

ALLGEMEINE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN FÜR DIE AUSLANDSREISE- KRANKENVERSICHERUNG MIT SOS-RÜCKHOLDIENST

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

§ 1 VERSICHERUNGSNEHMER UND VERSICHERTE PERSON.

- 1) Versichert werden können nur Personen bis zur Vollendung des 75. Lebensjahres, 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) Anträge auf Abschluss einer Versicherung nach dem vorliegenden Tarif können ohne Angabe von Gründen abgelehnt werden.

§ 2 PRÄMIE.

Der Versicherungsnehmer hat die Einmalprämie oder, wenn laufende Prämien vereinbart sind, die erste Prämie sofort nach Abschluss der Versicherung gegen Aushändigung des Versicherungsscheines zu zahlen, Folgeprämien zu den vereinbarten Zahlungsterminen. Die Prämien ergeben sich aus dem Versicherungsnehmer vom Versicherer ausgefolgten Merkblatt.

§ 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 mittels eingeschriebenen Briefes zu kündigen. Besteht die Versicherung als Zusatztarif, richtet sich das Versicherungsjahr nach dem Versicherungsjahr des Haupttarifes. Sie endet spätestens mit Ende des Haupttarifes.
- 2) Versicherungsschutz besteht 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. Der Versicherungsschutz endet jedoch jedenfalls 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, deren Staatsbürgerschaft(en) der Versicherte gegebenenfalls besitzt.

§ 4 LEISTUNGEN DES VERSICHERERS.

- 1) Der Versicherer ersetzt nach Maßgabe der Absätze 2 bis 4 Kosten, die dem Versicherten durch die während der Dauer des Versicherungsschutzes durchgeführte, unaufschiebbare Behandlung von Krankheitszuständen und Unfallfolgen entstehen, die akut während eines versicherten Auslandsaufenthaltes (§ 3, Absatz 2) auftreten. Solchen Krankheitszuständen und Unfallfolgen sind während des Auslandsaufenthaltes 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.
- 2) Die Kosten stationärer Behandlungen operativer und nicht operativer Art in Spitälern und Sanatorien einschließlich der Kosten des Transports in die nächstgelegene Krankenanstalt, sowie die Arztkosten für Behandlungen außerhalb einer Krankenanstalt werden zu 90 Prozent ersetzt, sofern ein Anspruch auf Kostenersatz aus der Sozialversicherung nicht besteht. Besteht Anspruch auf teilweisen Ersatz dieser Kosten aus der Sozialversicherung, so wird der die Sozialversicherungsleistungen übersteigende Teil der Kosten ersetzt.
- 3) Entstehen im Zusammenhang mit einem Unfallereignis Bergungskosten, besteht Anspruch auf Kostenersatz zu 90 Prozent, höchstens EUR 4.000,--. Für Transporte zur Weiterbehandlung in einem Krankenhaus in Wohnortnähe mittels eines Sanitätsfahrzeuges innerhalb Österreichs wird Kostenersatz zu 90 Prozent, höchstens EUR 1.500,-- geleistet. 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) Entstehen einem Versicherten für die Heimreise infolge einer Krankheit oder eines Unfalles 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 Prozent.
- 5) Geldleistungen des Versicherers werden im Inland in EURO erbracht. Als Umrechnungskurs ist der Devisenmittelkurs der Wiener Börse im Zeitpunkt der Zahlung zugrunde zu legen.

- 6) SOS-Rückholdienst:
Der Versicherer übernimmt zu 100 Prozent die Mehrkosten
- einer Heimreise des erkrankten oder verletzten Versicherten gemäß Absatz 4,
 - der nach den Umständen kostengünstigsten Heimreise der mitversicherten Familienangehörigen des erkrankten oder verletzten Versicherten,
 - der Überführung eines während eines versicherten Auslandsaufenthaltes verstorbenen Versicherten zu seinem früheren Wohnort, sofern der Krankentransport oder die Überführung von einem dazu berechtigten Unternehmen vermittelt wird. Die zur Vermittlung des SOS-Rückholdienstes berechtigten Unternehmen sind in dem Versicherungsnehmer vom Versicherer ausgefolgten jeweils gültigen Merkblatt genannt.
- 7) Ein gemäß dem jeweils gültigen 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.

§ 5 HAFTUNGSAUSSCHLÜSSE.

Die Leistungspflicht des Versicherers erstreckt sich nicht auf

- Heilbehandlungen einschließlich Transportkosten, wenn sie der alleinige Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Reise waren;
- 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);
- Unfälle, die durch aktive Teilnahme an sportlichen Wettbewerben und Wettkämpfen (Leichtathletik ausgenommen) entstehen.
- Unfälle, die der Versicherte bei der Begehung von nach österreichischem Recht gerichtlich strafbaren Handlungen erleidet, für die Vorsatz Tatbestandsmerkmal ist;
- Erkrankungen und Unfälle infolge Missbrauchs von Alkohol oder Suchtgiften.

§ 6 GELTENDMACHUNG VON ANSPRÜCHEN.

- Ansprüche des Versicherten auf Leistungen des Versicherers gemäß § 4, Absatz 1 bis 4 sind spätestens innerhalb eines Monats nach Beendigung des Auslandsaufenthaltes unter Vorlage der quitierten Originalrechnungen, einer Bestätigung des Krankenhauses über den stationären Aufenthalt und der zum Nachweis von Bergungs- oder Heimfahrtkosten notwendigen Belege (bahn-, polizei-, gemeindeamtliche Bestätigung usw.) geltend zu machen. Die Arzt-, Krankenhausrechnungen und Krankenhausaufenthaltsbestätigungen müssen den Namen und die Geburtsdaten des Versicherten, die Krankheitsbezeichnung und die Art der Behandlung enthalten. Die Notwendigkeit von Krankentransporten ist durch ärztliche Befunde zu belegen. Alle Rechnungen und Belege werden Eigentum des Versicherers.
- Ansprüche des Versicherten auf Leistungen des Versicherers gemäß § 4, Absatz 6 und 7 sind unter Beachtung der Bestimmungen des jeweils gültigen 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 ÄRZTLICHE AUSKÜNFTE.

Die Versicherten ermächtigen den Versicherer, bei Dritten (Ärzten, Spitälern usw.) alle von ihm für erforderlich erachteten Auskünfte einzuholen; sie sind verpflichtet, dem Versicherer entsprechende schriftliche Ermächtigungserklärung zu geben.

§ 9 PRÄMIENRÜCKGEWÄHR (GEWINNBETEILIGUNG).

Ein Anspruch auf Prämienrückgewähr (Gewinnbeteiligung) besteht nicht. Diese Auslandsreise-Krankenversicherung bleibt bei der Feststellung eines allfälligen Anspruches auf Prämienrückgewähr (Gewinnbeteiligung) aus dem Haupttarif und allfälliger weiterer Tarife sowohl dem Grunde als auch der Höhe nach außer Betracht.

§ 10 ÄNDERUNGEN DER VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN; ANPASSUNG DER PRÄMIE.

- 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 Vertrages mit höchstens gleichbleibender Prämie und angemessen geänderten Leistungen anzubieten.

