

ALLGEMEINE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN FÜR DIE AUSLANDSREISE- KRANKENVERSICHERUNG MIT SOS-RÜCKHALDIENST 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 Auslandsaufhalten 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. Bis zur 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 Einzelfalles 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 Privatkankeenanstalten 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 Leistungsanspruchnahme 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 Nottfällen 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.
- 11) Es besteht – unbeschadet der übrigen Vertragsbestimmungen – Versicherungsschutz nur, soweit und solange dem keine auf die Vertragsparteien direkt anwendbaren Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Europäischen Union oder der Republik Österreich entgegenstehen. Dies gilt auch für Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos, die durch die Vereinigten Staaten von Amerika oder andere Länder erlassen werden, soweit dem nicht europäische oder österreichische Rechtsvorschriften entgegenstehen.

§ 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.