

Bedingungen für die Zusatzversicherung "Prämienübernahme im Krankheitsfall, bei Elternkarenz und Familienhospizkarenz sowie Unfall-Assistanceleistungen"

LEISTUNGEN DES VERSICHERERS BEI PRÄMIENÜBERNAHME

§ 1. Wie wird die Leistung bei Prämienübernahme berechnet?

Für jeden Tag, an dem Anspruch auf Prämienübernahme besteht, wird ein Dreihundertfünfundsechzigstel der vertraglichen Jahresprämienleistung (innerhalb des Versicherungsjahres, in das dieser Tag fällt) von der DONAU Versicherung AG Vienna Insurance Group übernommen. Die Prämienübernahme umfasst auch die Versicherungssteuer und im Falle unterjähriger Prämienzahlung den Unterjährigkeitszuschlag. Die jeweilige Prämienübernahme erstreckt sich nicht auf die für eine Vorauszahlung zu entrichtenden Zusatzprämien.

PRÄMIENÜBERNAHME IM KRANKHEITSFALL

§ 2. Welche Voraussetzungen gelten für die Prämienübernahme?

Wird die versicherte Person durch Krankheit oder Unfall vollständig arbeitsunfähig, so werden vom Tage an, der auf eine 42-tägige ununterbrochene Arbeitsunfähigkeit folgt, die Prämien für die weitere Dauer der Arbeitsunfähigkeit von der DONAU Versicherung AG Vienna Insurance Group übernommen.

§ 3. 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.

§ 4. Wann entsteht kein Anspruch auf Prämienübernahme?

Kein Anspruch auf Prämienübernahme entsteht bei nur teilweiser Arbeitsunfähigkeit. Ebenso entsteht kein Anspruch auf Prämienübernahme, 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.

§ 5. Wie müssen Sie den Anspruch auf Prämienübernahme nachweisen?

Innerhalb von vier Wochen nach Ablauf der 42-tägigen 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, hervorgehen. Bei Verletzung dieser Obliegenheit sind wir gemäß § 6 Abs. 3 Versicherungsvertragsgesetz leistungsfrei.

§ 6. 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.

§ 7. 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 Prämienübernahme rückwirkend auf das Ende jenes Zeitraums, für den die Arbeitsunfähigkeit vorschriftsmäßig nachgewiesen wurde. Zuviel bezogene Leistungen müssen rückerstattet werden.

§ 8. Umfang des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherungsschutz besteht grundsätzlich unabhängig davon, auf welcher Ursache der Versicherungsfall beruht.
- (2) Wird Österreich von einer nuklearen, biologischen, chemischen oder durch Terrorismus ausgelösten Katastrophe betroffen oder in kriegerische Ereignisse verwickelt, besteht bei dadurch verursachten Versicherungsfällen kein Versicherungsschutz.
- (3) Für Folgen aufgrund Teilnahme an Aufruhr/Aufstand auf Seiten der Aufrührer/Aufständischen oder für unmittelbare oder mittelbare Folgen kriegerischer Ereignisse außerhalb Österreichs, besteht ebenfalls kein Versicherungsschutz.
- (4) Ohne besondere Vereinbarung besteht weiters kein Versicherungsschutz für Folgen aufgrund
 - a) Ausübung einer Tätigkeit als Sonderpilot (z.B. Drachenflieger, Ballonfahrer, Paragleiter, Fallschirmspringer), Hubschrauberpilot oder Pilot mit Sonderaufgaben (z.B. Agrar-, Test-, Militärflug)
 - b) Ausübung einer gefährlichen Berufs- oder Freizeittätigkeit (z.B. ungesichertes Klettern, Bergsteigen außerhalb Europas, Tauchen tiefer als 40 Meter, Eis- od. Höhlentauchen)
 - c) Teilnahme an Geschwindigkeits-Wettfahrten oder zugehörigen Trainingsfahrten in einem Land-, Luft- oder Wasserkraftfahrzeug.

ANHANG 503

Seite 2 von 4

PRÄMIENÜBERNAHME BEI ELTERNKARENZ

§ 9. Welche Voraussetzungen gelten für die Prämienübernahme?

- (1) Sofern die versicherte Person aus Anlass der Geburt eines Kindes einen gesetzlichen Anspruch auf Karenz hat, übernimmt die DONAU Versicherung AG Vienna Insurance Group für die Dauer der nachweislich in Anspruch genommenen Karenzzeit, längstens jedoch für 540 Tage, die Prämienzahlung.
- (2) Wir leisten auch, wenn der zweite Elternteil, der nicht versicherte Person aus dieser Zusatzversicherung ist, aus Anlass der Geburt des Kindes einen gesetzlichen Anspruch auf Karenz hat und nachweislich einen Teil der Karenzzeit in Anspruch nimmt. Voraussetzung ist, dass die versicherte Person aus Anlass der Geburt des Kindes bereits mindestens 180 Tage Karenz in Anspruch genommen hat. Insgesamt übernimmt die DONAU Versicherung AG Vienna Insurance Group vom Zeitpunkt der Geburt an längstens jedoch für die Dauer von 540 Tagen die Prämienzahlung.
- (3) Die Geburt ist unter Vorlage einer amtlichen Bescheinigung nachzuweisen. Mehrlingsgeburten begründen nur einen Leistungsanspruch. Bei einer weiteren Geburt eines Kindes während des Prämienübernahmezeitraumes, die erneut einen gesetzlichen Anspruch auf Karenz begründet, beginnt der Zeitraum von 540 Tagen ab dem Geburtstag neu zu laufen.
- (4) Ist die versicherte Person nicht unselbständig erwerbstätig und wird Mutter bzw. Vater eines lebenden Kindes, übernimmt die DONAU Versicherung AG Vienna Insurance Group vom Zeitpunkt der Geburt an pauschal für die Dauer von 450 Tagen die Prämienzahlung. Die Geburt ist unter Vorlage einer amtlichen Bescheinigung nachzuweisen. Mehrlingsgeburten begründen nur einen Leistungsanspruch. Bei einer weiteren Geburt eines lebenden Kindes während des Prämienübernahmezeitraumes beginnt der Zeitraum von 450 Tagen ab dem Geburtstag neu zu laufen.
- (5) Nimmt die versicherte Person ein Kind, welches den 18. Lebensmonat noch nicht vollendet hat, an Kindes Statt an, übernimmt die DONAU Versicherung AG Vienna Insurance Group vom Zeitpunkt der Übernahme des Kindes an für die Dauer von 450 Tagen die Prämienzahlung. Nimmt die versicherte Person ein Kind, welches den 18. Lebensmonat, nicht jedoch das siebente Lebensjahr vollendet hat, an Kindes Statt an, übernehmen wir vom Zeitpunkt der Übernahme des Kindes an für die Dauer von 180 Tagen die Prämienzahlung. Der Leistungsanspruch ist durch den Adoptionsvertrag nachzuweisen. Mehrfache Adoptionen begründen nur einen Leistungsanspruch. Bei einer weiteren Adoption eines Kindes während des Prämienübernahmezeitraumes beginnt der Zeitraum, für den die DONAU Versicherung AG Vienna Insurance Group die Prämienzahlung übernimmt, ab dem Zeitpunkt der Übernahme des Kindes neu zu laufen.

§ 10. Wann entsteht kein Anspruch auf Prämienübernahme?

- (1) Eine Prämienübernahme durch die DONAU Versicherung AG Vienna Insurance Group nach § 9 Absatz 1 bis 4 gilt nicht für Kinder, die vor oder innerhalb von 24 Monaten nach Inkrafttreten oder Wiederherstellung des Versicherungsschutzes geboren werden. Bei einem Antrag auf Erhöhung ist von dieser Regelung nur der Erhöhungsteil betroffen.
- (2) Prämienübernahme nach § 9 Absatz 5 gilt nicht für Verträge oder Vertragsteile, wenn die versicherte Person zum Zeitpunkt der Stellung eines Antrages auf Vertragsabschluss oder Wiederherstellung des Versicherungsschutzes bereits in eine Warteliste des Jugendamtes oder einer sonstigen vergleichbaren Liste zur Adoption eines Kindes eingetragen ist. Bei einem Antrag auf Erhöhung ist von dieser Regelung nur der Erhöhungsteil betroffen.
- (3) Rückverrechnung der Leistung bei Storno der Zusatzversicherung, Rückkauf, Prämienfreistellung oder Reduktion der Hauptversicherung: Ist der Versicherungsvertrag nach Inanspruchnahme der Leistung gemäß § 9 nicht für einen Zeitraum von mindestens 48 Monaten prämienpflichtig in Kraft und wird die Zusatzversicherung ausgeschlossen, der Vertrag rückgekauft, prämienfrei gestellt oder reduziert, wird die gemäß § 9 erbrachte Leistung der Deckungsrückstellung gegengerechnet.

PRÄMIENÜBERNAHME BEI FAMILIENHOSPIZKARENZ

§ 11. Welche Voraussetzungen gelten für die Prämienübernahme?

- (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), übernimmt die DONAU Versicherung AG Vienna Insurance Group für die Dauer der nachweislich in Anspruch genommenen Karenzzeit, längstens jedoch für 180 Tage, die Prämienzahlung.
- (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.

UNFALL ASSISTANCE - LEISTUNGEN

§ 12. 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 100,-- am Tag und das für einen Zeitraum von sechs Wochen ab dem Unfalltag.

ANHANG 503

Seite 3 von 4

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 100,--) pro Tag ein Betrag bis zu EUR 50,-- 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 1.000,-- ersetzt.

(7) Weiters werden die Kosten einer einmaligen Rechtsberatung über die rechtlichen Auswirkungen eines versicherten Unfalles übernommen.

§ 13. Wo gilt die Versicherung?

Die Versicherung gilt auf der ganzen Erde.

§ 14. Wann gilt die Versicherung?

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

§ 15. 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 § 16 sowie für Wundstarrkrampf und Tollwut, verursacht durch einen Unfall gemäß Abs. 1.

(4) Unfälle als Folge eines Herzinfarktes oder Schlaganfalles 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 Verwendungsart 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.

§ 16. 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.

§ 17. 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.

§ 18. 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 diese nicht unter die Bestimmung des § 15 Abs. 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 Kriegsereignissen jeder Art zusammenhängen;

(5) durch innere Unruhen, wenn der Versicherte daran auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;

(6) die mittelbar oder unmittelbar

a) durch den Einfluss ionisierender Strahlen im Sinne des Strahlenschutzgesetzes in der jeweils geltenden Fassung,

b) 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 Abs. 6 keine Anwendung.

ANHANG 503

Seite 4 von 4

Als Obliegenheit, deren Verletzung die Leistungsfreiheit des Versicherers gemäß 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.

ALLGEMEINE BESTIMMUNGEN

§ 19. Pflichten des Versicherungsnehmers

- (1) Sie sind verpflichtet, den Antrag und die damit verbundenen Fragen wahrheitsgemäß und vollständig auszufüllen bzw. zu beantworten.
- (2) Werden Fragen unrichtig oder unvollständig beantwortet, können wir innerhalb von drei Jahren seit Abschluss, Wiederherstellung oder Änderung des Vertrages zurücktreten. Wir können den Rücktritt nur innerhalb eines Monats ab Kenntnis der Unrichtigkeit oder Unvollständigkeit der Angaben erklären. Wir können nicht vom Vertrag zurücktreten, wenn die unrichtige oder unvollständige Beantwortung nicht auf Verschulden beruht, wir von der Unrichtigkeit oder Unvollständigkeit der Angaben Kenntnis hatten oder der verschwiegene Umstand keinen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalles hatte. Bei arglistiger Täuschung können wir den Vertrag jederzeit anfechten. Wenn wir den Vertrag anfechten oder vom Vertrag zurücktreten, besteht kein Versicherungsschutz.
- (3) In dieser Zusatzversicherung ist der Versicherungsnehmer versichert, wobei dieser gleichzeitig in der Hauptversicherung versicherte Person sein muss.
- (4) Wenn Sie die **erste oder eine einmalige Prämie** nicht rechtzeitig bezahlen, sind wir leistungsfrei und können vom Vertrag zurücktreten, es sei denn Sie waren an der rechtzeitigen Zahlung ohne Verschulden verhindert. Es gilt als Rücktritt unsererseits, wenn wir die erste oder einmalige Prämie nicht innerhalb von drei Monaten vom Fälligkeitstag an gerichtlich geltend machen.
- (5) Wenn Sie eine **Folgeprämie** nicht rechtzeitig bezahlen, erhalten Sie eine schriftliche Mahnung. Bezahlen Sie den Rückstand nicht innerhalb der in der Mahnung festgesetzten Frist von mindestens zwei Wochen, können wir den Vertrag (mit sofortiger Wirkung oder im Vorhinein zum Ablauf der festgesetzten Frist) kündigen. In diesem Fall entfällt der Versicherungsschutz. Darüber hinaus besteht kein Versicherungsschutz, wenn nach Ablauf der gesetzten Frist der Versicherungsfall eintritt und Sie mit der Zahlung der Folgeprämie in Verzug sind, es sei denn, dass Sie an der rechtzeitigen Zahlung ohne Verschulden verhindert waren.

§ 20. Dauer der 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.

§ 21. 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.