

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

Version: 58KW116 (18.12)

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

INHALTSVERZEICHNIS

- | | |
|--|--|
| 1. Angaben zum Versicherer (Anbieter) | 9. Belehrung über Rücktrittsrechte |
| 2. Geltungsbereich | 10. Rücktrittswirkungen |
| 3. Zustandekommen des Versicherungsvertrages (Vertragsabschluss) | 11. Wesentliche Merkmale des Versicherungsschutzes |
| 4. Beginn des Versicherungsschutzes | 12. Gültigkeitsdauer der Produktinformationen |
| 5. Vorvertragliche Anzeigepflicht | 13. Vertragsgrundlagen, anwendbares Recht, Gerichtsstand |
| 6. Information zur Prämie | 14. Beschwerdestellen |
| 7. Vertragslaufzeit und Prämienzahlungsdauer | 15. Sprache |
| 8. Zahlungsbedingungen | 16. 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 der Wiener Städtischen abschließen. Darüber hinaus gelten die für das jeweilige Versicherungsprodukt vorgesehenen Versicherungsbedingungen.

3. Zustandekommen des Versicherungsvertrages (Vertragsabschluss)

Auf der Website der Wiener Städtischen haben Sie 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 informiert. Nach erfolgreicher Antragstellung erhalten Sie von uns unverzüglich ein E-Mail mit der Bestätigung des Zugangs Ihres Antrages. Mit Zugang dieses E-Mails ist der Versicherungsantrag bei uns eingelangt und wird geprüft. Außerdem werden Ihnen die dem Versicherungsantrag zugrunde liegenden Versicherungsbedingungen und diese Allgemeinen Informationen als Pflichtdownload sowie per E-Mail zur Verfügung gestellt. Der Versicherungsvertrag kommt mit Zugang der Polizze oder einer gesonderten Annahmeerklärung des Versicherers zustande. Den Versicherungsvertrag (die Polizze) erhalten Sie ausschließlich in Papierform per Post. Die Versicherungsbedingungen werden Ihnen zusätzlich in Papierform mitgeschickt. Wenn Sie bereits in unserem losleben Portal registriert sind, dann erhalten Sie Ihren Versicherungsvertrag (Polizze) digital zugestellt. Wir empfehlen, diese Unterlagen gut aufzubewahren, da sie Daten zum Versicherungsvertrag enthalten, die im Versicherungsfall benötigt werden. Es wurden keine Nebenabreden getroffen. An diesen Antrag bleibt der Versicherungsnehmer sechs Wochen gebunden.

4. Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsvertrag kommt erst mit Zugang der Polizze oder einer gesonderten Annahmeerklärung des Versicherers zustande; vorher besteht kein Versicherungsschutz. Der Versicherungsschutz beginnt jedenfalls erst ab dem vereinbarten Versicherungsbeginn und nicht vor Ablauf der nach den Versicherungsbedingungen vorgesehenen Wartezeiten.

5. Vorvertragliche Anzeigepflicht

Der Versicherungsnehmer ist gemäß § 16 Versicherungsvertragsgesetz (VersVG) verpflichtet, Fragen nach gefahrerheblichen Umständen, insbesondere die Gesundheitsfragen, richtig und vollständig zu beantworten. Unvollständige oder unrichtige Angaben hindern den Versicherer, die von ihm übernommene Gefahr richtig einzuschätzen. Bei schuldhafter Verletzung dieser Pflicht kann der Versicherer unter bestimmten Umständen vom Vertrag zurücktreten oder ihn anfechten und gegebenenfalls die Leistung verweigern.

Treten zwischen Antragstellung und Zustellung des Versicherungsvertrages (der Polizze) Änderungen in den gefahrerheblichen Umständen ein, ist der Versicherer davon unverzüglich zu verständigen.

Für sämtliche Anzeigen und Erklärungen des Versicherungsnehmers an den Versicherer ist die geschriebene Form erforderlich, sofern nicht die Schriftform ausdrücklich und mit gesonderter Erklärung vereinbart wurde.

6. 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.

7. Vertragslaufzeit und Prämienzahlungsdauer

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem von Ihnen beantragten Versicherungsbeginn und endet mit Ablauf der beantragten Laufzeit.

Der Versicherungsvertrag wird auf unbestimmte Zeit abgeschlossen. Nach zweijähriger Vertragsdauer ist jede Vertragspartei berechtigt, den Vertrag zum Ende der Versicherungsperiode unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten zu kündigen. Das bedeutet eine Mindestlaufzeit des Versicherungsvertrages von drei Versicherungsjahren.
Näheres finden Sie in den Versicherungsbedingungen, welche dem jeweiligen Vertrag zugrunde liegen.
Die Prämienzahlungsdauer entspricht der vereinbarten Vertragslaufzeit.

8. Zahlungsbedingungen

Sie können die Zahlungsform Bankeinzug (SEPA-Lastschrift) wählen. Der Zahlungsbetrag wird je nach gewählter Zahlungsweise (monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich) von Ihrem angegebenen Konto eingezogen.

9. Belehrung über Rücktrittsrechte

9.1. 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@wienersaetdtische.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 Versicherungsvertreters 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 die Prämie hinausgehen, so hat sie Ihnen der Versicherer ohne Abzüge zurückzuzahlen.
- e) Ihr Rücktrittsrecht erlischt spätestens einen Monat, nachdem Sie den Versicherungsschein einschließlich dieser Belehrung über das Rücktrittsrecht erhalten haben.

9.2. Nach § 8 Fern-Finanzdienstleistungs-Gesetz (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.

10. Rücktrittswirkungen

Tritt der Verbraucher vom Vertrag zurück, so hat

- 10.1. der Unternehmer dem Verbraucher unverzüglich, spätestens aber binnen 30 Tagen ab Erhalt der Rücktrittserklärung, jeden Betrag, den er von diesem vertragsgemäß erhalten hat, zu erstatten;
- 10.2. 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@wienersaetdtische.at

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

11. Wesentliche Merkmale des Versicherungsschutzes

Eine Leistungsbeschreibung über das von Ihnen gewählte Versicherungsprodukt ist dem 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.

12. Gültigkeitsdauer der Produktinformationen

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

13. 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.

14. **Beschwerdestellen**

Bei Beschwerden wenden Sie sich bitte an die Serviceline +43 (0)50 350 350 oder kundenservice@wienersaetdtische.at oder an Beschwerdestelle beim Bundesminister für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Stubenring 1, 1010 Wien, versicherungsbeschwerde@sozialministerium.at.

Die Möglichkeit den Rechtsweg zu bestreiten, bleibt davon unberührt. Im Falle von Streitigkeiten können Sie sich an die Verbraucherschlichtungsstelle www.verbraucherschlichtung.at wenden. Die Teilnahme an einem Schlichtungsverfahren ist freiwillig.

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.

15. **Sprache**

Die in der gesamten Geschäftsbeziehung angewendete Sprache ist Deutsch.

16. **Vertragsspeicherung**

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

ALLGEMEINE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN FÜR DIE KRANKENHAUS- TAGEGELD-VERSICHERUNG BZW. SONDERKLASSE-VERSICHERUNG MIT WERTANPASSUNG NACH TARIF WWH (VERSICHERUNGSSCHUTZ FÜR UNMITTELBARE UNFALLFOLGEN)

Version: 53KKWWH (06.2024)

Personenbezogene Bezeichnungen in diesem Dokument beziehen sich auf alle Geschlechter in gleicher Weise.
Versicherungsnehmer ist die Person, die mit der WIENER STÄDTISCHE Versicherung AG Vienna Insurance Group den
Versicherungsvertrag abschließt. Versicherte Personen sind jene Personen, deren Krankenhausaufenthalte versichert sind.
Versicherer ist die WIENER STÄDTISCHE Versicherung AG Vienna Insurance Group.

1. Was ist versichert?

- 1.1. Versichert sind stationäre Aufenthalte und auch ambulante Operationen zum Zweck der medizinisch notwendigen Heilbehandlung der versicherten Person wegen unmittelbarer Unfallfolgen. Als unmittelbare Unfallfolgen gelten solche Unfallfolgen, die direkt mit dem Unfall im Zusammenhang stehen und vom Arzt innerhalb von 2 Jahren nach dem Unfall behandelt werden. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung, er endet, wenn nach medizinischem Befund die Notwendigkeit der Heilbehandlung nicht mehr besteht. Heilbehandlung ist eine medizinische Behandlung, die nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft geeignet erscheint, die Gesundheit wieder herzustellen, den Zustand zu bessern oder eine Verschlechterung zu verhindern.
- 1.2. Unfall ist ein vom Willen der versicherten Person unabhängiges Ereignis, das plötzlich von außen mechanisch oder chemisch auf den Körper einwirkt und eine körperliche Schädigung nach sich zieht. Als Unfall gelten auch folgende vom Willen der versicherten Person unabhängige Ereignisse:
 - Ertrinken, 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;
 - plötzlich eintretende Meniskusverletzungen, sofern keine Vorschädigung bestanden hat;
 - plötzlich auftretende Verrenkungen von Gliedern sowie Zerrungen und Zerreißen von Gliedmaßen und an der Wirbelsäule befindlichen Muskeln, Sehnen, Bändern und Kapseln, sofern keine Vorschädigung bestanden hat
- 1.3. Krankheiten gelten nicht als Unfälle, übertragbare Krankheiten auch nicht als Unfallfolgen. 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.
- 1.4. Unfälle als Folge eines Herzinfarkts oder Schlaganfalls sind mitversichert. Ein Herzinfarkt oder Schlaganfall gelten jedoch in keinem Fall als Unfallfolge.
- 1.5. 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.
- 1.6. Für Bauch- und Unterleibsbrüche jeder Art wird eine Leistung nur erbracht, wenn sie durch eine von außen kommende mechanische Einwirkung direkt herbeigeführt worden sind und nicht anlagebedingt waren.
- 1.7. Als Versicherungsfälle gelten auch von einem Sozialversicherungsträger bewilligte Aufenthalte in Sonderkrankenanstalten zwecks Rehabilitation nach Unfällen. Der Unterbringung durch die Sozialversicherung gleichzustellen ist die Gewährung eines täglichen Zuschusses für einen Aufenthalt in einer derartigen Sonderkrankenanstalt.
- 1.8. Versichert sind auch:
 - Kosmetische Behandlungen und Operationen, soweit diese Maßnahmen stationär vorgenommen werden müssen und der Beseitigung von unmittelbaren Unfallfolgen dienen.
 - Zahnimplantationen sowie die damit in ursächlichem Zusammenhang stehenden Maßnahmen und Folgen, wenn sie der Beseitigung von unmittelbaren Unfallfolgen dienen.

2. Was wird vom Versicherer geleistet?

- 2.1. Die aus Ihrem Versicherungsschein ersichtliche Taggeldsumme wird von uns für jeden Tag einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung wegen unmittelbarer Unfallfolgen gemäß Punkt 1. ausgezahlt. Für mitversicherte Kinder vor Vollendung des 18. Lebensjahres werden generell 50 % der jeweils für Erwachsene vorgesehenen Barleistungen ausgezahlt.
- 2.2. Wahlweise können Sie von uns an Stelle der Taggeldauszahlung auch den Ersatz der Aufzahlungskosten für die Sonderklasse-Zweibettzimmer für die medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung der versicherten Person wegen unmittelbarer Unfallfolgen bis zu den in der Ihrem Versicherungsschein beiliegenden Leistungsübersicht angeführten Beträgen für versicherte Heilbehandlungen in Österreich sowie in allen öffentlichen Krankenhäusern aller Staaten der Welt verlangen; in privaten Spitälern erbringen wir jene Leistung, die wir für die entsprechende Behandlung mit einem Wiener Vertragskrankenhaus vereinbart haben. In den USA ersetzen wir wahlweise für alle versicherten Krankenhausaufenthalte Ihre Krankenhausgebühren und Arzthonore für Aufenthalte in einem Zweibettzimmer abzüglich der Leistung des Sozialversicherungsträgers, wenn die Kostenverrechnung über einen vom Versicherer beauftragten Assistenten erfolgt.
- 2.3. Im übrigen werden im Versicherungsfall Leistungen bis zu den Beträgen erbracht, die sich aus der Ihrem Versicherungsschein beiliegenden Leistungsübersicht ergeben. Für die Einstufung von Operationen ist das jeweilige mit der Ärztekammer Wien zuletzt vereinbarte Operationsgruppenverzeichnis maßgebend. Dieses wird dem Versicherungsnehmer auf Verlangen ausgehändigt. Bei Mehrfachoperationen wird die höchste Operationsgruppe abgegolten. Dies gilt auch für ambulante Operationen. Als Operationskosten gelten das Honorar des Operateurs, des Anästhesisten, der bei der Operation assistierenden Ärzte und die Kosten des Pflegepersonals für die Operation einschließlich Vor- und Nachbehandlung. Damit verbundene Sachkosten, wie zum Beispiel Kosten von Körperersatzstücken, Implantaten und sonstigen therapeutischen Behelfen wie insbesondere Apparaturen, die Organe ersetzen oder in ihrer Funktion unterstützen, werden nicht gesondert ersetzt.
- 2.4. Besteht Anspruch auf gleichartigen Kostenersatz aus einem anderen, bei welchem Versicherer auch immer bestehenden Versicherungsvertrag, aus der Sozialversicherung oder gegenüber sonstigen Dritten, sind wir berechtigt, diesen Ersatz auf unsere Leistungen anzurechnen. Sie sind verpflichtet, uns diese Ansprüche abzutreten, insoweit wir Kostenersatz geleistet haben.
- 2.5. Bei Behandlung durch Ehegatten, Lebensgefährten, Partner eingetragener Partnerschaften, Eltern oder Kinder, Stiefeltern oder Stiefkinder sowie Schwiegereltern oder Schwiegerkinder des Versicherten werden nur die nachgewiesenen Sachkosten erstattet.
- 2.6. Die versicherte Person hat die zumutbaren Vorgaben des Versicherers hinsichtlich der Leistungsverrechnung (insbesondere die Zustimmung zur Abwicklung über einen Assistenten des Versicherers etc.) zu beachten.
- 2.7. Bei planbaren Krankenhausaufenthalten ist der Versicherer so rechtzeitig vor Aufnahme der versicherten Person im Krankenhaus zu verständigen, dass eine angemessene Prüfung des Leistungsanspruches gemäß Punkt 2.2. und gegebenenfalls die Anforderung und Übermittlung weiterer zur Prüfung notwendigen Unterlagen (Kostenvoranschlag etc.) erfolgen kann.

3. **Welche Informations- und Organisationsleistungen bieten wir Ihnen im Zusammenhang mit der medizinischen Behandlung Ihrer Unfallfolgen? Erhalten Sie auch Transportkosten ersetzt?**

Im Zusammenhang mit einem versicherten Unfallereignis stehen Ihnen die angeführten Informations- und Organisationsleistungen im Rahmen eines telefonischen 24-Stunden-Services zur Verfügung:

- 3.1. Die Informationsleistungen umfassen
 - a) die Erteilung detaillierter Auskünfte über Ärzte, Krankenhäuser, Reha-Einrichtungen und andere medizinische Dienstleistungsanbieter.
 - b) die Erteilung ärztlicher Informationen und Auskünfte zu medizinischen Fragen, medizinischen Behandlungen aller Art (auch Komplementärmedizin), Medikamenten etc.
 - c) die Benennung von Notfalladressen, wie beispielsweise Apothekennotdienste, ärztliche Bereitschaftsdienste, Zahnarztendienste für den Raum Österreich.
- 3.2. Die Organisationsleistungen bestehen in der
 - a) Organisation der Reise (Ticket- und/oder Hotelbuchung) zum Zweck einer medizinisch notwendigen Behandlung im Ausland.
 - b) Organisation von medizinisch notwendigen Transporten mit PKW, Kranken-, Rettungs- und Notarztwagen, per Stretcher, Helikopter oder Ambulanzflugzeug zur stationären Behandlung im In- und Ausland.
 - c) Benachrichtigung von Angehörigen.
 - d) Organisation von Bargeldvorlagen, Kautionen oder Kostenübernahmeerklärungen für stationäre Behandlungen.
 - e) Organisation der Nachsendung von Bescheinigungen und Dokumenten.
 - f) Organisation der Heimreise (z. B. Ticketumbuchung).
- 3.3. Vollen Kostenersatz erhalten Sie von der Wiener Städtischen auch für
 - a) den Transport zur geplanten stationären Behandlung ins Ausland sowie den Rücktransport, wenn diese Behandlung aufgrund des medizinischen Standards in Österreich nicht durchführbar ist.
 - b) einen medizinisch notwendigen Transport zur stationären Weiterbehandlung im Inland sowie den Rücktransport.
 - c) die Bescheinigung der Flugtauglichkeit im Falle einer Rückholung aus dem Ausland.
 - d) eine medizinische Begleitung auf der Heimreise aus dem Ausland, wenn diese aus ärztlicher Sicht notwendig ist.
 - e) die Beschaffung und den Transport von Blutkonserven und Seren sowie Medikamenten ins Ausland bei deren Verlust.
 - f) die Begleitung von Kindern bis 12 Jahren im Spital sowie für die Reise ins Ausland und zurück.

Die Leistungen nach Ziffer a) bis f) werden nur erbracht, wenn es sich um eine medizinisch notwendige Maßnahme im Zusammenhang mit einem versicherten Unfallereignis im Sinne der Allgemeinen Versicherungsbedingungen handelt. Weiters werden die Leistungen a) bis b) nur erbracht, wenn sie von einem von der Wiener Städtischen beauftragten Unternehmen organisiert werden.

4. **Welche zusätzlichen Serviceleistungen (Assistance-Leistungen) können Sie beanspruchen?**

- 4.1. Mitversichert sind Organisation bzw. Kostenübernahme nachstehend angeführter Serviceleistungen. Voraussetzung für die Inanspruchnahme dieser Leistungen ist ein zumindest 24-stündiger Spitalaufenthalt einer versicherten Person wegen Unfallfolgen, für den aus diesem Tarif Versicherungsschutz besteht. Die nachfolgenden Leistungen können von Ihnen allerdings bereits ab dem Eintritt des Ereignisses in Anspruch genommen werden, wenn die Voraussetzung eines mindestens 24-stündigen Spitalaufenthalts mit großer Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist.
- 4.2. Kosten für Serviceleistungen im Haushaltsbereich werden ersetzt, soweit diese notwendig sind und nicht von einer anderen in Ihrem Haushalt lebenden Person übernommen werden können. Darunter fallen z. B.

- häusliche Versorgung der versicherten Person
- Essensversorgung
- Wohnungsreinigung, Wohnungssicherung
- Versorgung von Kindern im selben Haushalt
- Versorgung von Haustieren im selben Haushalt
- unaufschiebbare Behördenwege

Diese Leistungen werden für Sie organisiert und die dadurch entstehenden Kosten bis zu dem in der Leistungsübersicht zum Versicherungsschein angeführten Betrag pro Tag übernommen. Dazu genügt ein kurzer Anruf unter unserer Service-Nummer. Der Servicedienst der Wiener Städtischen meldet sich - rund um die Uhr. Sollten Sie diese Leistungen von Professionisten eigenständig durchführen lassen, erhalten Sie Kostenersatz bis zu dem in der Leistungsübersicht zum Versicherungsschein angeführten Betrag pro Tag. Im Falle der Betreuung von Kindern bis zum 15. Lebensjahr durch Nachbarn, Bekannte oder Verwandte, die nicht im gleichen Haushalt leben, werden nachgewiesene Kosten bis zu dem in der Leistungsübersicht zum Versicherungsschein angeführten Betrag pro Tag ersetzt. Pro Kalenderjahr und Vertrag ist die Inanspruchnahme von Serviceleistungen auf insgesamt 6 Wochen beschränkt. Diese Hilfeleistungen werden nur in Österreich übernommen. Pro Tag wird insgesamt maximal der in der Leistungsübersicht zum Versicherungsschein angeführte Betrag ersetzt.

- 4.3. Falls Ihnen aus einem versicherten Unfall für die erstmalige Rechtsberatung und/oder für einen Dolmetscher Kosten erwachsen, ersetzen wir Ihnen Kosten bis zu dem in der Leistungsübersicht zum Versicherungsschein angeführten Betrag.
- 4.4. Nach einem versicherten Unfall mit Dauerfolgen organisiert unser Servicedienst auf Wunsch die nachstehenden Dienstleistungen:
- Beratung für Lebensplanung
 - Psychologische Beratung
 - Beratung für Wohnungsumbau
 - Beratung für Berufsumschulung

5. **Wer kann nach diesem Tarif versichert werden?**

Versichert können nur Personen werden, die erwerbsfähig und jünger als 65 Jahre sind, und ihren ordentlichen Wohnsitz in Österreich haben, sofern nicht eine andere Vereinbarung getroffen wird. Personen, die einen Anspruch auf Pension (Berufs- (Erwerbs-)unfähigkeits-, oder Invaliditätspension) oder auf eine Versehrtenrente haben, können nicht versichert werden. Auch Kinder können versichert werden.

6. **Was ist bei der Antragstellung zu beachten?**

- 6.1. Als Versicherungsnehmer stellen Sie einen Antrag auf Abschluss der Versicherung in geschriebener Form. An diesen Antrag sind Sie sechs Wochen lang gebunden.
- 6.2. Vertragsgrundlagen sind Ihr Versicherungsantrag, der Versicherungsschein, die Leistungsübersichten und die Versicherungsbedingungen. Soweit nichts Abweichendes vereinbart ist, gilt österreichisches Recht, insbesondere das Versicherungsvertragsgesetz.

7. **Wann beginnt der Versicherungsschutz?**

Der Versicherungsschutz beginnt mit Abschluss des Versicherungsvertrags, jedoch nicht vor Bezahlung der ersten Prämie und nicht vor dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn). Wird der Versicherungsschein nach diesem Zeitpunkt ausgehändigt, die Prämie sodann aber innerhalb von 14 Tagen bezahlt, so beginnt der Versicherungsschutz mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt.

8. **Für welche Krankenanstalten besteht Versicherungsschutz?**

- 8.1. Stationäre Heilbehandlung im Sinne dieser Versicherungsbedingungen ist eine Heilbehandlung im Rahmen eines medizinisch notwendigen stationären Aufenthalts in sanitätsbehördlich genehmigten Krankenanstalten oder Abteilungen von Krankenanstalten, sofern diese ständige ärztliche Anwesenheit vorsehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen, ausschließlich nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft arbeiten, nicht auf die Anwendung bestimmter Behandlungsmethoden ausgerichtet sind sowie Krankengeschichten führen. Als stationär gilt ein Aufenthalt nur, wenn die Art der Heilbehandlung einen Aufenthalt von mindestens 24 Stunden erfordert. Als medizinisch notwendig gilt ein stationärer Aufenthalt insbesondere nicht, wenn er lediglich im Mangel an häuslicher Pflege oder sonstigen persönlichen Verhältnissen der versicherten Person begründet ist oder die Behandlung ambulant erfolgen kann.
- 8.2. In den nachstehend angeführten Krankenanstalten bzw. den entsprechenden Organisationseinheiten und Betriebsformen von Krankenanstalten aller Art werden Leistungen nur insoweit erbracht, als ein operativer Eingriff vorgenommen wird:
- die nicht nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft arbeiten;
 - in denen neben stationärer Heilbehandlung auch Rehabilitationsmaßnahmen oder Kurbehandlungen durchgeführt werden;
 - in denen Langzeitbehandlungen (durchschnittliche Behandlungsdauer von mehr als 28 Tagen) durchgeführt werden.

- 8.3. In den nachstehend angeführten Krankenanstalten bzw. den entsprechenden Organisationseinheiten und Betriebsformen von Krankenanstalten aller Art besteht kein Versicherungsschutz:
- für psychische Erkrankungen bzw. für psychosomatische Behandlungen oder in Zentren für seelische Gesundheit;
 - Geriatrie;
 - Hospizeinrichtungen;
 - in denen vornehmlich Maßnahmen der Palliativmedizin durchgeführt werden;
 - für Alkohol- und Drogenabhängige;
 - für geistig abnorme Rechtsbrecher;
 - zur Pflege wegen Alters oder mangels häuslicher Pflege;
- sowie in
- Sanitätseinrichtungen des Bundesheers;
 - Krankenabteilungen in Justizanstalten (Inquisitenspitälern);
 - selbständigen Ambulatorien (auch wenn die durchzuführende Untersuchung oder Behandlung eine kurzfristige Unterbringung erforderlich macht);
 - Tag- und Nachtkliniken.

9. Mit welchen Einschränkungen des Versicherungsschutzes müssen Sie rechnen?

- 9.1. Für Unfälle, die vor Versicherungsbeginn entstanden sind (= Vorunfälle), besteht kein Versicherungsschutz, auch nicht für später eintretende Folgen dieser Unfälle.
- 9.2. Kein Versicherungsschutz besteht für die Heilbehandlung
- von Folgen von Unfällen, die als Folge eines missbräuchlichen Genusses von Alkohol oder Suchtgiften eintreten;
 - bei Unterbringung wegen Selbst- oder Fremdgefährdung;
 - von Unfällen sowie deren Folgen, die durch aktive Beteiligung an Unruhen, durch schuldhaftige Beteiligung an Schlägereien oder bei der Begehung einer gerichtlich strafbaren Handlung, die Vorsatz voraussetzt, entstehen;
 - von Folgen von Selbstmordversuchen;
 - von auf Vorsatz der versicherten Person beruhende Unfälle, einschließlich deren Folgen;
 - von Unfällen sowie deren Folgen, die durch Kriegsereignisse jeder Art, einschließlich Neutralitätsverletzungen, entstehen;
 - von Unfällen, die sich bei der Benützung von Paragleitern, Hängegleitern und ähnlichen Luftfahrzeugen bzw. -geräten sowie bei Fallschirmabsprüngen ereignen;
 - von Unfällen, die sich bei Beteiligung an motorsportlichen Wettbewerben (auch Wertungsfahrten und Rallyes) und den dazugehörigen Trainingsfahrten ereignen;
 - von Folgen von Unfällen, die sich bei der Teilnahme an Bundes- oder internationalen sportlichen Wettbewerben sowie am offiziellen Training für diese Veranstaltungen ereignen;
 - von Unfällen, die mittelbar oder unmittelbar verursacht werden durch den Einfluss ionisierender Strahlen im Sinne des Strahlenschutzgesetzes (BGBl. Nr. 227/1969) in der jeweils geltenden Fassung oder durch Kernenergie verursacht werden
- 9.3. 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.

10. Was gilt für die Auszahlung der Versicherungsleistungen?

- 10.1. Die Versicherungsleistung wird mit Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalls und des Umfangs der Leistung des Versicherers nötigen Erhebungen erbracht.
- 10.2. Die Versicherungsleistung ist mit Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalls und des Umfangs der Leistung nötigen Erhebungen fällig. Die Fälligkeit tritt jedoch unabhängig davon ein, wenn Sie nach Ablauf von zwei Monaten seit Anmeldung des Versicherungsfalls eine Erklärung verlangen, aus welchen Gründen die Erhebungen noch nicht beendet werden konnten, und wir diesem Verlangen nicht binnen eines Monats entsprechen.
- 10.3. Wir dürfen den jeweiligen Überbringer von Belegen als zum Empfang der darauf entfallenden Versicherungsleistungen berechtigt ansehen.
- 10.4. Die Ansprüche auf Versicherungsleistungen können ohne unsere Zustimmung weder verpfändet noch abgetreten werden. Sie können gegen Forderungen von uns nur aufrechnen, wenn Ihre Gegenforderungen gerichtlich festgestellt oder von uns anerkannt worden sind.
- 10.5. Die Ansprüche auf die Versicherungsleistungen verjähren in drei Jahren. Ist ein Anspruch bei uns angemeldet worden, so ist die Verjährung bis zum Einlangen einer Entscheidung in geschriebener Form von uns gehemmt, die zumindest mit der Anführung einer der Ablehnung zugrunde gelegten Tatsache und gesetzlichen oder vertraglichen Bestimmung begründet ist. Nach 10 Jahren tritt die Verjährung jedenfalls ein.

11. Kann Ruhen des Versicherungsschutzes vereinbart werden?

- 11.1. Sie können in begründeten Fällen für einen im Voraus bestimmten Zeitraum von nicht mehr als zwölf Monaten das Ruhen der Rechte und Pflichten aus dem Versicherungsvertrag beantragen.
- 11.2. Für Versicherungsfälle, die während des Ruhens des Versicherungsvertrags eingetreten sind, besteht kein

Versicherungsschutz. Für die Fortsetzung der Heilbehandlung nach Ende des Ruhens besteht Versicherungsschutz ab dem Ende des Ruhens. Für die Zeit des Ruhens ist von Ihnen ein Anerkennungsbeitrag im Ausmaß von 10 % der Prämie im Voraus für die vereinbarte Dauer des Ruhens zu entrichten. Eine Wiederinkraftsetzung der Versicherung vor Ablauf der vereinbarten Frist können wir von einer Gesundheitsprüfung abhängig machen.

12. Wann endet der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz endet mit der Beendigung des Versicherungsvertrags. Dies gilt auch für bereits vorher eingetretene Versicherungsfälle.

13. Wie berechnet sich Ihre Prämie?

- 13.1. Die Prämie ist eine Monatsprämie und am 1. eines jeden Monats fällig. Die erste Prämie ist spätestens bei Aushändigung des Versicherungsscheins fällig.
- 13.2. Hat ein Kind das 18. Lebensjahr vollendet, sind ab dem nächstfolgenden Monatsersten die Prämien zu bezahlen, den der betreffende Tarif für Versicherte vorsieht, die mit diesem Alter in die Versicherung eintreten. Der Versicherungsnehmer erhält 3 Wochen vor der diesbezüglichen Prämienumstellung die neue Polizza mit der Erwachsenenprämie. Er hat das Recht, innerhalb von 2 Wochen nach Erhalt dieser Polizza den Versicherungsvertrag für das von der Prämienhöhung betroffene Kind zum Umstellungszeitpunkt zu kündigen.
- 13.3. Sind mehr als drei Geschwister unter 18 Jahren unter einem Versicherungsschein mitversichert, ist dennoch die Prämie nur für drei Kinder zu entrichten.
- 13.4. Die Prämien sind für uns kostenfrei zu entrichten.
- 13.5. Für allfällige durch den Versicherungsnehmer veranlasste Mehraufwendungen können Gebühren verrechnet werden.

14. Was geschieht, wenn Sie eine Prämie nicht rechtzeitig bezahlen?

- 14.1. Wenn Sie die erste Prämie nicht innerhalb von 14 Tagen nach der Zustellung des Versicherungsscheins und nach der Aufforderung zur Prämienzahlung bezahlen, sind wir leistungsfrei, es sei denn, dass Sie an der rechtzeitigen Zahlung ohne Verschulden verhindert waren. Wir können außerdem vom Versicherungsvertrag zurücktreten.
- 14.2. Wenn Sie eine Folgeprämie nicht rechtzeitig bezahlen, so erhalten Sie eine Mahnung in geschriebener Form. Bezahlen Sie den Rückstand nicht innerhalb der in der Mahnung gesetzten Frist von zwei Wochen, können wir den Versicherungsvertrag zum Ablauf der Frist kündigen. Außerdem entfällt Ihr Versicherungsschutz, es sei denn, dass Sie an der rechtzeitigen Zahlung ohne Verschulden verhindert waren.
- 14.3. Eingehende Prämienzahlungen werden auf die älteste Prämienschuld angerechnet.

15. Welche Bedeutung haben Ihre Antworten bzw. Aussagen im Versicherungsantrag?

- 15.1. Wir übernehmen den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, dass Sie alle mit dem Antrag verbundenen Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten bzw. dass Ihre Auskünfte richtig sind.
- 15.2. Wenn eine andere Person versichert oder mitversichert werden soll, ist auch diese für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung und für die Richtigkeit dieser Auskünfte verantwortlich.
- 15.3. Sie und die versicherten Personen haben bei der Antragstellung und zwischen Antragstellung und Zustellung (Aushändigung) des Versicherungsscheins alle erheblichen Gefahrumstände anzuzeigen. Jeder Gefahrumstand, nach dem wir ausdrücklich und in geschriebener Form gefragt haben, gilt im Zweifel als erheblich.
- 15.4. Werden Fragen schuldhaft unrichtig oder unvollständig beantwortet bzw. falsche Auskünfte erteilt, können wir innerhalb der ersten drei Jahre nach Abschluss oder Änderung des Versicherungsvertrags vom Versicherungsvertrag zurücktreten. Das Gleiche gilt, wenn die Anzeige eines erheblichen Gefahrumstandes deshalb unterblieben ist, weil Sie sich der Kenntnis des Umstandes arglistig entzogen haben. Wir werden den Rücktritt innerhalb eines Monats ab Kenntnis von der Unrichtigkeit oder Unvollständigkeit der Angaben erklären. Der Rücktritt ist ausgeschlossen, wenn wir den nicht (vollständig) oder unrichtig angezeigten Umstand kannten. Er ist auch ausgeschlossen, wenn die Verletzung der Anzeigepflicht ohne Ihr Verschulden unterblieben ist; haben Sie jedoch einen Umstand nicht angezeigt, nach dem wir nicht ausdrücklich und genau umschrieben gefragt haben, so können wir vom Versicherungsvertrag nur dann zurücktreten, wenn die Anzeige vorsätzlich oder grob fahrlässig unterblieben ist. Hatten Sie die Gefahrumstände an Hand von uns in geschriebener Form gestellter Fragen anzuzeigen, so können wir wegen unterbliebener Anzeige eines Umstandes, nach dem nicht ausdrücklich und genau umschrieben gefragt worden ist, nur im Falle arglistiger Verschweigung zurücktreten. Wird der Versicherungsvertrag von einem Bevollmächtigten oder von einem Vertreter ohne Vertretungsmacht abgeschlossen, so kommt für das Rücktrittsrecht des Versicherers nicht nur die Kenntnis und die Arglist des Vertreters, sondern auch die Kenntnis und die Arglist des Versicherungsnehmers in Betracht. Sie können sich darauf, dass die Anzeige eines erheblichen Umstandes ohne Verschulden unterblieben oder unrichtig gemacht ist, nur berufen, wenn weder dem Vertreter noch Ihnen selbst ein Verschulden zur Last fällt. Diese Bestimmungen gelten sinngemäß auch für sonstige versicherte Personen.
- 15.5. Bei arglistiger Täuschung können wir den Versicherungsvertrag anfechten.
- 15.6. Wenn wir vom Versicherungsvertrag zurücktreten, bleiben wir für einen bereits eingetretenen Versicherungsfall leistungspflichtig, soweit der Umstand, in Ansehung dessen die Anzeigepflicht verletzt wurde, keinen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalles oder auf den Umfang unserer Leistung gehabt hat. Der Versicherungsschutz erstreckt sich jedoch keinesfalls über den Zeitpunkt des Rücktritts. Wir können die Rückzahlung der Leistungen verlangen, die sich auf Tatsachen beziehen, die zum Rücktritt geführt haben.
- 15.7. Treffen die Voraussetzungen für den Rücktritt nur auf einzelne versicherte Personen zu, so kann er auf diese beschränkt werden. Sie haben in diesem Fall das Recht, innerhalb eines Monats nach Erhalt der Rücktrittserklärung den Versicherungsvertrag mit sofortiger Wirkung zur Gänze zu kündigen.
- 15.8. Bei schuldloser Verletzung der Anzeigepflicht können wir, wenn unser Geschäftsplan bei Vorliegen der uns unbekannt gebliebenen Gefahrumstände eine höhere Prämie vorsieht, von Beginn des laufenden Versicherungsjahres an die entsprechend höhere Prämie verlangen. Ist der unbekannt gebliebene Gefahrumstand nach unserem Geschäftsplan auch gegen eine höhere Prämie nicht versicherbar, können wir den Versicherungsvertrag kündigen. Das Gleiche gilt, wenn uns

beim Abschluss des Versicherungsvertrages ein für die Übernahme der Gefahr erheblicher Umstand nicht angezeigt worden ist, weil er Ihnen nicht bekannt war. Wird die höhere Gefahr nach den für unseren Geschäftsbetrieb maßgebenden Grundsätzen auch gegen eine höhere Prämie nicht übernommen, so können wir das Versicherungsverhältnis unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von einem Monat kündigen. Der Anspruch auf die höhere Prämie erlischt, wenn er nicht innerhalb eines Monats von dem Zeitpunkt an geltend gemacht wird, in welchem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht oder von dem nicht angezeigten Umstand Kenntnis erlangt haben. Das Gleiche gilt für das Kündigungsrecht, wenn es nicht innerhalb des bezeichneten Zeitraums ausgeübt wird.

- 15.9. Wir können aus der fahrlässigen Verletzung einer vereinbarten Obliegenheit Rechte nur ableiten, wenn Ihnen vorher die Versicherungsbedingungen oder eine andere Urkunde zugegangen sind, in der die Obliegenheit mitgeteilt wird.
16. **Welche sonstigen Auskunftspflichten sind von Ihnen zu erfüllen?**
- 16.1. Sie und die Versicherten haben uns auf Verlangen jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder des Umfangs der Versicherungsleistung erforderlich ist. Dies umfasst auch die Verpflichtung
- sich auf Verlangen durch einen von uns beauftragten Arzt untersuchen zu lassen,
 - von uns geforderte Unterlagen zur Verfügung zu stellen, sowie - falls dies nicht bereits im Antrag erfolgt ist - Dritte (z. B. Ärzte, Versicherungseinrichtungen, Behörden) von ihrer ärztlichen oder sonstigen Schweigepflicht zu entbinden.
- 16.2. Wird für eine versicherte Person bei einem anderen Versicherer ein Krankenversicherungsvertrag abgeschlossen, so sind wir vom weiteren Versicherungsvertrag unverzüglich zu unterrichten.
- 16.3. Verletzt der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person die Auskunftspflicht des Punktes 16.1., so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei. 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 Versicherungsfalls noch auf die Feststellung oder den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung Einfluss gehabt hat. Punkt 15.9. gilt sinngemäß.
- 16.4. Wird die in Punkt 16.2. genannte Informationspflicht verletzt, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Erbringung von Summenleistungen, wie z. B. Krankenhaus-Tagegeld, Krankenhaus-Ersatztaggeld, Krankengeld oder Kurzuschüssen frei. Der Versicherer kann überdies den Versicherungsvertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Obliegenheitsverletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen. Kündigt der Versicherer innerhalb eines Monats nicht, so kann er sich auf die Leistungsfreiheit nicht berufen. Leistungsfreiheit und Kündigungsrecht bestehen nicht, wenn die Verletzung als eine unverschuldete anzusehen ist. Punkt 15.9. gilt sinngemäß.
17. **Wann können Sie den Versicherungsvertrag kündigen?**
- 17.1. Der Versicherungsvertrag wird auf unbestimmte Zeit abgeschlossen. Sie haben das Recht, den Versicherungsvertrag zum Ende eines jeden Versicherungsjahrs, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer, mit einer Frist von drei Monaten zu kündigen.
- 17.2. Das Versicherungsjahr richtet sich nach dem ursprünglichen Versicherungsbeginn.
- 17.3. Die Kündigung muss schriftlich erfolgen.
- 17.4. Wenn Sie den Versicherungsvertrag hinsichtlich einzelner Personen kündigen, haben wir das Recht, innerhalb einer Frist von einem Monat den Versicherungsvertrag hinsichtlich der übrigen Personen zum gleichen Termin zu kündigen. Der Versicherungsnehmer hat innerhalb eines Monats nach Gegenkündigung durch den Versicherer das Recht, die ursprünglich angesprochene Kündigung zurückzuziehen.
18. **Wann kann der Versicherer den Versicherungsvertrag sonst noch einseitig beenden bzw. was ist die Folge, wenn Sie im Versicherungsfall unrichtige Angaben machen oder sich nicht an ärztliche Verhaltensmaßregeln halten?**
- 18.1. Der Versicherer hat nur in folgenden Fällen das Recht, den Versicherungsvertrag einseitig zu beenden:
- Prämienzahlungsverzug gemäß Punkt 14.1. und 14.2.
 - Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht gemäß Punkt 15.
 - Verletzung von Obliegenheiten gemäß Punkt 16.
 - in Folge der Kündigung durch den Versicherungsnehmer gemäß Punkt 17.4.
 - schuldhaftes Verhalten des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person gemäß dem nachfolgenden Punkt 18.2.. Werden Prämien gemäß Punkt 15.8. erhöht, hat der Versicherungsnehmer das Recht, den Versicherungsvertrag hinsichtlich der betroffenen Personen innerhalb eines Monats vom Zugang der Mitteilung über die Änderung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung zu kündigen.
- 18.2. Wenn Sie oder ein Versicherter eine versicherte Person durch wissentlich falsche Angaben, insbesondere durch Vortäuschung einer Krankheit, Versicherungsleistungen erschleichen oder zu erschleichen versuchen oder bei einer solchen Handlung mitwirken, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei und haben das Recht, den Versicherungsvertrag zur Gänze oder nur hinsichtlich der betroffenen Person innerhalb eines Monats, nachdem wir von der Verletzung Kenntnis erlangt haben, ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist zu kündigen. Das Gleiche gilt, wenn Sie bzw. eine versicherte Person im Krankheitsfall den vom Arzt oder von uns gegebenen zumutbaren Verhaltensmaßregeln vorsätzlich oder grob fahrlässig nicht Folge leisten. 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 Versicherungsfalls gehabt hat. Punkt 15.9. gilt sinngemäß.
- 18.3. Kündigen wir den Versicherungsvertrag hinsichtlich einzelner Personen, haben Sie das Recht, den Versicherungsvertrag hinsichtlich der übrigen Personen innerhalb einer Frist von einem Monat zum gleichen Termin zu kündigen.
19. **Aus welchen sonstigen Gründen endet der Versicherungsvertrag? Kann der Versicherungsvertrag fortgeführt werden? Welche Prämie ist für die Fortführung zu zahlen?**

- 19.1. Der Versicherungsvertrag endet mit Ihrem Tod. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, den Versicherungsvertrag unter Benennung eines künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach Ihrem Tod abzugeben.
- 19.2. Mit dem Tod einer versicherten Person endet der Versicherungsvertrag hinsichtlich dieser Person.
- 19.3. Der Versicherungsvertrag endet ferner durch Verlegung Ihres Wohnsitzes oder des Wohnsitzes der versicherten Person ins Ausland, es sei denn, dass eine andere Vereinbarung getroffen wird. 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. Die Bestimmungen des Punktes 19.1. gelten sinngemäß.
20. **Unter welchen Voraussetzungen erhalten Sie von uns eine Invaliditäts-Barleistung?**
 Wenn aufgrund eines versicherten Unfalls
- eine zumindest 50%ige Minderung ihrer Erwerbsfähigkeit eintritt und deshalb
 - ein Anspruch auf Berufs-(Erwerbs-)unfähigkeits-, oder Invaliditätspension oder auf eine Schwerversehrtenrente entsteht, zahlen wir einmalig eine Invaliditäts-Barleistung aus.
21. **Was gilt für Erklärungen, die den Versicherungsvertrag betreffen?**
- 21.1. Für Ihre sämtlichen Anzeigen und Erklärungen an uns ist die geschriebene Form erforderlich, sofern nicht die Schriftform ausdrücklich und mit gesonderter Erklärung vereinbart wurde. Der geschriebenen Form wird durch Zugang eines Textes in Schriftzeichen entsprochen, aus dem die Person des Erklärenden hervorgeht (z. B. Telefax oder E-Mail). Schriftform bedeutet, dass dem Erklärungsempfänger das Original der Erklärung mit eigenhändiger Unterschrift des Erklärenden zugehen muss. Die qualifizierte elektronische Signatur gemäß § 4 Signaturgesetz ist der eigenhändigen Unterschrift nicht gleichgestellt.
- 21.2. Haben Sie Ihre Anschrift geändert, dies uns aber nicht mitgeteilt, so genügt zur Rechtswirksamkeit unserer Erklärungen an Sie die Absendung eines Briefes an die Anschrift, die Sie uns zuletzt bekanntgegeben haben. Die Erklärung wird in dem Zeitpunkt wirksam, in welchem sie Ihnen ohne die Änderung der Anschrift bei regelmäßiger Beförderung zugegangen wäre. Bei vereinbarter elektronischer Kommunikation gilt dies nur, wenn wir Sie rechtzeitig elektronisch von der Zusendung eines Briefes und von den genannten Folgen einer unterbleibenden Mitteilung der Anschriftsänderung verständigt haben (sofern die elektronische Verständigung möglich war). Dies gilt sinngemäß für Erklärungen gegenüber einer versicherten Person.
22. **Unter welchen Voraussetzungen können die Prämie oder der Versicherungsschutz geändert werden (Anpassung)?**
- 22.1. Die Versicherungsleistungen werden in ihrem Wert durch periodische Anpassungen erhalten. Dazu wird am Ende eines jeden Kalenderjahrs das versicherte Krankenhaus-Tagegeld mit der für das nächste Kalenderjahr kundgemachten Aufwertungszahl gemäß § 108a des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes multipliziert. Die sich dabei ergebende Änderung wird nicht durchgeführt, wenn sie weniger als 4 % beträgt oder das Versicherungsverhältnis noch nicht mindestens zwölf Monate bestanden hat. Sie wird jedoch in die nächste Berechnung einbezogen. Sobald die auf diese Weise berechnete Änderung mindestens 4 % beträgt, wird sie durchgeführt, wobei auf volle EURO auf- oder abgerundet wird. Wird die Aufwertungszahl nicht mehr verlautbart, gelten die an ihrer Stelle verlautbarten Werte als Maßstab für die Änderungen.
- 22.2. Als für Änderungen der Prämie oder des Versicherungsschutzes maßgebende Umstände im Sinne des §178f Versicherungsvertragsgesetz gelten auch die Veränderungen folgender Faktoren:
- der durchschnittlichen Lebenserwartung
 - der Häufigkeit der Inanspruchnahme von Leistungen nach Art der vertraglich vorgesehenen und deren Aufwändigkeit, 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; bei der Festsetzung der Höhe der Anpassung bleiben jedoch Gebühren und/oder Honorare, über deren Höhe ein Einvernehmen mit dem Versicherer nicht hergestellt worden ist, außer Betracht.
 - des Gesundheitswesens oder der dafür geltenden gesetzlichen Bestimmungen.
- 22.3. Die Erklärung einer rückwirkenden Änderung der Prämie oder des Versicherungsschutzes ist unwirksam; die Erklärung wirkt erst ab dem der Absendung folgenden Monatsersten vom Zeitpunkt der Anpassung an.
- 22.4. Vom Zeitpunkt der Anpassung an ändert sich die Prämie entsprechend den geänderten Versicherungsleistungen.
- 22.5. Erhöht der Versicherer die Prämie, so hat er dem Versicherungsnehmer auf dessen Verlangen die Fortsetzung des Vertrages mit höchstens gleichbleibender Prämie und angemessen geänderten Leistungen anzubieten. Auf dieses Recht werden wir Sie in unserer Benachrichtigung über die Prämienhöhung ausdrücklich nochmals hinweisen.

"EUROPAHELPE" MIT SONDERKLASSE NACH FAHRZEUGUNFÄLLEN "WORLDWIDEHELPE" MIT SONDERKLASSE NACH UNFÄLLEN - INFORMATIONEN FÜR DEN VERSICHERUNGSNEHMER

Version: 58KW109 (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 Ihrem Versicherungsantrag beiliegenden Unterlagen.

Vertragsspitäler in der Krankenhauskostenversicherung

Bitte entnehmen Sie die aktuelle Vertragsspitalsliste unserer Homepage wienersaetdtische.at/krankenhaeuser. Sollte eine Änderung der Vertragsspitalsliste nach Vertragsabschluss erforderlich sein, werden Sie gesondert informiert. Die Leistungen für Nichtvertragsspitäler entnehmen Sie bitte der jeweils aktuellen Leistungsübersicht für den von Ihnen gewählten Tarif. Sie erhalten beide Unterlagen gemeinsam mit dem Versicherungsvertrag, sollten Sie diese Unterlagen vorher wünschen, senden wir sie Ihnen gerne zu.

Wartezeiten nach Versicherungsbeginn

Für Entbindungen einschließlich der wegen Schwangerschaft erforderlichen Untersuchungen sowie für die damit im Zusammenhang stehenden medizinisch notwendige Heilbehandlungen und für Fehlgeburten besteht mangels anderer Vereinbarung Versicherungsschutz erst nach Ablauf einer Wartezeit von neun Monaten, es sei denn, es handelt sich nachweislich um eine nach Vertragsabschluss, während der Versicherungsdauer eingetretene Schwangerschaft. Bei Zahnkostentarifen besteht erst nach einer Wartezeit von sechs Monaten Versicherungsschutz.

Leistungsausschlüsse

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

- für Heilbehandlungen, die vor Versicherungsbeginn begonnen haben;
- für Heilbehandlung von Krankheiten und Unfallfolgen, die als Folge eines missbräuchlichen Genusses von Alkohol oder Suchtgiften eintreten, sowie für Entziehungsmaßnahmen und Entziehungskuren;
- in Krankenanstalten und Abteilungen für Geriatrie.

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

Sollte der Versicherer individuelle Wartezeiten und/oder Leistungsausschlüsse im Versicherungsschein (= Polizze) festlegen, hat der Versicherungsnehmer das Recht, innerhalb eines Monats nach Empfang der Polizze in geschriebener Form zu widersprechen (§ 5 Versicherungsvertragsgesetz, BGBl. Nr. 2/1959, in der jeweils geltenden Fassung), sodass kein Krankenversicherungsvertrag zustande kommt.

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 Aufwändigkeiten, 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.

Es kann jedoch vereinbart werden, dass eine zunächst geringere Prämie ab einem bestimmten Lebensalter des Versicherten auf denjenigen Betrag angehoben wird, den der betreffende Tarif für Versicherte vorsieht, die mit diesem Alter in die Versicherung eintreten; dieses Lebensalter darf nicht über 20 Jahren liegen. Unsere Allgemeinen Versicherungsbedingungen sehen eine entsprechende Prämienumstellung mit der Vollendung des 20. Lebensjahres vor (Tarife wwHELP/EuropaHELP/Kur: 18 Jahre; Tarif BESSER LEBEN Junior wird mit dem 14. Geburtstag auf den Erwachsenentarif umgestellt).

Nähere Informationen zur Prämienentwicklung in den letzten fünf Jahren entnehmen Sie bitte den Unterlagen zu dem Tarif, für den Sie einen Vertragsabschluss planen. 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 verlangen, dass ihm der Versicherer ein Angebot für die Fortsetzung des Vertrages mit höchstens gleichbleibender Prämie und angemessen geänderten Leistungsumfang unterbreitet.

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 frühestens zum Ablauf des dritten Versicherungsjahres.

Kündigt der Versicherungsnehmer den Versicherungsvertrag hinsichtlich einzelner Personen, hat der Versicherer das Recht, innerhalb einer Frist von einem Monat den Versicherungsvertrag hinsichtlich der übrigen Personen zum gleichen Termin zu kündigen.

- 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 Versicherungsfalles 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.

- **Verletzung einer Obliegenheit vor Abschluss des Versicherungsvertrages:**

Der Versicherungsnehmer und der Versicherte haben vor Abschluss des Vertrages alle erheblichen Gefahrenumstände anzuzeigen. Jeder Gefahrenumstand, nach dem der Versicherer ausdrücklich gefragt hat, gilt im Zweifel als erheblich.

Hat der Versicherungsnehmer oder ein Versicherter die Anzeigepflicht über erhebliche Gefahrenumstände schuldhaft verletzt, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten.

Bei schuldloser Verletzung der Anzeigepflicht, kann der Versicherer von Beginn des laufenden Versicherungsjahres an die entsprechend höhere Prämie verlangen. Der Versicherer kann das Versicherungsverhältnis unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von einem Monat kündigen, wenn die höhere Gefahr nach den für den Geschäftsbetrieb des Versicherers maßgebenden Grundsätzen auch gegen eine höhere Prämie nicht übernommen wird.

- **Verletzung einer Obliegenheit während des Bestehens des Versicherungsvertrages:**

Wird für eine versicherte Person bei einem anderen Versicherer ein Krankenversicherungsvertrag abgeschlossen, ist der Versicherer vom weiteren Versicherungsvertrag unverzüglich zu unterrichten.

Wird diese Informationspflicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt, kann der Versicherer den Versicherungsvertrag kündigen.

- 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.
- Tod des Versicherungsnehmers.
Bei Tod des Versicherungsnehmers hat der Versicherte das Recht, den Versicherungsvertrag unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tod des Versicherungsnehmers abzugeben.
- Wohnsitzverlegung des Versicherungsnehmers oder des Versicherten ins Ausland ohne Sondervereinbarung.
Bei entsprechender Wohnsitzverlegung des Versicherungsnehmers hat der Versicherte, der seinen Wohnsitz nicht ins Ausland verlegt, das gleiche Fortsetzungsrecht wie beim Tod des Versicherers.

Rechtliche und wirtschaftliche Folgen einer Kündigung

Eine Kündigung ist mit folgenden nachteiligen Konsequenzen verbunden:

Sollte in der Zukunft ein Neuabschluss gewünscht werden, ist einerseits eine neuerliche Gesundheitsprüfung erforderlich und wird andererseits die Prämie nach dem dann aktuellen Lebensalter des Versicherten berechnet.

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

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 außerdem 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 wienersaetdtische.at/unternehmen/investor-relations/berichte abrufbar.

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 Nottfällen 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 Versicherungsfalls 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 Versicherungsfalls 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 wienersaetdtsche.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).