

ALLGEMEINE INFORMATIONEN (VERTRIEBSINFORMATIONEN) FÜR DEN ONLINE-ABSCHLUSS VON VERSICHERUNGEN DER WIENER STÄDTISCHE VERSICHERUNG AG VIENNA INSURANCE GROUP (KURZ: WIENER STÄDTISCHE)

Version: 58KW101 (23.06)

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

INHALTSVERZEICHNIS

1. Angaben zum Versicherer (Anbieter)
2. Geltungsbereich
3. Zustandekommen des Versicherungsvertrages (Vertragsabschluss)
4. Information zur Prämie
5. Vertragslaufzeit und Prämienzahlungsdauer
6. Zahlungsbedingungen
7. Belehrung über Rücktrittsrechte
8. Rücktrittswirkungen
9. Wesentliche Merkmale des Versicherungsschutzes
10. Gültigkeitsdauer der Produktinformationen
11. Vertragsgrundlagen, anwendbares Recht, Gerichtsstand
12. Beschwerdestellen
13. Sprache
14. Vertragsspeicherung

1. Angaben zum Versicherer (Anbieter)

Name und Anschrift: WIENER STÄDTISCHE Versicherung AG Vienna Insurance Group, 1010 Wien, Schottenring 30

Rechtsform und Sitz: Aktiengesellschaft mit Sitz in Wien

24-Stunden-Telefon-Service: +43 (0) 50 350 350

E-Mail: kundenservice@wienersaetdtische.at

Website: <http://www.wienersaetdtische.at>

Firmenbuchnummer: FN 333376i

Firmenbuchgericht: Handelsgericht Wien

Umsatzsteuer-Identifikations-Nummer: ATU 65254066

Hauptgeschäftstätigkeit: Die Wiener Städtische betreibt direkt und indirekt die Lebensversicherung einschließlich Zusatzversicherung, die Krankenversicherung, die Unfallversicherung sowie die Schadensversicherung (Sach- und Vermögensschadenversicherung) in den Versicherungszweigen, deren Betrieb ihr von der Versicherungsaufsichtsbehörde genehmigt ist, soweit der Betrieb durch die Aufsichtsbehörde genehmigt wurde.

Aufsichtsbehörde: Finanzmarktaufsicht (FMA), 1090 Wien, Otto-Wagner-Platz 5.

Die Wiener Städtische ist Mitglied der Wirtschaftskammer Österreich, der Landeskammern in allen Bundesländern und des Verbandes der Versicherungsunternehmen Österreichs. Als Versicherungsunternehmen unterliegt die Wiener Städtische den Bestimmungen des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG).

2. Geltungsbereich

Diese Informationen gelten für alle Versicherungsverträge, die Sie mit der Wiener Städtischen über die Website oder durch die Nutzung einer App der Wiener Städtischen abschließen. Darüber hinaus gelten die für das jeweilige Versicherungsprodukt vorgesehenen Versicherungsbedingungen.

3. Zustandekommen des Versicherungsvertrages (Vertragsabschluss)

Sie haben die Möglichkeit, online einen Antrag auf Abschluss einer Versicherung zu stellen. Einfach das interaktiv erstellte Online-Formular vollständig und korrekt ausfüllen und abschicken. Die Antragstellung begründet noch keinen Versicherungsschutz. Sollte aufgrund Ihrer Angaben keine Antragstellung möglich sein, werden sie darüber unverzüglich auf der Website oder in der App informiert. Nach erfolgreicher Antragstellung erhalten Sie von uns unverzüglich ein E-Mail mit der Bestätigung des Zugangs sowie der Annahme des Antrages. Mit Zugang dieses E-Mails ist der Versicherungsvertrag abgeschlossen. Außerdem werden Ihnen der digitale Versicherungsvertrag (die Polizze), die dem Versicherungsvertrag zugrunde liegenden Versicherungsbedingungen und diese Allgemeinen Informationen als Pflichtdownload sowie per E-Mail zur Verfügung gestellt. Wir empfehlen, den elektronischen Versicherungsvertrag (die Polizze) bzw. das E-Mail aufzubewahren (elektronisch oder ausgedruckt in Papierform). Diese Unterlagen enthalten die Daten zum Versicherungsvertrag, die im Versicherungsfall benötigt werden. Es ist zusätzlich empfehlenswert, die Versicherungsbedingungen auszudrucken, da aus diesen der genaue Inhalt und Umfang des Versicherungsschutzes sowie das erforderliche Verhalten bei Eintritt eines Versicherungsfalles entnommen werden kann.

4. Information zur Prämie

Die Prämie finden Sie auf Ihrem online erstellten Versicherungsantrag. Die Prämien beinhalten die Versicherungssteuer und stellen eine Gesamtprämie dar. Sie gelten zum Zeitpunkt der Online-Antragstellung. Die Prämie ist in Euro angegeben. Für den Abschluss ist ein aufrechter Internetzugang erforderlich, der zusätzlich Kosten verursachen kann, die gegebenenfalls von Ihnen zu tragen sind. Sonst fallen keine Zusatzkosten an.

5. Vertragslaufzeit und Prämienzahlungsdauer

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem von Ihnen beantragten Versicherungsbeginn und endet mit Ablauf der beantragten Laufzeit, wenn diese weniger als ein Jahr beträgt.

Beträgt die vereinbarte Vertragsdauer mindestens ein Jahr, verlängert sich der Vertrag jedes Mal um ein weiteres Jahr, wenn er nicht spätestens drei Monate vor Ablauf der Vertragsdauer von einem der Vertragspartner gekündigt worden ist.

Ausnahmen: Die befristete Auslandsreise-Krankenversicherung nach dem Tarif RV und die Carsharing-Selbstbehalt-Versicherung enden mit Ablauf der beantragten Laufzeit, auch wenn diese ein Jahr beträgt. Es folgt keine automatische Verlängerung.

Verträge, die auf unbestimmte Laufzeit abgeschlossen werden (Golf-Versicherung): Der Versicherungsnehmer kann den Vertrag nach einer Vertragslaufzeit von zwölf Monaten monatlich zum Monatsersten unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist kündigen. Der Versicherer kann den Vertrag jährlich unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist zur Hauptfälligkeit der Prämie für die nächste Versicherungsperiode kündigen.

6. Zahlungsbedingungen

Sie können in Abhängigkeit des jeweiligen Produktes folgende Zahlungsformen auswählen: Kreditkarte, EPS-Online-Überweisung oder Bankeinzug (SEPA-Lastschrift).

Bei der Zahlform Kreditkarte und EPS-Online-Überweisung erfolgt die Belastung Ihres Kontos unmittelbar nach Vertragsabschluss. Bei der gewählten Zahlungsart Bankeinzug (SEPA-Lastschrift) wird der Zahlungsbetrag von Ihrem angegebenen Konto eingezogen.

7. Belehrung über Rücktrittsrechte

7.1. **Nach § 5c Versicherungsvertragsgesetz (VersVG)**

- a) Sie können von Ihrem Versicherungsvertrag innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in geschriebener Form (z. B. Brief, Fax, E-Mail) zurücktreten.
- b) Die Rücktrittsfrist beginnt mit der Verständigung vom Zustandekommen des Versicherungsvertrages (= Zusendung der Polizze bzw. Versicherungsschein), jedoch nicht, bevor Sie den Versicherungsschein und die Versicherungsbedingungen einschließlich der Bestimmungen über die Prämienfestsetzung oder -änderung und diese Belehrung über das Rücktrittsrecht erhalten haben.
- c) Die Rücktrittserklärung ist zu richten an: WIENER STÄDTISCHE Versicherung AG Vienna Insurance Group, Schottenring 30, Postfach 80, 1010 Wien, oder per E-Mail an kundenservice@wienersaetische.at oder per Fax an +43 (0) 50 350 99 20000. Zur Wahrung der Rücktrittsfrist reicht es aus, dass Sie die Rücktrittserklärung vor Ablauf der Rücktrittsfrist absenden. Die Erklärung ist auch wirksam, wenn sie in den Machtbereich Ihres Versicherungsvertragers gelangt.
- d) Mit dem Rücktritt enden ein allfällig bereits gewährter Versicherungsschutz und Ihre künftigen Verpflichtungen aus dem Versicherungsvertrag. Hat der Versicherer bereits Deckung gewährt, so gebührt ihm eine der Deckungsdauer entsprechende Prämie. Wenn Sie bereits Prämien an den Versicherer geleistet haben, die über diese Prämie hinausgehen, so hat sie Ihnen der Versicherer ohne Abzüge zurückzuzahlen.
- e) Das Rücktrittsrecht erlischt spätestens einen Monat, nachdem Sie den Versicherungsschein einschließlich dieser Belehrung über das Rücktrittsrecht erhalten haben.

7.2. **Nach § 8 Fern-Finanzdienstleistungsgesetz (FernFinG)**

- a) Wurde der Vertrag ausschließlich im Wege des Fernabsatzes (z. B. Telefon, Internet, E-Mail, SMS, Direct-Mail) abgeschlossen, kann ein Verbraucher vom Vertrag oder seiner Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen zurücktreten.
- b) Die Rücktrittsfrist beginnt mit dem Tag des Vertragsabschlusses. Hat aber der Verbraucher die Vertragsbedingungen und Vertriebsinformationen erst nach Vertragsabschluss erhalten, so beginnt die Rücktrittsfrist mit dem Erhalt aller dieser Bedingungen und Informationen.
- c) Die Frist ist jedenfalls gewahrt, wenn der Rücktritt schriftlich oder auf einem anderen, dem Empfänger zur Verfügung stehenden und zugänglichen dauerhaften Datenträger erklärt und diese Erklärung vor dem Ablauf der Frist abgesendet wird.
- d) Das Rücktrittsrecht besteht nicht bei kurzfristigen Versicherungen mit einer Laufzeit von weniger als einem Monat.

8. **Rücktrittswirkungen**

Tritt der Verbraucher vom Vertrag zurück, so hat

- 8.1. der Unternehmer dem Verbraucher unverzüglich, spätestens aber binnen 30 Tagen ab Erhalt der Rücktrittserklärung, jeden Betrag, den er von diesem vertragsgemäß erhalten hat, abzüglich des in Abs. 1 genannten Betrags, zu erstatten;
- 8.2. der Verbraucher unverzüglich, spätestens aber innerhalb von 30 Tagen ab Absendung der Rücktrittserklärung, dem Unternehmer von diesem erhaltene Geldbeträge und Gegenstände zurückzugeben.

Der Rücktritt ist zu richten an:
WIENER STÄDTISCHE Versicherung AG
Vienna Insurance Group
1010 Wien, Schottenring 30
E-Mail: kundenservice@wienersaetische.at

Die Rücktrittsfrist ist jedenfalls gewahrt, wenn der Rücktritt schriftlich (z. B. per unterschriebenem Brief) oder auf einem anderen uns zur Verfügung gestehenden und zugänglichen dauerhaften Datenträger oder in geschriebener Form (z. B. per E-Mail) erklärt wird und diese Erklärung vor Ablauf der Frist abgesendet wird.

9. **Wesentliche Merkmale des Versicherungsschutzes**

Eine Leistungsbeschreibung über das von Ihnen gewählte Versicherungsprodukt ist dem elektronischen Versicherungsvertrag (der Polizze) und den Versicherungsbedingungen zu entnehmen. Im Versicherungsfall werden Leistungen der Wiener Städtischen mit Beendigung der Erhebungen fällig, die zur Feststellung der Leistungen notwendig sind.

10. **Gültigkeitsdauer der Produktinformationen**

Produktinformationen bleiben so lange gültig, wie sie auf der Website oder in der App der Wiener Städtischen eingesehen werden können.

11. **Vertragsgrundlagen, anwendbares Recht, Gerichtsstand**

Für den Vertragsinhalt sind der Antrag, die Versicherungsbedingungen sowie diese Allgemeinen Informationen maßgebend. Für die gesamte vorvertragliche und vertragliche Rechtsbeziehung gilt österreichisches Recht. Für etwaige Rechtsstreitigkeiten aus dem Rechtsverhältnis stehen Ihnen die gesetzlichen Gerichtsstände zur Verfügung.

12. **Beschwerdestellen**

Bei Beschwerden wenden Sie sich bitte an die Serviceline +43 (0)50 350 350 oder kundenservice@wienersaetische.at oder an die Beschwerdestelle beim Bundesminister für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Stubenring 1, 1010 Wien, versicherungsbeschwerde@sozialministerium.at.
Die Europäische Kommission stellt eine Plattform zur Online-Streitbeilegung (OS) bereit, die Sie hier finden

ec.europa.eu/consumers/odr/

Verbraucher haben die Möglichkeit, diese Plattform für die Beilegung ihrer Streitigkeiten zu nutzen.

13. **Sprache**

Die in der gesamten Geschäftsbeziehung angewendete Sprache ist Deutsch.

Bestätigungen für die Reiseversicherung erhalten Sie in deutscher, englischer und spanischer Sprache.

Bestätigungen für die Krankenversicherung erhalten Sie bei Reisen ins Ausland in deutscher, englischer und spanischer Sprache, bei Reisen nach Österreich in deutscher und englischer Sprache.

14. **Vertragsspeicherung**

Ihre Vertragsdaten werden von uns elektronisch gespeichert, jedoch nicht in einer Weise, die Ihnen den Zugriff darauf ermöglichen würde.

ALLGEMEINE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN FÜR DIE AUSLANDSREISE- KRANKENVERSICHERUNG MIT SOS-RÜCKHOLDIENST NACH DEN TARIFEN RE UND RF

Version: 53KK0RE/online (06.2024)

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

INHALTSVERZEICHNIS

- | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| 1. Versicherungsnehmer und Versicherte | 6. Geltendmachung von Ansprüchen |
| 2. Prämie | 7. Ansprüche gegen Dritte |
| 3. Dauer der Versicherung und des Versicherungsschutzes,
örtlicher Geltungsbereich | 8. Auskunftspflicht des Versicherungsnehmers und des
Versicherten |
| 4. Leistungen des Versicherers | 9. Prämienrückgewähr/Gewinnbeteiligung |
| 5. Haftungsausschlüsse | 10. Änderungen der Prämie und des Versicherungsschutzes
(Anpassung) |

1. **Versicherungsnehmer und Versicherte**

- 1.1. 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 Fluggesellschaftspersonal. Als Wohnsitz des Versicherungsnehmers ist jener Ort zu verstehen, an dem sich dieser niedergelassen hat, in der nachgewiesenen oder aus den Umständen hervorgehenden Absicht, dort seinen bleibenden Aufenthalt zu nehmen.
- 1.2. 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 dem Versicherungsnehmer vom Versicherer ausgefolgten Merkblatt bzw. der Versicherungsbestätigung.

3. **Dauer der Versicherung und des Versicherungsschutzes, örtlicher Geltungsbereich**

- 3.1. 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 Haupttarifes. Sie endet spätestens mit Ende des Haupttarifes.
- 3.2. Versicherungsschutz besteht – auch für bis dahin noch nicht abgeschlossene Versicherungsfälle – 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 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**

- 4.1. Der Versicherer ersetzt nach Maßgabe der Absätze 4.2. bis 4.5. 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 (Absatz 3.2.) auftreten. Bei Vertragsabschluss vor 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 und der Versicherer bereit ist, 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.
- 4.2. Krankheit im Sinne der Versicherungsbedingungen ist ein nach medizinischen Begriffen anormaler körperlicher oder geistiger Zustand, auch wenn er als Folge eines Unfalles 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.
- 4.3. Die Kosten stationärer Behandlungen operativer und nicht operativer Art bei Standardunterbringung in öffentlichen Spitälern und preislich gleichgestellten Privatkrankenanstalten werden abzüglich der Leistung der Sozialversicherung ersetzt. Erbringt die Sozialversicherung keine Leistung, werden 90 Prozent dieser Kosten ersetzt.
- 4.4. Die Kosten des Transports in die nächstgelegene Krankenanstalt sowie Medikamenten- und Arztkosten für Behandlungen außerhalb einer Krankenanstalt werden zu 90 Prozent ersetzt, sofern ein Anspruch auf Kostenersatz aus der Sozialversicherung nicht besteht. Außerdem werden die in dem der Versicherungspolizze bzw. dem Zahlschein beiliegenden Merkblatt angeführten Kostenersatz 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.
- 4.5. Entstehen einem Versicherten für die Heimreise infolge einer versicherten Krankheit oder versicherter Unfallfolgen 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.
- 4.6. Geldleistungen des Versicherers werden im Inland in EURO erbracht. Als Umrechnungskurs ist der Devisenmittelkurs der Wiener Börse im Zeitpunkt der Leistungsanspruchnahme zugrunde zu legen.

- 4.7. SOS-Rückholddienst:
Der Versicherer übernimmt zu 100 Prozent die Mehrkosten
- a) einer Heimreise des erkrankten oder verletzten Versicherten gemäß Absatz 4.5.,
 - 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.
- 4.8. Ein laut dem beiliegenden Merkblatt zur Vermittlung des SOS-Rückholddienstes berechtigtes Unternehmen ist vom Versicherer ermächtigt, in Notfällen Vorschusszahlungen zur Abdeckung von Kosten gemäß Absatz 4.1. bis 4.4. 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.
- 4.9. 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.
- 4.10. 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. Absatz 4.9. gilt entsprechend.
- 4.11. 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

- 5.1. 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 Absatz 4.10. nicht berufen, soweit die Verletzung keinen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalles gehabt hat. Absatz 4.9. 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 dort geblieben 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).
- 5.2. Übersteigt eine Heilbehandlung das medizinisch notwendige Maß, reduziert sich die Leistungspflicht des Versicherers auf den Ersatz der medizinisch notwendigen Behandlungen.

6. Geltendmachung von Ansprüchen

- 6.1. 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.

- 6.2. Der Versicherer ist berechtigt, den jeweiligen Überbringer von Belegen als zum Empfang der darauf entfallenden Versicherungsleistungen ermächtigt anzusehen.
- 6.3. 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-Rückholddienst 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**

- 8.1. 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 (zum Beispiel Ärzte, Versicherungseinrichtungen, Behörden) von ihrer ärztlichen oder sonstigen Schweigepflicht zu entbinden.
- 8.2. Wird die Auskunftspflicht nach Absatz 8.1. 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. Absatz 4.9. gilt entsprechend.

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. Für Bonusansprüche aus Tarif PP gelten die dort angeführten Regelungen.

10. **Änderungen der Prämie und des Versicherungsschutzes (Anpassung)**

- 10.1. Als für Änderungen der Prämie oder des Versicherungsschutzes maßgebende Umstände im Sinne des § 178 f 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.
- 10.2. Die Erklärung einer rückwirkenden Änderung der Prämie oder des Versicherungsschutzes ist unwirksam; die Erklärung wirkt erst ab dem der Absendung folgenden Monatsersten.
- 10.3. 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.

INFORMATIONEN FÜR DEN VERSICHERUNGSNEHMER FÜR DIE AUSLANDSREISE-KRANKENVERSICHERUNG MIT SOS-RÜCKHOLDIENST NACH DEN TARIFEN RE UND RF

Version: 58KK1RE (06.2024)

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

Versicherte Risiken und Leistungen

Die Informationen über das zu versichernde Risiko bzw. die damit im Zusammenhang stehenden Versicherungsleistungen entnehmen Sie bitte den vor Ihrem Versicherungsabschluss bereitgestellten Unterlagen.

Leistungsausschlüsse

In den Gesetzen sowie den Allgemeinen Versicherungsbedingungen sind Einschränkungen und Ausschlüsse vom Versicherungsschutz formuliert, wie beispielsweise für:

- 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.

Es wird darauf hingewiesen, dass die Aufzählung nur demonstrativ und daher nicht abschließend ist.

Änderung der Prämie oder des Versicherungsschutzes

Der Versicherer ist berechtigt, bei Veränderung nachstehender Faktoren eine Änderung der Prämien oder des Versicherungsschutzes vorzunehmen:

- eines vereinbarten Index,
- der durchschnittlichen Lebenserwartung,
- der Häufigkeit der Inanspruchnahme von Leistungen und deren Aufwendigkeiten, bezogen auf die zu diesem Tarif Versicherten,
- des Verhältnisses zwischen den vertraglich vereinbarten Leistungen und den entsprechenden Kostenersätzen der gesetzlichen Sozialversicherungen,
- der durch Gesetz, Verordnung, sonstigen behördlichen Akt oder durch Vertrag zwischen dem Versicherer und im Versicherungsvertrag bezeichneten Einrichtungen des Gesundheitswesens festgesetzten Entgelte für die Inanspruchnahme dieser Einrichtungen und des Gesundheitswesens oder der dafür geltenden gesetzlichen Bestimmungen.

Für die beantragte Auslandsreisekrankenversicherung nach Tarif RE/RF betrug die durchschnittliche jährliche Prämienhöhung der letzten fünf Jahre 0%. Prämienhöhungen in der Vergangenheit lassen keine zwingenden Rückschlüsse auf jene in der Zukunft zu. Hingewiesen wird jedenfalls darauf, dass die Anpassung dazu führen kann, dass Prämien während der Vertragslaufzeit erheblich ansteigen.

Wird die Versicherungsprämie aufgrund einer Veränderung der oben angeführten Faktoren erhöht, so kann der Versicherungsnehmer dieser innerhalb eines Monats nach Empfang der Mitteilung des Versicherers, die die Möglichkeit der Ablehnung der Anpassung zu enthalten hat, schriftlich widersprechen und verlangen, dass ihm der Versicherer ein Angebot für die Fortsetzung des Vertrages mit höchstens gleichbleibender Prämie und angemessen geändertem Leistungsumfang unterbreitet. Im Falle eines Widerspruches ist der Versicherer später nicht mehr verpflichtet, eine Anpassung der Versicherungsleistungen zu vorzunehmen.

Bloß vom Älterwerden des Versicherten oder von der Verschlechterung seines Gesundheitszustandes abhängige Anpassungen dürfen jedenfalls nicht vereinbart werden.

Gewinnbeteiligung

Der gewählte Tarif unterliegt keiner Gewinnbeteiligung.

Ende des Versicherungsvertrages

Der Versicherungsvertrag wird grundsätzlich auf unbestimmte Zeit abgeschlossen.

Der Versicherungsvertrag endet jedoch in nachstehenden Fällen:

- Fristgerechte Kündigung durch den Versicherungsnehmer zum Ablauf des Versicherungsjahres.
Rechtliche und wirtschaftliche Folgen einer Kündigung: Bitte beachten Sie dabei, dass nur bei Vertragsabschluss vor Vollendung des 75. Lebensjahres den versicherten Krankheitszuständen und Unfallfolgen während des Auslandsaufenthaltes auch akut werdende Anfälle oder Schübe bestehender chronischer oder latenter Erkrankungen gleichgestellt sind.

Im Fall einer Kündigung wird kein Rückkaufswert ausbezahlt und es besteht somit auch kein Anspruch auf die anteilmäßige Alterungsrückstellung.

- Kündigung des Versicherers wegen
 - Prämienzahlungsverzuges des Versicherungsnehmers gemäß §§38 bis 39a VersVG, die lauten:

§ 38.

(1) Ist die erste oder einmalige Prämie innerhalb von 14 Tagen nach dem Abschluß des Versicherungsvertrags und nach der Aufforderung zur Prämienzahlung nicht gezahlt, so ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, berechtigt, vom Vertrag zurückzutreten. Es gilt als Rücktritt, wenn wir die erste Prämie nicht innerhalb von drei Monaten vom Fälligkeitstag an gerichtlich geltend machen.

(2) Ist die erste oder einmalige Prämie zur Zeit des Eintritts des Versicherungsfalls und nach Ablauf der Frist des Abs. 1 noch nicht gezahlt, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, es sei denn, daß der Versicherungsnehmer an der rechtzeitigen Zahlung der Prämie ohne sein Verschulden verhindert war.

(3) Die Aufforderung zur Prämienzahlung hat die im Abs. 1 und 2 vorgesehenen Rechtsfolgen nur, wenn der Versicherer den Versicherungsnehmer dabei auf diese hingewiesen hat.

(4) Die Nichtzahlung von Zinsen oder Kosten löst die Rechtsfolgen der Abs. 1 und 2 nicht aus.

§ 39.

(1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, so kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten schriftlich eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen bestimmen; zur Unterzeichnung genügt eine Nachbildung der eigenhändigen Unterschrift. Dabei sind die Rechtsfolgen anzugeben, die nach Abs. 2 und 3 mit dem Ablauf der Frist verbunden sind. Eine Fristbestimmung, ohne Beachtung dieser Vorschriften, ist unwirksam.

(2) Tritt der Versicherungsfall nach dem Ablauf der Frist ein und ist der Versicherungsnehmer zur Zeit des Eintritts mit der Zahlung der Folgeprämie im Verzug, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, es sei denn, daß der Versicherungsnehmer an der rechtzeitigen Zahlung ohne sein Verschulden verhindert war.

(3) Der Versicherer kann nach dem Ablauf der Frist das Versicherungsverhältnis ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen, wenn der Versicherungsnehmer mit der Zahlung im Verzug ist. Die Kündigung kann bereits mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, daß sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer in diesem Zeitpunkt mit der Zahlung im Verzug ist; darauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich aufmerksam zu machen. Die Wirkungen der Kündigung fallen fort, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, falls die Kündigung mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach dem Ablauf der Zahlungsfrist die Zahlung nachholt, sofern nicht der Versicherungsfall bereits eingetreten ist.

(4) Die Nichtzahlung von Zinsen oder Kosten löst die Rechtsfolgen der Abs. 1 bis 3 nicht aus.

§ 39a.

Ist der Versicherungsnehmer bloß mit nicht mehr als 10 vH der Jahresprämie, höchstens aber mit 60 Euro im Verzug, so tritt eine im § 38 oder § 39 vorgesehene Leistungsfreiheit des Versicherers nicht ein.

- Erschleichung der Versicherungsleistung, deren Versuch bzw. Mitwirkung.
- Wenn der Versicherte im Krankheitsfall den vom Arzt oder vom Versicherer gegebenen zumutbaren Verhaltensmaßregeln vorsätzlich oder grob fahrlässig nicht Folge leistet.

Für die Versicherung geltende steuerliche Regelungen

Die Prämien der Krankenversicherung unterliegen einer 1%igen Versicherungssteuer (§ 6 Abs. 1 VersStG).

Unter bestimmten Voraussetzungen besteht für Selbstständige die Möglichkeit, Werbungskosten geltend zu machen.

Die jeweilige abgabenrechtliche Behandlung ist von Ihren persönlichen Verhältnissen abhängig und kann künftigen Änderungen unterworfen sein. Offene abgabenrechtliche Fragen richten Sie bitte an Ihren Steuerberater.

Dienstgeber können auch bis zu EUR 300,- als steuerfreie Zukunftssicherung für ihre Mitarbeiter geltend machen, die in eine Lebens-, Unfall und/oder Krankenversicherung investiert werden kann.

Bericht über die Solvabilität und Finanzlage

Der Bericht ist auf unserer Homepage unter wienersaetische.at/unternehmen/investor-relations/berichte abrufbar.

767 - SANKTIONSKLAUSEL/SANCTION CLAUSE (2019)

Version: 767 (2019)

- für Versicherungsnehmer mit Sitz in Österreich

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.

- for Insured registered outside of Austria

No (re)insurer shall be deemed to provide cover and no (re)insurer shall be liable to pay any claim or provide any benefit hereunder to the extent that the provision of such cover, payment of such claim or provision of such benefit would expose that (re)insurer to any sanction, prohibition or restriction under United Nations resolutions or the trade or economic sanctions, laws or regulations of the European Union, Austria or the United States of America (provided that this does not violate any regulation or specific national law applicable to the undersigned (re)insurer).