

Wofür brauchen Sie eine Jahresreiseversicherung?

Sie verreisen mehrmals pro Jahr und wollen bei jeder Reise automatisch versichert sein. Der Jahres-Reise-Schutz der Europäischen bietet Ihnen Versicherungsschutz auf allen Reisen innerhalb eines Jahres:

- Für die ersten 42 Tage jeder Reise weltweit – für Weltreisen, Wochenendtrips, Tagesausflüge usw.
- Urlaubs- und Geschäftsreisen
- Auto-, Bus-, Bahn-, Flug- und Schiffsreisen

Aus welchen Varianten können Sie wählen?

Der Jahres-Reise-Schutz wird in sechs unterschiedlichen Kombinationen der Module STORNO, UNFALL&KRANKEN und GEPÄCK angeboten.

	Einzel	Paar	Familie
Storno	€ 49,-	€ 98,-	€ 118,-
Storno + Gepäck	€ 59,-	€ 118,-	€ 138,-
Storno + Unfall&Kranken	€ 89,-	€ 178,-	€ 198,-
Unfall&Kranken	€ 39,-	€ 78,-	€ 88,-
Unfall&Kranken + Gepäck	€ 49,-	€ 98,-	€ 118,-
Storno + Unfall&Kranken + Gepäck	€ 99,-	€ 198,-	€ 228,-

Altersgrenze: 70. Lebensjahr

Familie: bis zu 7 Personen, davon maximal 2 Erwachsene

Als Versicherungsperiode gilt der Zeitraum eines Jahres. Wenn der Versicherungsvertrag nicht spätestens ein Monat vor Ablauf von einem der Vertragspartner schriftlich gekündigt wird, erneuert sich der Versicherungsvertrag für ein weiteres Jahr.

Leistungen im Detail

STORNO	Reisestorno	pro Person	pro Familie
	1. Stornokostenersatz bei Nichtantritt der Reise	bis € 1.000,-	bis € 2.000,-
	Reiseabbruch	pro Person	pro Familie
	2. Ersatz der gebuchten, nicht genutzten Reiseleistungen	bis € 1.000,-	bis € 2.000,-
3. Ersatz der zusätzlichen Rückreisekosten	bis € 1.000,-	bis € 2.000,-	
Fahrt-/Flugversäumnis	pro Person	pro Familie	
	4. Versäumen des Transportmittels bei der Abreise: Ersatz der Mehrkosten für Nächtigung, Verpflegung und Fahrt	bis € 200,-	bis € 400,-

GEPÄCK	Reisegepäck	pro Person	pro Familie
	5. Ersatz bei Beschädigung, Diebstahl, Vernichtung oder Abhandenkommen von Reisegepäck	bis € 1.000,-	bis € 2.000,-
	6. Notwendige Ersatzkäufe bei verspäteter Gepäckaushandlung am Reiseziel	bis € 100,-	bis € 200,-
	7. Hilfe und Kostenersatz für die Wiederbeschaffung von Reisedokumenten	bis € 100,-	bis € 200,-
8. Soforthilfe und Vorschuss bei Raub, Diebstahl oder Verlust von Reisezahlungsmitteln	bis € 750,-	bis € 1.500,-	

UNFALL&KRANKEN	Invalidität nach Unfall	€ 40.000,-
	9. Entschädigung für dauernde Invalidität ab 50 %	€ 40.000,-
	Suche und Bergung	bis € 40.000,-
	10. Such- und Bergungskosten bei Unfall, Berg- oder Seenot	bis € 40.000,-
	Medizinische Leistungen im Ausland	bis 100 %
	11. Ambulante Behandlung	Selbstbehalt € 40,- pro Person & Schadensfall
	12. Stationäre Behandlung oder wahlweise Krankenhaustaggeld (für max. 30 Tage)	bis € 220.000,- € 50,-
	13. Medikamententransport	bis 100 %
	14. Krankenbesuch, wenn der Krankenhausaufenthalt länger als 5 Tage dauert	Hin-/Rückreise bis 100 % Nächtigung bis € 300,-
	15. Transport ins nächstgelegene Krankenhaus/Verlegungstransport	bis 100 %
	16. Heimtransport bei medizinischer Notwendigkeit (inkl. Ambulanzjet)	bis 100 %
17. Ehestmögliche Rückreise nach 3 Krankenhausaufenthaltstagen, auch ohne medizinische Notwendigkeit (exkl. Ambulanzjet)	bis 100 %	
18. Heimreise einer mitversicherten Person	bis 100 %	
19. Kinderrückholung	bis € 3.700,-	
20. Nächtigungskosten für einen Mitreisenden	bis € 375,- (pro Tag bis € 75,-)	
21. Überführung im Todesfall oder Begräbnis am Ereignisort	bis 100 %	
Maximalleistung für 11. bis 21. bei Akutwerden chronischer oder bestehender Leiden	bis € 36.500,-	

Dem Versicherungsschutz zugrunde liegende Bedingungen **ERV-JRVB 2006**

Die Versicherungssummen „pro Person“ gelten in den Varianten „Einzel“ / „Paar“ pro Person.
Die Versicherungssummen „pro Familie“ gelten in der Variante „Familie“ für alle versicherten Personen gemeinsam.
Die angeführten Versicherungssummen stellen die Höchstleistung für alle Versicherungsfälle innerhalb eines Versicherungsjahres dar.

Als Vertragsgrundlage gelten die EUROPÄISCHEN Reiseversicherungsbedingungen ERV-JRVB 2006 – diese erhalten Sie auf Wunsch von Ihrem Reisebüro, vom Service Center der Europäischen (Tel. +43/1/317 25 00-73930, E-Mail: info@europaeische.at) oder im Internet auf www.europaeische.at. Alle Versicherungsleistungen, mit Ausnahme jener für dauernde Invalidität aus der Reiseunfallversicherung, sind subsidiär. Bei den Leistungen 11, 12, 13 und 15 kommt, sofern von der Sozialversicherung kein Kostenersatz erfolgt, ein Selbstbehalt von 20 % zur Anwendung. Für Reisen, die vor Versicherungsbeginn gebucht worden sind, beginnt der Versicherungsschutz der Leistungen 1, 2 und 3 erst am 10. Tag nach Versicherungsbeginn (ausgenommen Todesfall, Unfall oder Elementarereignis wie in Art. 14 der ERV-JRVB 2006 beschrieben). Auf den Versicherungsvertrag ist österreichisches Recht anzuwenden. Mit Unterfertigung des Antrages erklärt sich der Antragsteller mit den angeführten Bestimmungen und Versicherungsbedingungen einverstanden.

Welche Personen können versichert werden?

Voraussetzung für den Versicherungsschutz ist ein ordentlicher Wohnsitz der versicherten Personen in Österreich.

Einzel: Die Einzelprämie gilt für 1 Person.

Paar: Die Paarprämie gilt für 2 Personen.

Familie: Die Familienprämie gilt für bis zu 7 Personen, davon maximal 2 Erwachsene (18. Geburtstag vor Beginn des Versicherungsjahres).

Der Versicherungsschutz erlischt für alle in der Police namentlich genannten Personen mit Ablauf des Versicherungsjahres, in dem mehr als zwei versicherte Personen das 18. Lebensjahr vollendet haben.

Für die Varianten „Paar“ und „Familie“ gilt: Diese Personen müssen nicht miteinander verwandt sein. Ein gemeinsamer Wohnsitz ist nicht Voraussetzung. Die versicherten Personen können getrennt voneinander oder auch gleichzeitig in verschiedene Destinationen reisen.

Altersgrenze: Es gilt eine Altersgrenze von 70 Jahren.

Der Versicherungsschutz erlischt für alle in der Police namentlich genannten Personen mit Ablauf des Versicherungsjahres, in dem eine der versicherten Personen das 70. Lebensjahr vollendet.

Wo und wann besteht Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz gilt **weltweit**, jeweils maximal für die **ersten 42 Tage jeder Reise**. Als Reise gilt das Verlassen des Wohnortes, Zweitwohnortes oder Ortes der Arbeitsstätte bis zur Rückkehr dorthin. Fahrten zwischen den vorgenannten Orten fallen nicht unter den Versicherungsschutz.

Versicherte Gründe für Reisestorno / Reiseabbruch

Versicherte Reisestorno-/Reiseabbruchgründe sind folgende Ereignisse, wenn Sie aufgrund dieser die Reise unerwartet nicht antreten können oder abbrechen müssen:

- plötzlich eintretende schwere Erkrankung, schwere gesundheitliche Unfallfolgen, Impfunverträglichkeit oder Tod (Bestehende Leiden sind versichert, wenn sie unerwartet akut werden);
- Tod eines Familienangehörigen, wenn dadurch Ihre Anwesenheit am Heimatort dringend erforderlich ist;
- Schwangerschaft, wenn diese erst nach Reisebuchung festgestellt wurde;
- schwere Schwangerschaftskomplikationen;
- bedeutender Sachschaden an Ihrem Eigentum am Wohnort infolge Elementarereignis (z.B. Feuer) oder Straftat eines Dritten, wenn dadurch Ihre Anwesenheit dringend erforderlich ist;
- unverschuldeter Verlust des Arbeitsplatzes infolge Kündigung durch den Arbeitgeber;
- Einberufung zum Grundwehr- oder Zivildienst;
- Einreichung der Scheidungsklage (bei einvernehmlicher Trennung der dementsprechende Antrag);
- Nichtbestehen der Reifeprüfung oder einer gleichartigen Abschlussprüfung einer mindestens 3-jährigen Schulausbildung;
- Eintreffen einer unerwarteten gerichtlichen Vorladung.

Einschränkungen des Versicherungsschutzes

Reisestorno / Reiseabbruch

Kein Versicherungsschutz besteht, wenn der Reisestorno- oder Reiseabbruchgrund in Zusammenhang steht mit folgenden Erkrankungen oder Behandlungen der versicherten Personen:

- generell bei psychischen Erkrankungen (nur erstmaliges Auftreten ist versichert), Dialyse, Organtransplantationen, Aids und Schizophrenie;
- Herzerkrankungen, Schlaganfall, Krebsleiden, Diabetes (Typ 1), Epilepsie und Multiple Sklerose; wenn diese innerhalb der letzten 12 Monate vor Buchung der Reise (Reisestorno) bzw. Reiseantritt (Reiseabbruch) stationär behandelt wurden.

Medizinische Leistungen im Ausland

Kein Versicherungsschutz besteht in Zusammenhang mit folgenden Erkrankungen oder Behandlungen der versicherten Personen:

- generell bei Dialyse, Organtransplantationen, Aids und Schizophrenie;
- Herzerkrankungen, Schlaganfall, Krebsleiden, Diabetes (Typ 1), Epilepsie, Multiple Sklerose und psychischen Erkrankungen; wenn diese innerhalb der letzten 12 Monate vor Reiseantritt stationär behandelt wurden.

Chronische Krankheiten und bestehende Leiden sind versichert, wenn sie unerwartet akut werden und nicht aus oben genannten Gründen vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind. In diesen Fällen sowie bei Unfallfolgen, die in den letzten 12 Monaten vor Reiseantritt behandelt wurden oder behandlungsbedürftig waren, werden die Kosten bis zur Versicherungssumme für Akutwerden chronischer und bestehender Leiden ersetzt.

Was ist im Schadensfall zu tun?

Bitte informieren Sie uns so rasch wie möglich über den Versicherungsfall. Beachten Sie dabei die unten angeführten Bestimmungen.

Reisestorno: Wenn Sie die Reise nicht antreten können, stornieren Sie bitte unverzüglich bei der Buchungsstelle (z.B. Reisebüro) und verständigen Sie gleichzeitig das Service Center der Europäischen (per Fax, Post, E-Mail oder im Internet).

Geben Sie dabei folgende Daten bekannt: Vor- und Zuname, Adresse, Reisettermin, Stornodatum und -grund, Buchungsbestätigung und Versicherungsnachweis.

Bei Reiseunfähigkeit aus medizinischen Gründen lassen Sie sich bitte ein detailliertes ärztliches Attest/Unfallbericht ausstellen – verwenden Sie dazu das Formular „Schadenmeldung für die Reisestorno-Versicherung“. Legen Sie die Krankmeldung bei der Sozialversicherung bei.

Reiseabbruch: Melden Sie sich bitte unverzüglich unter der Notrufnummer.

Bei Reiseabbruch aufgrund Erkrankung/Unfall der versicherten Person lassen Sie sich bitte am Urlaubsort ein detailliertes ärztliches Attest/Unfallbericht ausstellen.

Reisegepäck: Beschädigung, Diebstahl oder Verlust: Lassen Sie sich den Schadensfall unbedingt an Ort und Stelle schriftlich bestätigen – z.B. bei Diebstahl von der Polizei; bei Beschädigung während des Transportes vom Transportunternehmen (z.B. Fluglinie).

Ersatzkäufe bei verspäteter Gepäcksausfolgung: Lassen Sie sich die Verspätung unbedingt vom Transportunternehmen (z.B. Fluglinie) bestätigen und bewahren Sie die Rechnungen für die Ersatzkäufe auf.

Verlust von Dokumenten/Zahlungsmitteln: Melden Sie sich bitte unverzüglich unter der Notrufnummer wegen Hilfestellung bzw. Vorschuss.

Suche und Bergung: Melden Sie sich bitte unverzüglich unter der Notrufnummer.

Ambulante Behandlung: Wir ersetzen Ihnen die Kosten abzüglich des Sozialversicherungsanteiles. Reichen Sie daher bitte Arzt- und Krankenhausrechnungen so rasch wie möglich bei der Sozialversicherung ein. Nach der dortigen Bearbeitung leiten Sie die Unterlagen an die Europäische weiter.

Medizinischer Notfall bzw. stationäre Behandlung: Melden Sie sich bitte unverzüglich unter der Notrufnummer. Wir beraten Sie gerne und organisieren im Notfall Ihren Heimtransport.

Wenn Ihr Krankenhausaufenthalt durch eine andere Versicherung gedeckt ist, können Sie bei Antritt der Behandlung anstelle der Bezahlung der Krankenhauskosten das Krankenhaustaggeld wählen.

**Notruf 24 Stunden täglich:
+43/1/50 444 00**

Versicherer:

Europäische Reiseversicherung AG

Kratochwjlestraße 4, A-1220 Wien

Notruf 24 Stunden täglich: +43/1/50 444 00

Service Center: Tel. +43/1/317 25 00-73930, Fax +43/1/319 93 67

E-Mail: info@europaeische.at, www.europaeische.at

Firmenbuch HG Wien FN 55418y, DVR-Nr. 0490083

Aufsichtsbehörde: FMA Finanzmarktaufsicht, Bereich: Versicherungsaufsicht, Otto-Wagner-Platz 5, A-1090 Wien

Auszug aus den EUROPÄISCHEN Reiseversicherungsbedingungen ERV-JRVB 2006 für den Jahres-Reise-Schutz

ACHTUNG: Beachten Sie, dass nur jene Teile der EUROPÄISCHEN Reiseversicherungsbedingungen ERV-JRVB 2006 gelten, die dem **Leistungsumfang** Ihres Reiseversicherungspaketes in der gewählten Variante entsprechen.

I. Allgemeiner Teil Gemeinsame Bestimmungen

Artikel 1 Versicherte Personen

Versichert sind die in der Police namentlich genannten Personen.
Beim Jahres-Reise-Schutz erlischt der Versicherungsschutz für alle in der Police namentlich genannten Personen mit Ablauf des Versicherungsjahres, in dem eine versicherte Person das 70. Lebensjahr vollendet.
Voraussetzung für den Versicherungsschutz ist ein ordentlicher Wohnsitz der versicherten Person in Österreich.
Beim Einzeltarif kann eine Person, beim Paatarif können unabhängig vom Verwandtschaftsverhältnis zwei Personen und beim Familientarif können unabhängig vom Verwandtschaftsverhältnis bis zu sieben Personen, hiervon maximal zwei Erwachsene, namentlich als versicherte Person(en) genannt werden.

Artikel 2 Zeitlicher Geltungsbereich, vorläufige Deckung

- Als Versicherungsperiode gilt, sofern nichts anderes schriftlich vereinbart wird, der Zeitraum eines Jahres.
- Die Versicherungsperiode beginnt mit dem im Antrag angegebenen Datum, frühestens jedoch um 0.00 Uhr des auf das Einlangen des Antrages beim Versicherer folgenden Tages.
- Der Versicherungsschutz gilt jeweils maximal für die ersten 42 Tage jeder Reise während der vereinbarten Versicherungsperiode (siehe auch Art. 17).
Als Reise gilt das Verlassen des Wohnortes, Zweitwohnortes oder Ortes der Arbeitsstätte bis zur Rückkehr dorthin. Fahrten zwischen den vorgenannten Orten fallen nicht unter den Versicherungsschutz.
- Der Antragsteller ist ab Einlangen seines Antrages auf dem vom Versicherer verwendeten Antragsformular beim Versicherer an diesen 14 Tage gebunden. Vor Einlösung der Police gewährt der Versicherer vorläufige Deckung.
Die vorläufige Deckung endet
 - mit Einlösung der Police,
 - wenn der Antrag unverändert angenommen wird und der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der Erstprämie schuldhaft in Verzug gerät oder
 - nach Ablauf der 14-tägigen Bindungsfrist, wenn innerhalb dieser der Antrag vom Versicherer nicht angenommen wird.Kommt der Versicherungsvertrag nicht zustande, gebührt dem Versicherer die auf die Dauer der vorläufigen Deckung entfallende anteilige Prämie.

Artikel 3 Örtlicher Geltungsbereich

Örtlicher Geltungsbereich ist weltweit (Ausnahmen: Art. 42. 7. nur in Österreich, Art. 42. 1. bis 3. nur im Ausland).

Artikel 4 Ausschlüsse

- Es besteht kein Versicherungsschutz für Ereignisse, die
 - vorsätzlich oder grob fahrlässig durch den Versicherten herbeigeführt werden. Dem Vorsatz wird gleichgehalten eine Handlung oder Unterlassung, bei welcher der Schadeneintritt mit Wahrscheinlichkeit erwartet werden muss, jedoch in Kauf genommen wird;
 - mit Kriegsereignissen jeder Art zusammenhängen;
 - durch Gewalttätigkeiten anlässlich einer öffentlichen Ansammlung oder Kundgebung entstehen, sofern der Versicherte aktiv daran teilnimmt;
 - durch Selbstmord oder Selbstmordversuch der versicherten Person ausgelöst werden;
 - bei Reisen mit Expeditionscharakter in unerschlossene oder unerforschte Gebiete eintreten;
 - aufgrund behördlicher Verfügungen hervorgerufen werden;
 - durch die Ausübung einer beruflich bedingten manuellen Tätigkeit entstehen (gilt nicht für Stornoschutz bei Nichtantritt der Reise);
 - durch den Einfluss ionisierender Strahlen im Sinne des Strahlenschutzgesetzes in der jeweils geltenden Fassung oder durch Kernenergie verursacht werden;
 - der Versicherte infolge einer wesentlichen Beeinträchtigung seines psychischen und physischen Gesundheitszustandes durch Alkohol, Suchtgifte oder Medikamente erleidet;
 - bei der Benützung von Paragleitern und Hängegleitern entstehen (gilt nicht für Stornoschutz bei Nichtantritt der Reise);
 - bei Beteiligung an motorsportlichen Wettbewerben (auch Wertungsfahrten und Rallies) und den dazugehörigen Trainingsfahrten entstehen (gilt nicht für Stornoschutz bei Nichtantritt der Reise);
 - bei der Teilnahme an Landes-, Bundes- oder internationalen Sportwettbewerben sowie am offiziellen Training für diese Veranstaltungen auftreten (gilt nicht für Stornoschutz bei Nichtantritt der Reise);
 - bei Tauchgängen entstehen, wenn der Versicherte die international gültige Berechtigung für die betreffende Tiefe des Tauchganges nicht besitzt;
 - infolge der Ausübung einer Extremsportart auftreten oder in Zusammenhang mit einer besonders gefährlichen Tätigkeit stehen, wenn diese mit einer Gefahr verbunden ist, die das normale, mit einer Reise üblicherweise verbundene Risiko bei weitem übersteigt (gilt nicht für Stornoschutz bei Nichtantritt der Reise).
- Neben diesen allgemeinen Ausschlüssen vom Versicherungsschutz sind besondere in den Artikeln 18, 28, 34 und 43 geregelt.

Artikel 5 Versicherungssumme

Beim Jahres-Reise-Schutz stellt die jeweilige Versicherungssumme die Höchstleistung für alle Versicherungsfälle innerhalb eines Versicherungsjahres dar.
Beim Familientarif gilt die jeweilige Versicherungssumme für alle versicherten Personen gemeinsam. Beim Abschluss mehrerer, sich hinsichtlich des Versicherungszeitraums überschneidender Versicherungen erfolgt keine Vervielfachung der Versicherungssummen.

Artikel 6 Prämienzahlung, Kündigung und Vertragserneuerung

- Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, die Prämie zu Beginn der Versicherungsperiode zu entrichten.
- Die Erstprämie ist vom Versicherungsnehmer innerhalb von 14 Tagen nach dem Abschluss des Versicherungsvertrages (Zugang der Police oder einer gesonderten Annahmeerklärung) und nach der Aufforderung zur Prämienzahlung zu bezahlen (Einlösung der Police). Die Folgeprämien sind zu den vereinbarten Fälligkeitsterminen zu bezahlen.
- Bei Zahlungsverzug gelten die §§ 38 bis 39a VersVG.
- Der Versicherungsvertrag kann jeweils zum Ablauf einer Versicherungsperiode unter Einhaltung einer Frist von einem Monat von beiden Vertragsparteien schriftlich gekündigt werden. Wenn vom Kündigungsrecht kein Gebrauch gemacht wird, erneuert sich der Versicherungsvertrag für ein weiteres Jahr.
- Über allfällige, mit Wirksamkeit ab der nächsten Versicherungsperiode beabsichtigte Änderungen wird der Versicherer den Versicherungsnehmer mindestens 72 Tage vor Erneuerung des Vertrages schriftlich verständigen. Macht der Versicherungsnehmer von seinem Kündigungsrecht gemäß Pkt. 4. keinen Gebrauch, gelten die Änderungen als genehmigt.
Der Versicherer wird den Versicherungsnehmer in der Verständigung auf die Änderungen sowie auf die oben angeführten Rechtsfolgen hinweisen.

Artikel 7 Obliegenheiten

- Als Obliegenheiten, deren Verletzung die Leistungsfreiheit des Versicherers gemäß § 6 VersVG bewirkt, werden bestimmt:
Der Versicherte hat
 - Versicherungsfälle nach Möglichkeit abzuwenden oder deren Folgen zu mindern und dabei allfällige Weisungen des Versicherers zu befolgen;
 - den Versicherer über den eingetretenen Versicherungsfall ehestmöglich, wahrheitsgemäß und umfassend schriftlich zu informieren, falls erforderlich auch per Telefon oder Fax;
 - nach Erhalt von Formularen, die dem Versicherer zur Schadenbearbeitung dienen, diese vollständig ausgefüllt dem Versicherer ehestmöglich zuzusenden;
 - alles ihm Zumutbare zu tun, um die Ursachen, den Hergang und die Folgen des Versicherungsfalles aufzuklären;
 - alle mit einem Versicherungsfall befassten Behörden und behandelnden Ärzte und/oder Krankenhäuser, sowie Sozial- und Privatversicherer zu ermächtigen und zu veranlassen, die vom Versicherer verlangten Auskünfte zu erteilen;
 - Schadenersatzansprüche gegen Dritte form- und fristgerecht sicherzustellen und erforderlichenfalls bis zur Höhe der geleisteten Entschädigung an den Versicherer abzutreten;
 - Schäden, die durch strafbare Handlungen verursacht worden sind, unverzüglich unter genauer Darstellung des Sachverhaltes und unter Angabe des Schadensmaßes der zuständigen Sicherheitsdienststelle anzuzeigen und sich die Anzeige bescheinigen zu lassen;
 - Beweismittel, die den Anspruch auf die Versicherungsleistung dem Grunde und der Höhe nach belegen, wie Polizeiprotokolle, Bestätigungen von Fluglinien (Meldefristen beachten), Tatbestandsaufnahmen, Arzt- und Krankenhausatteste und -rechnungen, Kaufnachweise etc., dem Versicherer im Original zu übergeben.
- Neben diesen allgemeinen Obliegenheiten sind besondere in den Artikeln 19, 29, 35 und 45 geregelt.

Artikel 8 Form von Erklärungen

Für Anzeigen und Erklärungen des Versicherten an den Versicherer ist Schriftform erforderlich.

Artikel 9 Subsidiarität

Alle Versicherungsleistungen, mit Ausnahme jener für dauernde Invalidität aus der Reiseunfallversicherung, sind subsidiär. Sie werden daher nur erbracht, soweit nicht aus anderen bestehenden Privat- oder Sozialversicherungen Ersatz erlangt werden kann.

Artikel 10 Fälligkeit der Entschädigung

- Steht die Leistungspflicht des Versicherers dem Grunde und der Höhe nach fest, ist die Entschädigungszahlung zwei Wochen danach fällig.
- Sind im Zusammenhang mit dem Versicherungsfall behördliche Erhebungen oder Verfahren eingeleitet, ist der Versicherer berechtigt, bis zu deren Abschluss mangelnde Fälligkeit einzuwenden.

Artikel 11 Abtretung und Verpfändung von Versicherungsansprüchen

Versicherungsansprüche können erst abgetreten oder verpfändet werden, wenn sie dem Grunde und der Höhe nach endgültig festgestellt sind.

Artikel 12 Rechtsverhältnis nach dem Schadensfall

- Nach dem Eintritt des Schadensfalles können sowohl der Versicherer als auch der Versicherungsnehmer den Versicherungsvertrag kündigen.
- Die Kündigung ist jederzeit, jedoch nur bis zum Ablauf eines Monats seit dem Abschluss der Verhandlungen über die Entschädigung zulässig. Der Versicherer hat eine Kündigungsfrist von einem Monat einzuhalten. Der Versicherungsnehmer kann nicht für einen späteren Zeitpunkt als den Schluss der laufenden Versicherungsperiode kündigen.
- Hat der Versicherungsnehmer einen Entschädigungsanspruch arglistig erhoben, ist der Versicherer berechtigt, den Versicherungsvertrag nach Ablehnung des Entschädigungsanspruches mit sofortiger Wirkung zu kündigen.

II. Besonderer Teil

A: Stornoschutz bei Nichtantritt oder Abbruch einer Reise

Artikel 13

Gegenstand der Versicherung

Gegenstand der Versicherung ist eine gebuchte Reise. Die folgenden auf die Reise bezogenen Bestimmungen sind sinngemäß auch auf Mietobjekte anzuwenden.

Artikel 14

Versicherungsfall

- Ein Versicherungsfall liegt vor, wenn aus einem der folgenden Gründe eine Reise nicht angetreten werden kann oder abgebrochen werden muss:
 - plötzlich eintretende schwere Erkrankung, schwere gesundheitliche Unfallfolgen, Impfunverträglichkeit oder Tod der versicherten Person.
Die Erkrankung, Impfunverträglichkeit oder Unfallfolge gilt als schwer, wenn sich daraus für die gebuchte Reise zwingend die Reiseunfähigkeit ergibt. Psychische Erkrankungen, die erstmals auftreten, sind versichert, wenn dadurch ein stationärer Spitalsaufenthalt oder eine Behandlung durch einen Facharzt der Psychiatrie erforderlich wird.
Bestehende Leiden (siehe jedoch Art. 18) sind nur dann versichert, wenn sie unerwartet akut werden;
 - Schwangerschaft der versicherten Person, wenn die Schwangerschaft erst nach der Reisebuchung festgestellt worden ist. Wurde die Schwangerschaft bereits vor Reisebuchung festgestellt, werden die Stornokosten nur übernommen, wenn schwere Schwangerschaftskomplikationen (diese müssen ärztlich bestätigt sein) auftreten;
 - Tod von Familienangehörigen, wodurch die Anwesenheit der versicherten Person am Heimatort dringend erforderlich ist.
Als Familienangehörige gelten der Ehepartner (bzw. Lebensgefährte im gemeinsamen Haushalt lebend), die Kinder (Stief-, Schwieger-, Enkel-), die Eltern (Stief-, Schwieger-, Groß-), die Geschwister der versicherten Person;
 - bedeutender Sachschaden am Eigentum der versicherten Person an seinem Wohnort infolge Elementarereignis (Feuer etc.) oder Straftat eines Dritten, der seine Anwesenheit erforderlich macht;
 - unverschuldeter Verlust des Arbeitsplatzes infolge Kündigung der versicherten Person durch den Arbeitgeber;
 - Einberufung der versicherten Person zum Grundwehr- bzw. Zivildienst, vorausgesetzt die zuständige Behörde akzeptiert die Reisebuchung nicht als Grund zur Verschiebung der Einberufung;
 - Einreichung der Scheidungsklage (bei einvernehmlicher Trennung der dementsprechende Antrag) beim zuständigen Gericht unmittelbar vor einer gemeinsamen Reise der betroffenen Ehepartner;
 - Nichtbestehen der Reifeprüfung oder einer gleichartigen Abschlussprüfung einer mindestens 3-jährigen Ausbildung durch die versicherte Person unmittelbar vor dem Reisetrip einer vor der Prüfung gebuchten, versicherten Reise;
 - Eintreffen einer unerwarteten gerichtlichen Vorladung der versicherten Person, vorausgesetzt das zuständige Gericht akzeptiert die Reisebuchung nicht als Grund zur Verschiebung der Vorladung.
- Ein Versicherungsfall liegt auch dann vor, wenn eine Reise abgebrochen werden muss, weil Unruhen aller Art, Naturkatastrophen oder Epidemien vor Ort die körperliche Sicherheit des Versicherten konkret gefährden (eine Gefährdung liegt jedenfalls dann vor, wenn das Bundesministerium für auswärtige Angelegenheiten eine Reisewarnung für das betroffene Land oder Gebiet verlaublich hat), und dadurch die Unmöglichkeit der Fortsetzung der Reise eindeutig gegeben ist.
- Der Versicherungsfall gilt für sämtliche in der Police namentlich genannten Personen.

Artikel 17

Zeitlicher Geltungsbereich

- Für Stornoleistungen beginnt der Versicherungsschutz mit Buchung einer Reise und endet mit Reiseantritt.
- Für Reiseabbruchleistungen beginnt der Versicherungsschutz mit Reiseantritt und endet mit gebuchtem Reiseende.
- Für Reisen, die vor dem Versicherungsbeginn gebucht worden sind, beginnt der Versicherungsschutz erst am 10. Tag nach Versicherungsbeginn (ausgenommen Todesfall, Unfall oder Elementarereignis wie in Art. 14 beschrieben).

Artikel 18

Ausschlüsse

Kein Versicherungsfall liegt vor, wenn

- der Reisestorno- oder Abbruchgrund in Zusammenhang steht mit einer der nachfolgenden Erkrankungen/Behandlungen der versicherten Personen: psychische Erkrankungen (siehe jedoch Art. 14, Pkt. 1.1.), Dialyse, Organtransplantationen, Aids, Schizophrenie;
- der Reisestornogrund
 - in Zusammenhang steht mit einer der nachfolgenden, innerhalb der letzten 12 Monate vor Buchung der Reise stationär behandelten Erkrankung der versicherten Personen: Herzerkrankungen, Schlaganfall, Krebsleiden, Diabetes (Typ 1), Epilepsie, Multiple Sklerose;
 - bei Buchung der Reise bereits vorgelegen hat oder voraussehbar gewesen ist.
- der Reiseabbruchgrund
 - in Zusammenhang steht mit einer im Pkt. 2.1. genannten, innerhalb der letzten 12 Monate vor Antritt der Reise stationär behandelten Erkrankung der versicherten Personen;
 - bei Antritt der Reise bereits vorgelegen hat oder voraussehbar gewesen ist.
- das Reiseunternehmen vom Reisevertrag zurücktritt;
- der vom Versicherer beauftragte Facharzt/Vertrauensarzt (siehe Art. 19, Pkt. 3.) die Reiseunfähigkeit nicht bestätigt.

Artikel 19

Obliegenheiten

Der Versicherte ist verpflichtet,

- wenn die Reise aus einem versicherten Grund nicht angetreten werden kann,
 - nach Eintritt des Versicherungsfalles die Reisebuchung bei der Buchungsstelle unverzüglich zu stornieren, um die Stornokosten möglichst niedrig zu halten;
 - unverzüglich den Versicherer unter Angabe des Stornogrundes und der Polizenznummer und unter Beilage der Buchungsbestätigung schriftlich zu verständigen;
 - bei Reiseunfähigkeit aus medizinischen Gründen der schriftlichen Meldung des Versicherungsfalles ein detailliertes ärztliches Attest/Unfallbericht und die Krankmeldung bei der Sozialversicherung beizulegen. Im Falle einer psychischen Erkrankung ist die Reiseunfähigkeit durch einen Facharzt der Psychiatrie nachzuweisen;

- wenn die Reise aus medizinischen Gründen abgebrochen werden muss, eine entsprechende Bestätigung des behandelnden Arztes vor Ort (siehe Art. 14, Pkt. 1.1.) ausstellen zu lassen;
- sich auf Verlangen des Versicherers durch einen von diesem beauftragten Facharzt/Vertrauensarzt untersuchen zu lassen;
- unverzüglich folgende Unterlagen an den Versicherer zu senden:
 - Stornokostenabrechnung
 - vollständig ausgefülltes Stornoschadenmeldeformular
 - ärztliche Bestätigung über die verordneten Medikamente
 - sonstige Beweismittel, die den Anspruch auf die Versicherungsleistung dem Grunde und der Höhe nach belegen (z.B. Mutter-Kind-Pass, Einberufungsbefehl, Scheidungsklage, Maturazeugnis, Sterbeurkunde);
- die nicht genutzten Reiseunterlagen (Tickets, Hotelgutscheine etc.) dem Versicherer auf Verlangen auszuhändigen;
- alle behandelnden Ärzte von der Schweigepflicht zu entbinden, soweit dies zur Schadenbeurteilung notwendig ist.

Artikel 20

Höhe der Entschädigungsleistung

Der Versicherer ersetzt dem Versicherten im Rahmen der jeweils genannten Versicherungssumme

- bei Reiserücktritt jene Stornokosten, die zum Zeitpunkt des Eintritts des Versicherungsfalles vertraglich geschuldet sind, und jene amtlichen Gebühren, die der Versicherte nachweislich für seine Visumerteilung bezahlen musste;
- bei Rücktritt von einem Reisearrangement mit inkludierter Stornoversicherung den Selbstbehalt bis maximal 20 % der Stornokosten;
- bei Reiseabbruch die bezahlten, aber nicht genutzten Teile der Reise (exkl. Rückreisetickets) sowie die durch die vorzeitige Rückreise entstandenen zusätzlichen Fahrtkosten. Darunter sind jene Kosten zu verstehen, die durch die Nichtverwendbarkeit oder nur teilweise Verwendbarkeit gebuchter Rückreisetickets oder sonstiger Klassen entstehen. Bei Erstattung der Rückreisekosten wird bezüglich Art und Klasse des Transportmittels auf die gebuchte Qualität abgestellt. Bei Reiseabbruch aus den in Art. 14, Pkt. 2. genannten Gründen werden nur die durch die vorzeitige Rückreise entstandenen zusätzlichen Fahrtkosten ersetzt.

C: Reisegepäckversicherung

Artikel 23

Versicherungsfall

Versicherungsfall ist die Beschädigung, die Vernichtung oder das Abhandenkommen (z.B. Raub, Diebstahl) der versicherten Gegenstände bei nachgewiesener Fremdeinwirkung.

Artikel 24

Versicherte und nicht versicherte Gegenstände sowie Voraussetzungen für den Versicherungsschutz

- Sämtliche Gegenstände (siehe jedoch Pkt. 2. und 3.), die auf Reisen für den persönlichen privaten Gebrauch üblicherweise mitgenommen oder erworben werden, sind versichert.
- Nur unter den folgenden Voraussetzungen sind versichert:
 - Schmuck, Uhren, Pelze, technische Geräte aller Art samt Zubehör (z.B. Foto-, Film-, Videogeräte, Laptops, optische Geräte, Unterhaltungselektronik, Mobiltelefone) und Sportgeräte (Fahrräder, Surfbretter, Ski etc.), wenn sie
 - in persönlichem Gewahrsam sicher verwahrt mitgeführt und beaufsichtigt werden, so dass deren Wegnahme durch Dritte ohne Überwinden eines Hindernisses nicht möglich ist;
 - einem Beherbergungsbetrieb, einer bewachten Garderobe oder einer Gepäckaufbewahrung übergeben sind;
 - sich in einem verschlossenen und versperrten Raum befinden und alle vorhandenen Sicherheitseinrichtungen (Safe, Schränke etc.) genutzt werden;
 - bestimmungsgemäß getragen bzw. benutzt werden (Sportgeräte: siehe Art. 28, Pkt. 3.).
 - In Gewahrsam eines Transportunternehmens:
Technische Geräte aller Art samt Zubehör (z.B. Foto-, Film-, Videogeräte, Laptops, optische Geräte, Unterhaltungselektronik, Mobiltelefone), Sportgeräte (Fahrräder, Surfbretter, Ski etc.), wenn sie in versperrten Behältnissen einem Transportunternehmen übergeben sind (ausgenommen Schmuck, Uhren und Pelze).
- Nicht versichert sind
 - Geld, Schecks, Kreditkarten, Wertpapiere, Fahrkarten, Urkunden und Dokumente jeder Art, Tiere, Antiquitäten, Waffen, Gegenstände mit überwiegender Kunst- oder Liebhaberwert sowie Übersiedlungsgut;
 - motorisierte Land-, Luft- und Wasserfahrzeuge, aber auch Segelflugzeuge, Hängegleiter, Paragleiter, Flugdrachen, Eissgler, Segelboote sowie deren Zubehör, Ersatzteile und Sonderausstattungen.

Artikel 25

Zusätzlicher Versicherungsschutz

Bis insgesamt 10 % der Versicherungssumme werden ersetzt:

- aufgrund verspäteter Gepäckausfolgung am Reiseziel notwendige Auslagen für erforderliche Ersatzgegenstände des persönlichen Bedarfs (gilt nicht am Heimatort);
- aufgrund eines Versicherungsfalles aufzuwendende Kosten für die Ausstellung eines auf den Namen des Versicherten ausgestellten Ersatztickets;
- aufgrund eines Versicherungsfalles aufzuwendende amtliche Gebühren für die Wiederbeschaffung von Reisepässen, Führerscheinen, Personalausweisen und Kraftfahrzeugpapieren.

Artikel 26

Versicherungsschutz in oder auf unbeaufsichtigt abgestellten Kraftfahrzeugen (-Anhängern)

- Ein Kfz (-Anhängern) gilt dann als unbeaufsichtigt abgestellt, wenn weder der Versicherte noch eine von ihm beauftragte, namentlich bekannte Vertrauensperson beim zu sichernden Kfz (-Anhängern) ständig anwesend ist. Die Bewachung eines zur allgemeinen Benutzung offen stehenden Platzes gilt nicht als Beaufsichtigung.
- Versicherungsschutz besteht für Gegenstände, wenn
 - sie sich in einem durch Metall, Hartkunststoff oder Glas fest verschlossenen und durch Verschluss gesicherten, versperrten Innen- oder Kofferraum befinden und alle vorhandenen Sicherheitseinrichtungen genutzt werden. Sie müssen im Kofferraum verwahrt werden, wenn ein solcher vorhanden und die Aufbewahrung darin möglich ist, ansonsten müssen sie von außen nicht einsehbar verwahrt werden;

- 2.2. sie in einem versperren, am Kfz montierten Behältnis aus Metall oder Hartkunststoff aufbewahrt werden oder sich auf einem versperren, unbefugt nicht ohne Gewaltanwendung abnehmbaren Dachträger befinden (Stahlschloss allein genügt nicht);
- 2.3. deren Verwahrung in Unterkunft oder Gepäckaufbewahrung nicht möglich bzw. nicht zumutbar ist, das Kfz (der Kfz-Anhänger) nachweislich nicht länger als 12 Stunden abgestellt und eine der in Pkt. 2.1. u. 2.2. genannten Voraussetzungen erfüllt ist.
3. Auf einem einspurigen Kfz muss das mitgeführte Reisegepäck in verschlossenen und versperren Behältnissen aus Metall oder Hartkunststoff aufbewahrt werden, die unbefugt nicht ohne Gewaltanwendung zu öffnen oder abzunehmen sind. Die übrigen Bestimmungen der Punkte 1. und 2. gelten sinngemäß.
4. Kein Versicherungsschutz besteht im unbeaufsichtigt abgestellten Kfz (-Anhänger) für technische Geräte aller Art samt Zubehör (z.B. Foto-, Film-, Videogeräte, Laptops, optische Geräte, Unterhaltungselektronik, Mobiltelefone), Schmuck, Uhren und Pelze.

Artikel 27

Versicherungsschutz beim Zelten oder Campieren

1. Versicherungsschutz besteht während des Zeltens oder Campierens ausschließlich auf einem offiziellen, von Behörden, Vereinen oder privaten Unternehmen eingerichteten und anerkannten, Campingplatz.
2. Für technische Geräte aller Art samt Zubehör (z.B. Foto-, Film-, Videogeräte, Laptops, optische Geräte, Unterhaltungselektronik, Mobiltelefone), Sportgeräte (Fahrräder, Surfbretter etc.), Schmuck, Uhren und Pelze besteht Versicherungsschutz, wenn sie der Campingplatzleitung zur Aufbewahrung übergeben werden oder sich in einem Kfz (-Anhänger) oder Wohnwagen befinden und die Voraussetzung des Art. 26, Pkt. 2.1. erfüllt ist.

Artikel 28

Ausschlüsse

Es besteht kein Versicherungsschutz für Ereignisse, die

1. durch die natürliche oder mangelhafte Beschaffenheit, Abnutzung, Verschleiß, mangelhafte Verpackung oder mangelhaften Verschluss der versicherten Gegenstände entstehen;
2. durch Selbstverschulden, Vergessen, Liegenlassen, Verlieren, Verlegen, Fallen-, Hängen- oder Stehenlassen, mangelhafte Verwahrung oder mangelhafte Beaufsichtigung verursacht werden;
3. bei Benutzung von Sportgeräten (Fahrräder, Surfbretter, Ski etc.) an diesen eintreten;
4. eine Folge von Versicherungsfällen darstellen.

Artikel 29

Obliegenheiten

Schäden, die in Gewahrsam eines Transportunternehmens oder Beherbergungsbetriebes eingetreten sind, hat der Versicherte diesem unverzüglich anzuzeigen und eine Bescheinigung darüber zu verlangen. Bei äußerlich nicht erkennbaren Schäden hat dies unverzüglich nach der Entdeckung zu erfolgen. Die jeweiligen Reklamations- oder Anspruchsfristen sind zu berücksichtigen.

Artikel 30

Höhe der Entschädigungsleistung

1. Im Versicherungsfall ersetzt der Versicherer bis zur vereinbarten Versicherungssumme – für zerstörte oder abhanden gekommene Gegenstände den Zeitwert; – für beschädigte reparaturfähige Gegenstände die notwendigen Reparaturkosten, höchstens jedoch den Zeitwert; – für Filme, Ton-, Datenträger und dgl. den Materialwert.
2. Als Zeitwert gilt der Neupreis der versicherten Gegenstände am Tag des Schadens abzüglich einer Wertminderung für Alter und Abnutzung. Ist eine Wiederbeschaffung nicht möglich, ist der Preis der Anschaffung von Gegenständen gleicher Art und Güte heranzuziehen.
3. Der Versicherer verzichtet auf den Einwand der Unterversicherung.

Artikel 31

Geldtransferkosten

1. Versicherungsfall
Ein Versicherungsfall liegt vor, wenn der Versicherte während der Reise in eine finanzielle Notlage gerät, weil seine Reisezahlungsmittel ohne seinen Willen abhanden gekommen sind.
2. Versicherungsleistung
2.1. Der Versicherer stellt den Kontakt zwischen dem Versicherten und dessen Hausbank her, ist bei Übermittlung eines von der Hausbank zur Verfügung gestellten Betrages behilflich und trägt die Kosten des Geldtransfers.
2.2. Ist eine Kontaktaufnahme zur Hausbank binnen 24 Stunden nicht möglich, stellt der Versicherer einen Vorschuss bis zur dafür vereinbarten Summe zur Verfügung und trägt die Kosten des Geldtransfers. Der Vorschuss wird nur gegen Empfangsbestätigung und Rückzahlungsverpflichtung gewährt.
3. Verpflichtung des Versicherten
Der Versicherte verpflichtet sich, den Vorschuss binnen zwei Wochen nach Rückkehr von der Reise, spätestens jedoch binnen zwei Monaten nach Zahlungserhalt an den Versicherer zurückzuzahlen.

D: Reiseunfall- und Heilkostenversicherung D1: Dauernde Invalidität

Artikel 32

Versicherungsfall und Versicherungsschutz

1. Versicherungsfall ist der Eintritt eines Unfalles. Der Versicherer bietet Versicherungsschutz, wenn dem Versicherten auf der Reise ein Unfall zustoßt.
2. Als Unfall gilt ein vom Willen des Versicherten unabhängiges Ereignis, das plötzlich von außen mechanisch oder chemisch auf seinen Körper einwirkt und eine körperliche Schädigung nach sich zieht.
3. Als Unfall gelten auch folgende vom Willen des Versicherten unabhängige Ereignisse: – Verbrennungen, Verbrühungen; – Einwirkungen von Blitzschlag oder elektrischem Strom; – Einatmen von Gasen oder Dämpfen, Einnehmen von giftigen oder ätzenden Stoffen, es sei denn, dass diese Einwirkungen allmählich erfolgen; – Verrenkungen von Gliedern sowie Zerrungen und Zerreißen von an Gliedmaßen und an der Wirbelsäule befindlichen Muskeln, Sehnen, Bändern und Kapseln infolge plötzlicher Abweichung vom geplanten Bewegungsablauf.
4. Krankheiten gelten nicht als Unfälle, übertragbare Krankheiten auch nicht als Unfallfolgen. Dies gilt nicht für Wundstarrkrampf und Tollwut, verursacht durch einen Unfall gemäß Pkt. 2.

Artikel 33

Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes

1. Eine Versicherungsleistung wird nur für die durch den eingetretenen Unfall hervorgerufene körperliche Schädigung erbracht.
2. Bei der Bemessung des Invaliditätsgrades wird ein Abzug in Höhe einer Vorinvalidität nur vorgenommen, wenn durch den Unfall eine körperliche oder geistige Funktion betroffen ist, die schon vorher beeinträchtigt war. Die Vorinvalidität wird nach Art. 36, Pkt. 2. bis 5. bemessen.
3. Haben Krankheiten oder Gebrechen, die schon vor dem Unfall bestanden haben, die Unfallfolgen beeinflusst, ist die Leistung entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens zu kürzen, sofern dieser Anteil mindestens 25 % beträgt.
4. Für organisch bedingte Störungen des Nervensystems wird eine Leistung nur erbracht, wenn und soweit diese Störung auf eine durch den Unfall verursachte organische Schädigung zurückzuführen ist. Seelische Fehlhaltungen (Neurosen, Psychoneurosen) gelten nicht als Unfallfolgen.
5. Für Bandscheibenhernien wird eine Leistung nur erbracht, wenn sie durch direkte mechanische Einwirkung auf die Wirbelsäule entstanden sind und es sich nicht um eine Verschlimmerung von vor dem Unfall bestandenen Krankheitserscheinungen handelt.
6. Für Bauch- und Unterleibsbrüche jeder Art wird eine Leistung nur erbracht, wenn sie durch eine von außen kommende mechanische Einwirkung direkt herbeigeführt wurden und nicht anlagenbedingt waren.

Artikel 34

Ausschlüsse

Ausgeschlossen von der Versicherung sind Unfälle

1. durch körperliche Schädigung bei Heilmaßnahmen und Eingriffen, die der Versicherte an seinem Körper vornimmt oder vornehmen lässt, soweit nicht ein Versicherungsfall hierzu der Anlass war. Soweit ein Versicherungsfall der Anlass war, findet Art. 4, Pkt. 1.8. keine Anwendung;
2. bei der Benützung von Luftfahrzeugen, ausgenommen 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;
3. beim Lenken von Land- oder Wasserfahrzeugen, wenn der Lenker die zu deren Benützung im Land des Unfalles erforderliche Lenkerberechtigung nicht besitzt.

Artikel 35

Obliegenheiten

Als Obliegenheiten, deren Verletzung die Leistungsfreiheit des Versicherers gemäß § 6 Abs. 3 VersVG bewirkt, werden bestimmt:

1. Nach dem Unfall ist unverzüglich ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen und die ärztliche Behandlung bis zum Abschluss des Heilverfahrens fortzusetzen; ebenso ist für eine angemessene Krankenpflege und nach Möglichkeit für die Abwendung und Minderung der Unfallfolgen zu sorgen.
2. Der Versicherer kann verlangen, dass sich der Versicherte durch die vom Versicherer bezeichneten Ärzte untersuchen lässt.
3. Der Versicherte hat die Ärzte und/oder Krankenanstalten, von denen er aus anderen Anlässen behandelt oder untersucht worden ist, zu ermächtigen und aufzufordern, die vom Versicherer verlangten Auskünfte zu erteilen und Berichte zu liefern.

Artikel 36

Dauernde Invalidität

1. Ergibt sich innerhalb eines Jahres vom Unfalltag an gerechnet, dass als Folge des Unfalles eine dauernde Invalidität von mindestens 50 % zurückbleibt, wird die vereinbarte Versicherungssumme gezahlt.
2. Für die Bemessung des Invaliditätsgrades gelten folgende Sätze: bei völligem Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit

– eines Armes ab Schultergelenk	70 %
– eines Armes bis oberhalb des Ellenbogengelenks	65 %
– eines Armes unterhalb des Ellenbogengelenks oder einer Hand	60 %
– eines Daumens	20 %
– eines Zeigefingers	10 %
– eines anderen Fingers	5 %
– eines Beines bis über die Mitte des Oberschenkels	70 %
– eines Beines bis zur Mitte des Oberschenkels	60 %
– eines Beines bis zur Mitte des Unterschenkels oder eines Fußes	50 %
– einer großen Zehe	5 %
– einer anderen Zehe	2 %
– der Sehkraft beider Augen	100 %
– der Sehkraft eines Auges	35 %
– sofern die Sehkraft des anderen Auges vor Eintritt des Versicherungsfalles bereits verloren war	65 %
– des Gehörs beider Ohren	60 %
– des Gehörs eines Ohres	15 %
– sofern das Gehör des anderen Ohres vor Eintritt des Versicherungsfalles bereits verloren war	45 %
– des Geruchssinnes	10 %
– des Geschmackssinnes	5 %
3. Bei teilweisem Verlust oder teilweiser Funktionsunfähigkeit der vorgenannten Körperteile oder Organe werden die Sätze des Pkt. 2. anteilig angewendet.
4. Lässt sich der Invaliditätsgrad nach Pkt. 2. nicht bestimmen, ist maßgebend, inwieweit die körperliche oder geistige Funktionsfähigkeit nach medizinischen Gesichtspunkten beeinträchtigt wurde.
5. Mehrere aus Pkt. 2. u. 4. sich ergebende Sätze werden zusammengerechnet; die Versicherungsleistung ist jedoch mit der versicherten Summe begrenzt.

Artikel 37

Feststellung der Leistung

1. Im ersten Jahr nach dem Unfall wird eine Invaliditätsleistung nur erbracht, wenn Art und Umfang der Unfallfolgen aus ärztlicher Sicht eindeutig feststehen.
2. Steht der Grad der dauernden Invalidität nicht eindeutig fest, sind sowohl der Versicherte als auch der Versicherer berechtigt, den Invaliditätsgrad jährlich bis vier Jahre ab dem Unfalltag ärztlich neu bemessen zu lassen, und zwar ab zwei Jahren nach dem Unfalltag auch durch die Ärztekommision.
3. Stirbt der Versicherte aus unfallfremder Ursache innerhalb von vier Jahren nach dem Unfall, ist nur dann zu leisten, wenn aufgrund der zuletzt erstellten ärztlichen Befunde eindeutig mit einer dauernden Invalidität von mindestens 50 % zu rechnen gewesen wäre. Bei einem späteren Ableben besteht kein Anspruch auf Leistung.

Artikel 38
Anerkennung der Versicherungsleistung

Der Versicherer ist verpflichtet, bei Ansprüchen auf Leistung für dauernde Invaldität innerhalb von drei Monaten zu erklären, ob und in welcher Höhe er eine Leistungspflicht anerkennt. Die Fristen beginnen mit dem Eingang der Unterlagen, die der Anspruchserhebende zur Feststellung des Unfallherganges und der Unfallfolgen und über den Abschluss des Heilverfahrens beizubringen hat.

Artikel 39
Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten (Ärztekommission)

1. Im Fall von Meinungsverschiedenheiten über Art und Umfang der Unfallfolgen oder darüber, in welchem Umfang die eingetretene Beeinträchtigung auf den Versicherungsfall zurückzuführen ist, ferner über die Beeinflussung der Unfallfolgen durch Krankheit oder Gebrechen sowie im Falle des Art. 37, Pkt. 2. entscheidet die Ärztekommision.
2. In den nach Pkt. 1. der Ärztekommision zur Entscheidung vorbehaltenen Meinungsverschiedenheiten kann der Versicherte innerhalb von sechs Monaten nach Zugang der Erklärung des Versicherers gemäß Art. 38 unter Bekanntgabe seiner Forderung Widerspruch erheben und die Entscheidung der Ärztekommision beantragen.
3. Das Recht, die Entscheidung der Ärztekommision zu beantragen, steht auch dem Versicherer zu.
4. Für die Ärztekommision bestimmen Versicherer und der Versicherte je einen in der österreichischen Ärzteliste eingetragenen Arzt. Wenn ein Vertragsteil innerhalb zweier Wochen nach schriftlicher Aufforderung keinen Arzt benennt, wird dieser von der für den Wohnsitz des Versicherten zuständigen Ärztekammer bestellt. Die beiden Ärzte bestellen einvernehmlich vor Beginn ihrer Tätigkeit einen weiteren Arzt als Obmann, der für den Fall, dass sie sich nicht oder nur zum Teil einigen sollten, im Rahmen der durch die Gutachten der beiden Ärzte gegebenen Grenzen entscheidet.
5. Der Versicherte ist verpflichtet, sich von den Ärzten der Kommission untersuchen zu lassen und sich jenen Maßnahmen zu unterziehen, die diese Kommission für notwendig hält.
6. Die Ärztekommision hat über ihre Tätigkeit ein Protokoll zu führen; in diesem ist die Entscheidung schriftlich zu begründen. Bei Nichteinigung hat jeder Arzt seine Auffassung im Protokoll gesondert niederzulegen. Ist eine Entscheidung durch den Obmann erforderlich, legt auch er sie mit Begründung in einem Protokoll nieder. Die Akten des Verfahrens werden vom Versicherer verwahrt.
7. Die Kosten der Ärztekommision werden von ihr festgesetzt und sind im Verhältnis des Obsiegens von Versicherer und Versicherten zu tragen. Im Falle des Art. 37, Pkt. 2. trägt die Kosten, wer die Neufeststellung verlangt hat. Der Anteil der Kosten, die der Versicherte zu tragen hat, ist mit 10 % der für dauernde Invaldität versicherter Summe begrenzt.

D2: Such- und Bergungskosten

Artikel 40
Such- und Bergungskosten

1. Versicherungsfall
Der Versicherte muss unverletzt, verletzt oder tot geborgen werden, weil
 - 1.1. er einen Unfall erlitten hat;
 - 1.2. er in Berg- oder Seenot geraten ist;
 - 1.3. die begründete Vermutung auf eine der unter Pkt. 1.1. und 1.2. genannten Situationen bestanden hat.
2. Entschädigung
Der Versicherer ersetzt die nachgewiesenen Kosten der Suche nach dem Versicherten und seines Transportes bis zur nächsten befahrbaren Straße oder in das nächstgelegene Spital.

D3: Medizinische Leistungen bei Unfall oder Erkrankung im Ausland

Artikel 41
Versicherungsfall

Versicherungsfall ist der Eintritt einer unfallbedingten Körperverletzung, eine akut eintretende Erkrankung oder der Eintritt des Todes des Versicherten während einer Reise im Ausland.
Als Ausland gelten keinesfalls Österreich und das Land, in dem der Versicherte seinen Wohnsitz begründet hat.

Artikel 42
Leistungsumfang im Ausland

1. Der Versicherer ersetzt bis zur vereinbarten Versicherungssumme die nachgewiesenen Kosten für
 - 1.1. ambulante ärztliche Behandlungen; abzüglich eines Selbstbehaltes von € 40,- pro Person und Schadensfall;
 - 1.2. ärztlich verordnete Heilmittel;
 - 1.3. einen medizinisch dringend notwendigen Medikamenten- und Serentransport vom nächstgelegenen Depot;
 - 1.4. stationäre Heilbehandlungen in einem Krankenhaus oder wahlweise anstelle des Kostenersatzes für die stationäre Heilbehandlung ein Krankenhaustaggeld von € 50,- pro Tag für maximal 30 Tage ab Beginn der stationären Behandlung. Das Wahlrecht ist unverzüglich bei Beginn der stationären Behandlung auszuüben. Das Krankenhaus im Aufenthaltsland muss allgemein als Krankenhaus anerkannt sein und unter ständiger ärztlicher Leitung stehen. Es ist das am Aufenthaltsort befindliche bzw. das nächsterreichbare Krankenhaus in Anspruch zu nehmen. Wenn der Krankenhausaufenthalt voraussichtlich länger als drei Tage dauert, ist ehestmöglich, bei sonstigem Verlust des Versicherungsschutzes oder Kürzung der Leistung, der Versicherer zu verständigen.
Sofern die Rückreise aufgrund mangelnder Transportfähigkeit nicht möglich ist, ersetzt der Versicherer die Kosten der Heilbehandlungen bis zum Tag der Transportfähigkeit, insgesamt jedoch nicht länger als 90 Tage ab Eintritt des Versicherungsfalles;
 - 1.5. den Transport in das nächsterreichbare Krankenhaus und einen medizinisch notwendigen Verlegungstransport, organisiert durch den Versicherer;
 - 1.6. den Rücktransport des Versicherten, organisiert durch den Versicherer, und zwar sobald dieser medizinisch sinnvoll und vertretbar ist, mit medizinisch adäquatem Transportmittel (einschließlich Ambulanzflugzeug) nach Österreich oder in einen angrenzenden Staat, wenn die Reise dort begonnen hat;
 - 1.7. die Rückreise nach mindestens 3-tägigem Krankenhausaufenthalt zum ehestmöglichen Zeitpunkt auch ohne medizinische Notwendigkeit, organisiert durch den Versicherer und zwar je nach Zustand des Versicherten per Eisenbahn, Autobus, Rettungssauto oder Flugzeug, erforderlichenfalls mit Arztbegleitung (nicht aber mittels Ambulanzflugzeug);

- 1.8. die Heimreise eines versicherten Mitreisenden, wenn dieser seinen gebuchten Aufenthalt aufgrund eines Rücktransportes oder einer Überführung des Versicherten vorzeitig beenden oder aufgrund eines Krankenhausaufenthaltes des Versicherten verlängern muss. Die Heimreise wird zum ehestmöglichen Zeitpunkt organisiert und erfolgt mit einem angemessenen Verkehrsmittel; es werden jene Kosten ersetzt, die durch die Nichtverwendbarkeit oder nur teilweise Verwendbarkeit gebuchter und bezahlter Rückflugtickets oder sonstiger Fahrweise entstehen. In Ambulanzjets erfolgt eine Mitnahme nur, sofern im Flugzeug ausreichend Platz ist;
 - 1.9. den Transport des vom Versicherten und der Begleitperson mitgeführten Reisegepäcks;
 - 1.10. die Reise einer vom Versicherten beauftragten Person zum Aufenthaltsort und zurück zum Wohnort des Versicherten, wenn er aufgrund eines Versicherungsfalles eine Betreuungsperson benötigt, die seine mitreisenden, minderjährigen Kinder nach Hause bringt;
 - 1.11. zusätzlich entstehende Nächtigungskosten eines versicherten Mitreisenden, die aufgrund der Organisation eines Krankentransportes (einer Überführung) entstehen, oder wenn der gebuchte Aufenthalt aufgrund eines Krankenhausaufenthaltes des Versicherten verlängert werden muss;
 - 1.12. die Überführung Verstorbener in der Standardnorm oder stattdessen für ein Ergebnis am Ereignisort (max. bis zur Höhe der Kosten einer Überführung in der Standardnorm).
2. Dauert der Krankenhausaufenthalt im Ausland länger als fünf Tage, organisiert der Versicherer die Reise einer dem Versicherten nahe stehenden Person zum Ort des Krankenhausaufenthaltes und von dort zurück zum Wohnort und übernimmt die Kosten für das angemessene Transportmittel. Die Kosten des Aufenthaltes vor Ort werden bis zur vertraglich vereinbarten Versicherungssumme ersetzt.
 3. Der Versicherer gewährt dem Krankenhaus im Ausland, soweit erforderlich, eine Kostengarantie bis zu € 15.000,-, die im Bedarfsfall bis zu der in der Polizza genannten Versicherungssumme erhöht wird. Ist in diesem Zusammenhang – oder in Zusammenhang mit Leistungen nach Pkt. 1.5. oder 1.6. – ein Vorschuss notwendig, und sind die vom Versicherer verauslagten Beträge nicht von einem Krankenversicherer oder Dritten zu übernehmen oder vom Versicherer aus diesem Vertrag zu leisten, hat sie der Versicherte binnen eines Monats nach Rechnungslegung an den Versicherer zurückzahlen.
 4. Die Arzt- und/oder Krankenhausrechnungen müssen Namen, Geburtsdaten des Versicherten sowie die Art der Erkrankung und Behandlung enthalten. Die Rechnungen oder Belege müssen in deutscher, englischer, italienischer, spanischer oder französischer Sprache ausgestellt sein. Ist dies nicht der Fall, werden die Kosten der Übersetzung in Anrechnung gebracht.
 5. Die Leistungen werden in Euro erbracht. Die Umrechnung von Devisen erfolgt, sofern der Ankauf diesbezüglicher Devisen nachgewiesen wird, unter Heranziehung des nachgewiesenen Umrechnungskurses. Erfolgt diesbezüglich kein Nachweis, gilt der Umrechnungskurs lt. Amtsblatt der Österreichischen Finanzverwaltung zum Zeitpunkt des Versicherungsereignisses.
 6. Besteht hinsichtlich der Leistungen nach Pkt. 1.1. bis 1.5. für den Versicherten eine Sozial- oder Privatkrankenversicherung, so hat er zuerst dort seine Ansprüche geltend zu machen. Unterlässt er dies, oder wird aus einer solchen Versicherung keine Leistung erbracht, so reduziert sich die Ersatzleistung des Versicherers um 20 %.
 7. Für die im Zuge einer Auslandsreise in Österreich eingetretenen Versicherungsfälle ersetzt der Versicherer die nachgewiesenen Kosten bis zur vereinbarten Versicherungssumme
 - 7.1. für einen Verlegungstransport innerhalb Österreichs in das dem Wohnsitz nächstgelegene Krankenhaus, vorausgesetzt, dass das Krankenhaus, in dem der Versicherte behandelt wird, mindestens 50 km vom Wohnsitz des Versicherten entfernt ist, ein Krankenhausaufenthalt von mehr als fünf Tagen zu erwarten ist und die behandelnden Ärzte mit einer Verlegung einverstanden sind;
 - 7.2. für die Organisation der Reise einer dem Versicherten nahe stehenden Person zum Ort des Krankenhausaufenthaltes und von dort zurück zum Wohnsitz mit einem angemessenen Transportmittel, vorausgesetzt der Krankenhausaufenthalt dauert länger als 5 Tage und es findet kein Verlegungstransport (siehe Pkt. 7.1.) statt. Die Versicherung übernimmt anfallende Fahrtkosten (Bahnfahrt einschließlich Zuschläge bzw. ab 500 Bahnkilometern vom Wohnsitz auch die Kosten eines Flugtickets in der Economy Klasse). Die Kosten des Aufenthaltes vor Ort werden bis zur vertraglich vereinbarten Versicherungssumme ersetzt;
 - 7.3. für die Überführung Verstorbener.

Artikel 43
Ausschlüsse

Nicht erstattet werden Kosten für

1. Behandlungen und Transporte in Zusammenhang mit
 - 1.1. Dialyse, Organtransplantationen, Aids, Schizophrenie;
 - 1.2. folgenden Erkrankungen, wenn diese innerhalb der letzten 12 Monate vor Antritt der Reise stationär behandelt worden sind: Herzerkrankungen, Schlaganfall, Krebsleiden, Diabetes (Typ 1), Epilepsie, Multiple Sklerose, psychischen Erkrankungen;
 - 1.3. der Verschlimmerung chronischer Krankheiten und bestehender Leiden, sofern diese vor Antritt der Reise voraussehbar gewesen ist (siehe jedoch Art. 44).
2. Behandlungen, die ausschließlicher oder teilweiser Grund für den Antritt einer Reise sind;
3. Behandlungen, von denen bei Antritt der Reise feststand oder erwartet werden musste, dass sie bei planmäßigem Reiseablauf auftreten können;
4. Inanspruchnahme ortsgebundener Heilvorkommen (Kuren);
5. konservierende oder prothetische Zahnbehandlungen;
6. Beistellung von Heilbehelfen (z.B. Brillen, Einlagen, Prothesen);
7. Entbindungen und Schwangerschaftsunterbrechungen;
8. Impfungen, ärztliche Gutachten und Atteste;
9. Kontrolluntersuchungen und Nachbehandlungen (z.B. Therapien);
10. Sonderleistungen im Krankenhaus, wie Einzelzimmer, Telefon, TV, Rooming-In usw.;
11. kosmetische Behandlungen;
12. Behandlungen und Transporte in Zusammenhang mit Unfällen
 - 12.1. durch körperliche Schädigung bei Heilmaßnahmen und Eingriffen, die der Versicherte an seinem Körper vornimmt oder vornehmen lässt, soweit nicht ein Versicherungsfall hierzu der Anlass war. Soweit ein Versicherungsfall der Anlass war, findet Art. 4, Pkt. 1.8. keine Anwendung;
 - 12.2. bei der Benützung von Luftfahrzeugen, ausgenommen 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;
 - 12.3. beim Lenken von Land- oder Wasserfahrzeugen, wenn der Lenker die zu deren Benützung im Land des Unfalles erforderliche Lenkerberechtigung nicht besitzt.

Artikel 44

Versicherungsschutz bei chronischen Krankheiten und bestehenden Leiden

Chronische Krankheiten und bestehende Leiden, die nicht unter Art. 43, Pkt. 1. fallen, sowie Unfallfolgen, die in den letzten zwölf Monaten vor Antritt der Reise behandelt worden oder behandlungsbedürftig gewesen sind, sind versichert, wenn diese medizinisch unerwartet akut werden. In diesen Fällen werden die in Art. 42 angeführten Kosten bis zur vereinbarten Versicherungssumme (für chronische und bestehende Leiden) ersetzt.

Artikel 45

Obliegenheiten

Der Versicherte ist verpflichtet, den Versicherungsfall dem Versicherer ehestmöglich zu melden, jedenfalls spätestens zu jenem Zeitpunkt, zu dem Kosten entsprechend des Leistungsumfanges (Art. 42) entstehen. Organisatorische Maßnahmen in Zusammenhang mit dem Leistungsumfang müssen vom Versicherer getroffen werden; andernfalls werden keine Kosten ersetzt.

Versicherer:

Europäische Reiseversicherung AG

Kratochwilstraße 4, A-1220 Wien

Notruf 24 Stunden täglich: +43/1/50 444 00

Service Center: Tel. +43/1/317 25 00-73930, Fax +43/1/319 93 67

E-Mail: info@europaeische.at, www.europaeische.at

Firmenbuch HG Wien FN 55418y, DVR-Nr. 0490083

Aufsichtsbehörde: FMA Finanzmarktaufsicht,

Bereich: Versicherungsaufsicht, Otto-Wagner-Platz5, A-1090 Wien.