ebenso entsteht kein Anspruch auf Prämienbefreiung, wenn sich die versicherte Person die zur Arbeitsunfähigkeit führende Körperschädigung freiwillig zugezogen hat oder durch eigenes grobes Verschulden oder infolge von Vergehen oder Verbrechen der versicherten Person entstanden ist.

§ 8. Wie müssen Sie den Anspruch auf Prämienbefreiung nachweisen?

Innerhalb von vier Wochen nach Ablauf der 42tägigen Wartefrist muss uns ein vom behandelnden Arzt ausgestelltes Zeugnis vorgelegt werden, aus dem die Art der Erkrankung oder Körperverletzung, die voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit und der Tag, von dem an ununterbrochene Arbeitsunfähigkeit besteht, hervorgeht. Bei Verletzung dieser Obliegenheit sind wir gemäß § 6 Absatz 3 Versicherungsvertragsgesetz leistungsfrei.

§ 9. Was können wir darüber hinaus verlangen?

Wir sind berechtigt, weitere Nachweise und, solange nicht eine voraussichtlich dauernde Arbeitsunfähigkeit festgestellt ist, bei jeder Prämienfälligkeit ein ärztliches Zeugnis zu verlangen, welches das ununterbrochene Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit bestätigt. Wir können auch jederzeit auf unsere Kosten eine ärztliche Untersuchung des Versicherten durch einen von uns genannten Arzt verlangen.

§ 10. Was müssen Sie bei Beendigung der Arbeitsunfähigkeit tun?

Innerhalb von vier Wochen nach Beendigung der Arbeitsunfähigkeit müssen Sie uns ein weiteres Zeugnis des behandelnden Arztes vorlegen, durch das deren Beendigung bestätigt wird. Für den Fall, dass Sie diese Meldung unterlassen oder eine von uns verlangte ärztliche Untersuchung verweigern, erlischt der Anspruch auf Prämienbefreiung rückwirkend auf das Ende jenes Zeitraums, für den die Arbeitsunfähigkeit vorschriftsmäßig nachgewiesen wurde. Zuviel bezogene Leistungen müssen rückerstattet werden.

§ 11. Wie umfassend ist Ihr Versicherungsschutz?

- (1) Der Versicherungsschutz besteht grundsätzlich unabhängig davon, auf welcher Ursache der Versicherungsfall beruht. Bei Versicherungsfällen, die durch kriegerische Ereignisse oder von einer nuklearen, biologischen oder chemischen oder durch Terrorismus ausgelösten Katastrophe verursacht werden, wird keine Leistung fällig.
- (2) Keine Leistung erfolgt auch bei Eintritt des Versicherungsfalles
 - a) infolge Teilnahme
 - an kriegerischen Handlungen oder
 - an Aufruhr, Aufstand oder Unruhen auf Seiten der Unruhestifter.
 - b) durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit oder Kräfteverfall, absichtliche Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung.
- (3) Ohne besondere Vereinbarung wird keine Leistung fällig, wenn der Eintritt des Versicherungsfalles
 - a) in Ausübung einer Tätigkeit als Sonderpilot (z.B. Drachenflieger, Ballonfahrer, Paragleiter, Fallschirmspringer), Hubschrauberpilot oder Militärpilot,
 - b) in Ausübung einer gefährlichen Sportart (z.B. Extremklettern, Tiefseetauchen) oder
 - c) infolge Teilnahme an Wettfahrten oder zugehörigen Trainingsfahrten in einem Land-, Luft- oder Wasserfahrzeug erfolgt.

B II: PRÄMIENBEFREIUNG BEI BABYKARENZ

§ 12. Welche Voraussetzungen gelten für die Prämienbefreiung?

- (1) Wird der versicherten Person aufgrund des Mutterschutzgesetzes 1979 bzw. aufgrund des Väter-Karenzgesetzes (Elternkarenzurlaubsgesetz) Karenz gewährt, werden die Prämien für die Dauer der nachweislich in Anspruch genommenen Karenzzeit, längstens jedoch für 540 Tage, erlassen.
- (2) Ist die versicherte Person nicht unselbständig erwerbstätig und wird Mutter eines lebenden Kindes, werden in Ermangelung eines gesetzlich definierten Karenz-Zeitraumes die Prämien vom Zeitpunkt der Geburt an, pauschal für die Dauer von 420 Tagen erlassen.
- (3) Die Geburt ist unter Vorlage einer amtlichen Bescheinigung nachzuweisen. Mehrlingsgeburten begründen nur einen Leistungsanspruch. Bei einer weiteren Geburt eines lebenden Kindes während des Prämienbefreiungszeitraumes beginnt der Zeitraum von 420 Tagen ab dem Geburtstag neu zu laufen.
- (4) Die Prämienbefreiung gilt nicht für Kinder, die bei Antragstellung zu diesem Vertrag bereits geboren waren und nicht für Kinder, die aus einer Schwangerschaft hervorgehen, die zum Zeitpunkt der Antragstellung zu diesem Vertrag bereits diagnostiziert war.
- (5) Werden nach der Prämienbefreiung aus diesem Titel die Prämien nicht für einen Zeitraum von mindestens 12 Monaten bezahlt und wird der Hauptvertrag rückgekauft, prämienfrei gestellt oder reduziert, werden die von uns erbrachten Prämienleistungen dem Deckungskapital gegenge-rechnet.

B III: PRÄMIENBEFREIUNG BEI FAMILIENHOSPIZKARENZ

§ 13. Welche Voraussetzungen gelten für die Prämienbefreiung?

- (1) Wird der versicherten Person aufgrund des Arbeitsvertragsrechts-Anpassungsgesetzes eine Freistellung gegen Entfall des Arbeitsentgelts zum Zwecke der Sterbebegleitung eines nahen Angehörigen oder Begleitung von schwerst erkrankten Kindern gewährt (Familienhospizkarenz), werden die Prämien für die Dauer der nachweislich in Anspruch genommenen Karenzzeit, längstens jedoch für 180 Tage, erlassen.
- (2) Ist die versicherte Person nicht unselbständig erwerbstätig, ist uns die Familienhospiz (Sterbebegleitung eines nahen Angehörigen oder Begleitung von im gemeinsamen Haushalt lebenden, schwerst erkrankten Kindern) dem Grunde nach durch einen ärztlichen Befundbericht nachzuweisen.

ABSCHNITT C: UNFALL ASSISTANCE-LEISTUNGEN

§ 14. Was ist versichert?

- (1) Versichert sind Organisation bzw. Kostenübernahme nachstehend angeführter Dienstleistungen.
- (2) Voraussetzung für die Inanspruchnahme der Dienstleistungen ist ein zumindest 24-stündiger Spitalsaufenthalt einer im Versicherungsvertrag versicherten Person aufgrund eines versicherten Unfalles.
Die nachfolgenden Leistungen können allerdings bereits ab dem Eintritt der Unfallfolgen in Anspruch genommen werden, wenn die Voraussetzung eines mindestens 24-stündigen unfallbedingten Spitalsaufenthaltes mit großer Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist.
- (3) Dienstleistungen im Haushaltsbereich werden ersetzt, soweit diese notwendig sind und nicht von einer anderen im Haushalt des/der Versicherungsnehmers/Versicherungsnehmerin lebenden Person übernommen werden können. Darunter fallen z.B. Haushaltshilfe, Versorgung der verunfallten Person bzw. von Kindern oder anderen pflegebedürftigen Personen im gleichen Haushalt, Versorgung von Haustieren im gleichen Haushalt, Essensversorgung, Wohnungsreinigung und Wohnungssicherung oder unaufschiebbare Behördenwege.
- (4) Ersetzt werden die durch den Assisteur organisierten Leistungen durch Professionisten bis zu EUR 75,- am Tag und das für einen Zeitraum von sechs Wochen ab dem Unfalltag.
Im Falle der Betreuung von Kindern bis zum 15. Lebensjahr durch Nachbarn, Bekannte oder Verwandte, die nicht im gleichen Haushalt leben, wird (unter Berücksichtigung des Tagesmaximums von EUR 75,-) pro Tag ein Betrag bis zu EUR 40,- ersetzt.
Pro Kalenderjahr und Vertrag ist die Inanspruchnahme von Dienstleistungen im Haushaltsbereich auf insgesamt sechs Wochen beschränkt. Diese Hilfeleistungen werden nur in Österreich übernommen.
- (5) Weiters werden nach einem Unfall mit Dauerfolgen in Österreich organisiert (nicht jedoch die Kosten dafür übernommen):
Beratungen für Lebensplanung, psychologische Beratung, Beratungen für Wohnungsumbau oder für Berufsumschulung.
- (6) Weiters werden bei einem Unfall im Ausland die innerhalb einer Woche nach dem Unfall anfallenden notwendigen Kosten eines Dolmetschers bis zu einem Betrag von EUR 750,- ersetzt.
- (7) Weiters werden die Kosten einer einmaligen Rechtsberatung über die rechtlichen Auswirkungen eines versicherten Unfalles übernommen.

§ 15. Wo gilt die Versicherung?

Die Versicherung gilt auf der ganzen Erde.

§ 16. Wann gilt die Versicherung?

Versichert sind Unfälle, die während der Laufzeit dieser Zusatzversicherung eingetreten sind.

§ 17. Was ist ein Unfall?

(1) Unfall ist ein vom Willen der versicherten Person unabhängiges Ereignis, das plötzlich von außen mechanisch oder chemisch auf seinen Körper einwirkt und eine körperliche Schädigung oder den Tod nach sich zieht.

(2) Als Unfall gelten auch folgende vom Willen der versicherten Person unabhängige Ereignisse:

- a) Ertrinken, Verbrennungen, Verbrühungen, Einwirkungen von Blitzschlag oder elektrischem Strom;
- b) Einatmen von Gasen oder Dämpfen, Einnehmen von giftigen oder ätzenden Stoffen, es sei denn, dass diese Einwirkungen allmählich erfolgen;

(3) Krankheiten gelten nicht als Unfälle, übertragbare Krankheiten auch nicht als Unfallfolgen. Dies gilt nicht für Kinderlähmung, die durch Zeckenbiss übertragene Frühsommer-Meningoencephalitis und eine Meningopolyneuritis aufgrund einer durch Zeckenbiss ausgelösten Borrelioseerkrankung im Rahmen der Bestimmungen des § 18 sowie für Wundstarrkrampf und Tollwut, verursacht durch einen Unfall gemäß Absatz 1.

(4) Unfälle als Folge eines Herzinfarktes, Schlaganfalles oder Bewusstseinsstörungen sind mitversichert. Ein Herzinfarkt oder Schlaganfall gelten jedoch in keinem Fall als Unfallfolge.

(5) Der Versicherungsschutz bezieht sich auch auf Unfälle der versicherten Person als Fluggast in Motorflugzeugen, welche für die Verwendung zur Personenbeförderung zugelassen sind.

Als Fluggast gilt, wer weder mit dem Betrieb des Luftfahrzeuges in ursächlichem Zusammenhang steht oder Besatzungsmitglied ist, noch mittels des Luftfahrzeuges eine berufliche Betätigung ausübt.

§ 18. Welche Leistungen sind bei Kinderlähmung und Erkrankung durch Zeckenbiss vereinbart?

(1) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf die Folgen der Kinderlähmung sowie auf die Folgen der durch Zeckenbiss übertragenen Frühsommer-Meningoencephalitis und einer Meningopolyneuritis nach einer durch Zeckenbiss übertragenen Borreliose, wenn die Erkrankung serologisch festgestellt und frühestens 15 Tage nach Beginn, jedoch spätestens 15 Tage nach Erlöschen der Versicherung zum Ausbruch kommt.

(2) Als Krankheitsbeginn (Zeitpunkt des Versicherungsfalles) gilt der Tag, an dem erstmals ein Arzt wegen der als Kinderlähmung, Frühsommer-Meningoencephalitis oder Meningopolyneuritis diagnostizierten Krankheit zu Rate gezogen wurde.

§ 19. Wer kann nicht versichert werden?

(1) Unversicherbar und jedenfalls nicht versichert sind Personen, die dauernd vollständig arbeitsunfähig oder von schwerem Nervenleiden befallen sind sowie Geisteskranke.

Vollständige Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn dem Versicherten infolge Krankheit oder Gebrechen nach medizinischen Gesichtspunkten die Ausübung einer Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann und auch tatsächlich keine Erwerbstätigkeit vorliegt.

(2) Hinsichtlich einer unversicherbaren Person kommt ein Versicherungsvertrag nicht zustande.

Wenn der Versicherte während der Laufzeit des Versicherungsvertrages unversicherbar geworden ist, erlischt der Versicherungsschutz. Gleichzeitig endet der Vertrag für diesen Versicherten.

§ 20. Welche Unfälle sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen?

Ausgeschlossen von der Versicherung sind Unfälle

- (1) bei der Benützung von Luftfahrtgeräten und bei Fallschirmabsprüngen sowie bei der Benützung von Luftfahrzeugen, soweit sie nicht unter die Bestimmung des § 17 Absatz 5 fällt;
- (2) die bei Beteiligung an motorsportlichen Wettbewerben, bei denen es auf die Erzielung einer Höchstgeschwindigkeit ankommt, und den dazugehörigen Trainingsfahrten entstehen;
- (3) die beim Versuch oder Begehung gerichtlich strafbarer Handlungen durch den Versicherten eintreten, für die Vorsatz Tatbestandsmerkmal ist;
- (4) die unmittelbar oder mittelbar mit Kriegseignissen jeder Art zusammenhängen;
- (5) durch innere Unruhen, wenn der Versicherte daran auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;
- (6) die mittelbar oder unmittelbar
 - durch den Einfluss ionisierender Strahlen im Sinne des Strahlenschutzgesetzes in der jeweils geltenden Fassung,
 - durch Kernenergie verursacht werden;
- (7) die der Versicherte infolge einer Bewusstseinsstörung erleidet oder infolge einer wesentlichen Beeinträchtigung seiner psychischen Leistungsfähigkeit durch Alkohol, Suchtgifte oder Medikamente;
- (8) durch körperliche Schädigung bei Heilmaßnahmen und Eingriffen, die die versicherte Person an ihrem Körper vornimmt oder vornehmen lässt, soweit nicht ein Versicherungsfall hierzu der Anlass war; soweit ein Versicherungsfall der Anlass war, findet Absatz 6 keine Anwendung.

Als Obliegenheit, deren Verletzung die Leistungsfreiheit des Versicherers gemäß § 6 Absatz 2 Versicherungsvertragsgesetz bewirkt, wird bestimmt, dass die versicherte Person als Lenker eines Kraftfahrzeuges in jedem Fall die kraftfahrrechtliche Berechtigung besitzt, die für das Lenken des Fahrzeuges auf Strassen mit öffentlichem Verkehr vorgeschrieben ist; dies gilt auch dann, wenn das Fahrzeug nicht auf Strassen mit öffentlichem Verkehr gelenkt wird.