

ALLGEMEINE BEDINGUNGEN FÜR DIE UNFALL-ASSISTANCE**Inhaltsverzeichnis**

- Artikel 1 Gegenstand und Umfang der Versicherung
Artikel 2 Abwicklung, Beauftragung von Dritten, Voraussetzungen für die Geltendmachung von Leistungen
Artikel 3 Begriffsbestimmungen
Artikel 4 Zeitlicher Geltungsbereich
Artikel 5 Örtlicher Geltungsbereich
Artikel 6 Versicherungsfall
Artikel 7 Risikoausschlüsse
Artikel 8 Versicherte Personen/Ausübung der Rechte aus dem Versicherungsvertrag
Artikel 9 Versicherungsprämie, Beginn des Versicherungsschutzes, Sofortschutz, Fälligkeit der Prämie
Artikel 10 Leistungen
Artikel 11 Leistungsbegrenzungen, Subsidiarität
Artikel 12 Obliegenheiten
Artikel 13 Fälligkeit der Versicherungsleistung, Verjährung
Artikel 14 Abtretung und Verpfändung von Versicherungsansprüchen
Artikel 15 Regressrecht des Versicherers
Artikel 16 Ansprüche des Versicherers gegenüber Dritten
Artikel 17 Haftungsausschluss
Artikel 18 Beendigung des Versicherungsvertrages

Artikel 1**Gegenstand und Umfang der Versicherung**

1. Der Versicherer informiert, berät, organisiert Hilfs- und Beistandsleistungen und trägt in den hierfür vorgesehenen Fällen (Artikel 10) die den versicherten Personen entstehenden Kosten.
2. Versicherungsschutz wird im jeweiligen Versicherungsfall im Umfang und nach Maßgabe dieser Versicherungsbedingungen geboten.

Artikel 2**Abwicklung, Beauftragung von Dritten, Voraussetzungen für die Geltendmachung von Leistungen**

1. Der Versicherer hat eine Notfallzentrale eingerichtet, die das gesamte Jahr hindurch rund um die Uhr in Betrieb ist. Voraussetzung für die Inanspruchnahme von Leistungen aus dem gegenständlichen Versicherungsvertrag ist, dass in allen Fällen diese Notfallzentrale telefonisch unter der Telefonnummer, die auf der Kundenkarte und der Polizze angeführt ist, kontaktiert wird.
2. Aufgrund eines solchen Anrufes erteilt die Notfallzentrale die gewünschten Informationen oder organisiert sämtliche notwendige Hilfs- und Beistandsmaßnahmen, insbesondere alle erforderlichen Kontakte zu ärztlichen Einrichtungen, diesbezüglichen Fachinstituten, Dienstleistungsunternehmen und Reha Einrichtungen.
In jenen Fällen, in denen der Versicherer darüber hinaus nach Maßgabe von Artikel 10 auch Kosten solcher Hilfs- und Beistandsleistungen trägt, erfolgt die Beauftragung von Dritten mit der Erbringung von Leistungen aus dem gegenständlichen Versicherungsvertrag durch den Versicherungsnehmer oder die versicherten Personen selbst oder über deren Auftrag durch die Notfallzentrale im Namen und auf Rechnung des Versicherungsnehmers oder der jeweiligen versicherten Personen. In all diesen Fällen entsteht kein direktes Vertragsverhältnis zwischen dem beauftragten Dritten und dem Versicherer (Artikel 17).
3. Ein Anspruch auf Kostenersatz aus dem gegenständlichen Versicherungsvertrag, gemäß Artikel 10 besteht jedoch nicht,

wenn Hilfs- und Beistandsleistungen vom Versicherungsnehmer oder den versicherten Personen ohne vorherige Zustimmungen der Notfallzentrale selbst organisiert oder Dritte vom Versicherungsnehmer oder den versicherten Personen direkt ohne Einschaltung der Notfallzentrale gemäß Punkt 1 und 2 beauftragt werden.

Artikel 3**Begriffsbestimmungen**

1. Notfall
1.1 Ein Notfall ist ein Ereignis - resultierend aus einem Unfall einer versicherten Person - welches sofortige Maßnahmen erfordert, um den Eintritt eines im Rahmen des abgeschlossenen Versicherungsvertrages erfassten Schaden an den versicherten Personen und/oder Haustieren abzuwenden, zu mindern oder Folgeschäden an den versicherten Personen und/oder Haustieren zu vermeiden.
Diese erforderlichen sofortigen Maßnahmen sind weiters auch nicht durch eine mit der versicherten Person im gemeinsamen Haushalt lebenden Person zu verrichten.
2. Wohnsitz
Als Wohnsitz gilt der in Österreich gelegene Ort, an dem der Versicherungsnehmer seinen bei der Behörde gemeldeten Hauptwohnsitz begründet hat.
3. Unfall
Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.
Als Unfall gelten auch folgende Ereignisse:
Verrenkungen von Gliedern sowie Zerrungen und Zerreißen von an Gliedmaßen und an der Wirbelsäule befindlichen Muskeln, Sehnen, Bändern und Kapseln sowie Meniskusverletzungen.
Krankheiten gelten nicht als Unfälle, übertragbare Krankheiten auch nicht als Unfallfolgen. Dies gilt nicht für Kinderlähmung und die durch Zeckenbiss übertragene Frühsommer-Meningoencephalitis sowie für Wundstarrkrampf und Tollwut.
Der Versicherungsschutz gilt auch für Unfälle, die die versicherte Person als Fluggast in motorischen Luftfahrzeugen erleidet. Als Fluggast gilt, wer weder mit dem Betrieb des Luftfahrzeuges in ursächlichem Zusammenhang steht noch ein Luftfahrzeug zur Ausübung einer beruflichen Tätigkeit verwendet.
4. Fahrtkosten
Besteht aufgrund des gegenständlichen Versicherungsvertrages Anspruch auf Ersatz der Fahrtkosten (Artikel 10, Pkt. 3.9 und Artikel 10, Punkt 3.10), werden folgende Kosten übernommen:
 - 4.1 die Kosten eines Taxis bis maximal EUR 50,-;
 - 4.2 die Kosten eines öffentlichen Verkehrsmittels, im Fall der Benützung der Bahn die Bahnfahrt 1. Klasse;
 - 4.3 ab einer Fahrstrecke von 1000 Bahnkilometern erfolgt auf Wunsch die Übernahme der Kosten für einen Linienflug der Economy-Klasse.
5. Reise
Als Reise gilt jede Abwesenheit der versicherten Person von ihrem Wohnsitz bis zu einer Höchstdauer von fortlaufend acht Wochen. Bei Reisen, die ausschließlich oder überwiegend beruflichen Zwecken dienen, besteht Versicherungsschutz für maximal 10 Tage.
6. Nahestehende Person
Als nahestehende Personen gelten ausschließlich die Eltern, Kinder, Ehe- bzw. Lebenspartner, Enkel, Geschwister, Großel-

Fragen zu Vertrag, Schaden, Zahlung?

TIROLER Kundenservice
Tel. 050 30 8000
service@tiroler.at

TIROLER VERSICHERUNG V.a.G.
Wilhelm-Greil-Straße 10
A-6020 Innsbruck

Tel. 0512-5313-0
Fax 0512 5313-1299
mail@tiroler.at | www.tiroler.at

Landesgericht Innsbruck
FN 32927 Y
ATU 317 26 905

tern, Schwiegereltern und Schwiegerkinder.

7. Erkrankung

Eine Erkrankung ist ein nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft anormaler körperlicher oder geistiger Zustand.

Artikel 4

Zeitlicher Geltungsbereich

Die Versicherung erstreckt sich auf Versicherungsfälle, die während der Laufzeit des Versicherungsvertrages eintreten.

Artikel 5

Örtlicher Geltungsbereich

Es gilt weltweiter Versicherungsschutz, sofern bei den einzelnen Leistungen gemäß Artikel 10 nicht entsprechende Einschränkungen oder Abweichungen angeführt sind.

Artikel 6

Versicherungsfall

Versicherungsfall ist bei der Inanspruchnahme von

1. Informations- und Organisationsleistungen gemäß Artikel 10, Punkt 1 und 2 der Bedarf der versicherten Person an diesen Leistungen.
2. Informations-, Organisations- und Versicherungsleistungen gemäß Artikel 10, Punkt 3 ein Unfall während einer Reise rund um die versicherte Person.
3. Informations-, Organisations- und Versicherungsleistungen gemäß Artikel 10, Punkt 4 der Bedarf der versicherten Person an diesen Leistungen.

Artikel 7

Risikoausschlüsse

Kein Versicherungsschutz besteht für sämtliche Versicherungsfälle,

1. die bei der Benützung von Luftfahrtgeräten und bei Fallschirmabsprüngen sowie bei der Benützung von Luftfahrzeugen eintreten, soweit sie nicht unter die Bestimmungen des Artikel 3, Punkt 3, fällt;
2. die bei Beteiligung an motorsportlichen Wettbewerben (auch Wertungsfahrten und Rallyes) und den dazugehörigen Trainingsfahrten entstehen;
3. bei der Teilnahme an Landes-, Bundes- oder internationalen Wettbewerben auf dem Gebiet des nordischen und alpinen Schisports, des Snowboardens sowie Freestyleing, Bob-, Skibob-, Skeletonfahrens oder Rodeln sowie am offiziellen Training für diese Veranstaltungen;
4. die beim Versuch oder der Begehung gerichtlich strafbarer Handlungen durch die versicherte Person eintreten, für die Vorsatz Tatbestandsmerkmal ist;
5. die unmittelbar oder mittelbar mit Kriegsereignissen jeder Art zusammenhängen;
6. durch innere Unruhen, wenn die versicherte Person daran auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;
7. die mittelbar oder unmittelbar
- 7.1 durch jegliche Einwirkung von Nuklearwaffen, chemischen oder biologischen Waffen,
- 7.2 durch Kernenergie,
- 7.3 oder durch den Einfluss ionisierender Strahlen im Sinne der jeweils geltenden Fassung des Strahlenschutzgesetzes,
- 7.4 außer jene, die durch Heilbehandlungen aufgrund eines Versicherungsfalles veranlasst waren, verursacht werden;
8. die die versicherte Person infolge "einer Bewusstseinsstörung" oder einer wesentlichen Beeinträchtigung ihrer psychischen Leistungsfähigkeit durch Alkohol, Suchtgifte oder Medikamenten erleidet;

9. durch Gesundheitsschäden bei Heilmaßnahmen oder Eingriffen am Körper der versicherten Person Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Heilmaßnahmen oder Eingriffe durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall veranlasst waren.

Artikel 8

Versicherte Personen/Ausübung der Rechte aus dem Versicherungsvertrag

1. Versicherungsschutz besteht für den Versicherungsnehmer und den sich aufgrund des zugrundeliegenden Unfall-Versicherungsvertrages ergebenden mitversicherten Personen (versicherte Personen).
2. Jedenfalls unversicherbar und dadurch nicht versichert sind Personen, die dauernd vollständig arbeitsunfähig oder von schwerem Nervenleiden befallen sind, sowie Geisteskranke. Vollständige Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn der versicherten Person infolge Krankheit oder Gebrechen nach medizinischen Gesichtspunkten die Ausübung einer Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann und auch tatsächlich keine Erwerbstätigkeit vorliegt. Hinsichtlich einer unversicherbaren Person kommt ein Versicherungsvertrag nicht zustande. Wenn die versicherte Person während der Laufzeit des Versicherungsvertrages unversicherbar geworden ist, erlischt der Versicherungsschutz. Gleichzeitig endet der Vertrag für diesen Versicherten.
3. Alle versicherten Personen sind jeweils für sich für die Erfüllung sämtlicher Obliegenheiten, der Schadenminderungs- und Rettungspflicht verantwortlich.
4. Die Ausübung und Geltendmachung der Rechte aus dem Versicherungsvertrag stehen nur dem Versicherungsnehmer zu. Mitversicherte Personen können Deckungsansprüche aus dem gegenständlichen Versicherungsvertrag gegenüber dem Versicherer nur mit Zustimmung des Versicherungsnehmers geltend machen.

Artikel 9

Versicherungsprämie, Beginn des Versicherungsschutzes, Sofortschutz, Fälligkeit der Prämie

1. Prämie
Die erste oder die einmalige Prämie einschließlich Gebühren und Versicherungssteuer ist vom Versicherungsnehmer innerhalb von 14 Tagen nach dem Abschluss des Versicherungsvertrages (Zugang der Police oder einer gesonderten Antragsannahmeerklärung) und nach der Aufforderung zur Prämienzahlung zu bezahlen (Einlösung der Police). Die Folgeprämien einschließlich Gebühren und Versicherungssteuer sind zu den vereinbarten Fälligkeitsterminen zu entrichten. Für die Folgen nicht rechtzeitiger Prämienzahlung gelten die §§ 38 ff Versicherungsvertragsgesetz (VersVG).
2. Beginn des Versicherungsschutzes
Der Versicherungsschutz wird mit der Einlösung der Police (Punkt 1), jedoch nicht vor dem vereinbarten Versicherungsbeginn wirksam. Wird die erste oder die einmalige Prämie erst danach eingefordert, dann aber binnen 14 Tagen oder ohne schuldhaften Verzug gezahlt, ist der Versicherungsschutz ab dem vereinbarten Versicherungsbeginn gegeben.
3. Sofortschutz
Abweichend von Punkt 2 beginnt der Sofortschutz mit Eingang des Antrages beim Versicherer, frühestens aber mit dem beantragten Versicherungsbeginn. Der Sofortschutz endet mit Zustellung der Police, wenn die Annahme des Antrages abgelehnt oder der Sofortschutz gekündigt wird, spätestens jedoch sechs Wochen nach dessen Beginn. Der Sofortschutz erstreckt sich auf die beantragten Versicherungssummen mit den jeweils vereinbarten Höchstgrenzen.

Voraussetzung für den Sofortschutz ist, dass alle mit dem Vertragsabschluss verbundenen Fragen wahrheitsgetreu und vollständig beantwortet wurden.

Sofortschutz besteht nicht, wenn die versicherte Person zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses unversicherbar im Sinne der Allgemeinen Bedingungen für die Unfallversicherung (AUVB) ist und auch sonst keine Einschränkungen oder Ausschlüsse nach Maßgabe dieser Versicherungsbedingungen vorliegen.

Für den Zeitraum des Sofortschutzes gebührt eine anteilige Prämie, die entweder im Rahmen der Erstprämie oder aber - im Falle der Ablehnung des Antrages - gesondert vorgeschrieben wird. Eine darüber hinausgehende zusätzliche Prämie wird nicht berechnet. Wenn aufgrund des vorläufigen Sofortschutzes geleistet wird, wird die erste Jahresprämie bzw. einmalige Prämie verrechnet.

Artikel 10 Leistungen

1. Allgemeines
 - 1.1 Die Notfallzentrale des Versicherers
 - 1.1.1 informiert, berät (reine Informationsleistungen)
 - 1.1.2 nimmt rund um die Uhr telefonisch die Anzeige eines Versicherungsfalles entgegen und leitet diese unverzüglich an den Versicherer weiter
 - 1.1.3 organisiert Hilfs- und Beistandsleistungen (Organisationsleistungen) und
 - 1.1.4 trägt in den hierfür vorgesehenen Fällen darüber hinaus die genannten Kosten bis zum jeweiligen Höchstbetrag (Kostentragung) im Umfang und nach Maßgabe der nachfolgenden Bestimmungen.
 - 1.2 In allen Fällen, in denen der Versicherer die Kosten bis zu einer bestimmten Höhe trägt, ist darin die Mehrwertsteuer entsprechend den gesetzlichen Vorschriften enthalten.
2. Informations- und Organisationsleistungen rund um die versicherten Personen
 - 2.1 Reiseinformationen rund um die Uhr
Auf Wunsch stellt der Versicherer dem Versicherungsnehmer bei Bedarf telefonisch folgende Informationen zur Reisevorbereitung zur Verfügung:
 - 2.1.1 Reise-Tips
 - 2.1.1.1 Hotels, Pensionen, Campingplätze, Restaurants
 - 2.1.1.2 aktuelle Bars und Clubs (in Städten)
 - 2.1.1.3 Reisewege, Verkehrsmittel, Fahrtkosten, Flugverbindungen
 - 2.1.2 Reisevorbereitung
Information über Visa-Bestimmungen, Impfvorschriften, Konsulate, Botschaften, Devisenbestimmungen
 - 2.1.3 Länderinformation
Information über geographische und klimatische Verhältnisse, Sehenswürdigkeiten, Landeswährung, Feiertage
 - 2.2 Notdienstinformationen rund um die Uhr
Auf Wunsch stellt der Versicherer dem Versicherungsnehmer bei einem Notfall telefonisch folgende Informationen zur Verfügung:
 - 2.2.1 Medizinische Hilfeleistung (Versorgungsmöglichkeiten)
 - 2.2.2 Information über Ärzte, Zahnärzte, Krankenhäuser, Apotheken vor Ort.
3. Informations-, Organisations- und Versicherungsleistungen während einer Reise rund um die versicherten Personen
 - 3.1 Such-, Rettungs- und Bergungskosten
Hat die versicherte Person einen Unfall erlitten, ist sie in Berg- oder Seenot geraten oder liegt die begründete Vermutung bzw. Gefahr auf diese genannten Situationen vor, sorgt

- der Versicherer für geeignete Such-, Rettungs- und Bergungsaktionen und trägt die hierdurch entstehenden Kosten.
Der Höchstbetrag für diese Leistung beträgt EUR 11.000,-.
- 3.2 Behandlungskosten
Erleidet die versicherte Person einen Unfall, sorgt der Versicherer für die medizinisch notwendige Behandlung und trägt die hierdurch entstehenden Kosten pro versicherter Person bis EUR 36.500,-.
Geltungsbereich: weltweit, ausgenommen Österreich.
Als Behandlungskosten anerkannt und bis zum vereinbarten Höchstbetrag werden übernommen:
 - 3.2.1 ambulante ärztliche Behandlungen inklusive ärztlich verordnete Heilmittel
 - 3.2.2 stationäre Heilbehandlung inklusive Operations- und Operationsnebenkosten eines im Aufenthaltsland unter ständiger ärztlicher Leitung stehenden und allgemein anerkannten Krankenhauses. Unter diesen Gesichtspunkten wählt der Versicherer das am Aufenthaltsort nächstgelegene Krankenhaus aus.
 - 3.2.3 benötigte verschreibungspflichtige Medikamente, die am Aufenthaltsort nicht erhältlich sind und auch nicht durch ein anderes Arzneimittel ersetzt werden können. Der Versicherer veranlaßt im Einvernehmen mit dem Hausarzt die Zusendung und übernimmt die Versandkosten. Nicht versichert sind die Kosten des Medikamentes.
- 3.3 Verletztenrücktransport/Rückholung mit Ambulanzjet
Verunfallt auf einer Reise die versicherte Person, organisiert der Versicherer einen aus medizinischen Gründen notwendigen und ärztlich verordneten Rücktransport zum Wohnsitz der versicherten Person oder - sofern wegen der Verletzung erforderlich - an einen anderen Ort innerhalb Österreichs und trägt die hierdurch entstehenden Kosten.
Wenn medizinisch notwendig, wird der Verunfallte mit einem Ambulanzjet geflogen. Art und Zeit des Rücktransportes müssen medizinisch notwendig und ärztlich angeordnet sein. Die medizinische Notwendigkeit wird durch den behandelnden Arzt oder Vertrauensarzt des Versicherers festgestellt.
- 3.4 Vorzeitige Rückreise
Unabhängig von der medizinischen Notwendigkeit organisiert der Versicherer auf Wunsch nach einem unfallbedingtem, mindestens dreitägigem Krankenhausaufenthalt eine - je nach Zustand der versicherten Person vom behandelnden Arzt festgelegte adäquate - Rückreise zum Wohnsitz der versicherten Person (erforderlichenfalls mit Arztbegleitung) und übernimmt die dadurch verursachten Mehrkosten der Transportmittel Eisenbahn, Autobus, Rettungsauto oder Flugzeug (nicht jedoch Ambulanzjet).
- 3.5 Verletztentransport, Organisation eines Krankenhausaufenthaltes im Notfall
Der Versicherer organisiert nach einem Unfall die Notfallaufnahme in einem Krankenhaus, den Transport vom Unfallort in ein Krankenhaus und koordiniert eine Verlegung vom Erstversorgungskrankenhaus in ein anderes Krankenhaus, wenn dies medizinisch notwendig ist.
Geltungsbereich: weltweit, ausgenommen Österreich
- 3.6 Hilfestellung im Todesfall
Nach einem tödlichen Unfall der versicherten Person im Ausland, organisiert der Versicherer die Überführung an den ehemaligen Wohnsitz in Österreich und trägt die dadurch entstehenden Überführungskosten. Anstelle der Rückführung in das Heimatland übernimmt der Versicherer in Abstimmung mit den Angehörigen die Organisation der Bestattung im Ausland und trägt die hierdurch entstehenden Kosten bis zur Höhe der ansonsten anfallenden Überführungskosten.
Geltungsbereich: weltweit, ausgenommen Österreich
- 3.7 Heimreise für Mitreisende bei einem Verletztenrücktransport

- Können mitreisende versicherte Personen infolge eines unfallbedingten Rücktransportes einer anderen versicherten Person nicht mit dieser die Heimreise antreten, organisiert der Versicherer auf Wunsch die vorzeitige Heimreise zum ständigen Wohnsitz der mitgereisten versicherten Personen. Ersetzt werden die entstehenden Mehrkosten der vorzeitigen Heimreise.
- Geltungsbereich: weltweit, ausgenommen Österreich
- 3.8 Hotelübernachtung der Mitreisenden bis zum Verletztenrücktransport.
- Werden aufgrund eines Unfalles einer versicherten Person weitere Übernachtungen erforderlich, weil diese aufgrund eines Verletztenrücktransportes im Sinne des Punkt 3.7 entstehen, bezahlt der Versicherer pro mitversicherter Person maximal EUR 60,- pro Nacht, bis ein Verletztenrücktransport erfolgen kann, maximal jedoch für sieben Nächte.
- Geltungsbereich: weltweit, ausgenommen Österreich
- 3.9 Rückholung von Kindern aus dem Ausland durch eine Begleitperson
- Können mitreisende versicherte Kinder bis zum vollendeten 16. Lebensjahr infolge Tod oder eines schweren Unfalles einer versicherten, erwachsenen Person während der Reise nicht betreut werden, sorgt der Versicherer für deren Abholung durch eine Vertrauensperson. Der Versicherer übernimmt die anfallenden Fahrtkosten nach Maßgabe von Artikel 3, Punkt 4 zu einer nahestehenden Person innerhalb Österreichs bis max. EUR 3.700,-.
- 3.10 Verunglücktenbesuch eines Familienangehörigen
- Dauert ein unfallbedingter Krankenhausaufenthalt einer versicherten Person länger als sieben, ununterbrochene Tage übernimmt der Versicherer die Fahrtkosten nach Maßgabe von Artikel 3, Punkt 4 für die Hin- und Rückreise und die Übernachtungskosten bis höchstens EUR 60,- pro Nacht für maximal vier Nächte für den Besuch einer nahestehenden Person.
- 3.11 Reiserückrufservice
- Erweist sich infolge Todes oder schwerer Erkrankung bzw. Unfalles einer nahestehenden Person von versicherten Personen in Österreich der Rückruf von einer Reise durch öffentliche Reiserückrufdienste als notwendig, werden die erforderlichen Maßnahmen vom Versicherer organisiert. Die Kosten für diese Organisationsleistung, die Mehrkosten des vorzeitigen Reiseabbruches werden vom Versicherer getragen.
- Geltungsbereich: weltweit, ausgenommen Österreich
- 3.12 Nachrichtenübermittlung
- Ist es den versicherten Personen aufgrund eines Todesfalles, lebensbedrohenden Unfalles, finanzieller Notlage oder behördlicher Einschränkungen nicht möglich, selbst eine nahestehende Person oder den Arbeitgeber zu benachrichtigen, sorgt der Versicherer dafür und übernimmt die anfallenden Telefon- und Faxkosten. Die Notfallzentrale des Versicherers unternimmt dazu bis zu 3 Versuche.
- 3.13 Medikamenten- und Serentransport vom nächstgelegenen Depot zum Aufenthaltsort der Verunglückten
- Sollte der verunfallte Versicherungsnehmer verschreibungspflichtige Medikamente benötigen, die er am Aufenthaltsort nicht erhält und können diese auch nicht durch ein anderes Arzneimittel ersetzt werden, veranlaßt der Versicherer im Einvernehmen mit dem Hausarzt die Zusendung und übernimmt die Versandkosten. Nicht versichert sind die Kosten des Medikamentes.
- 3.14 Anwaltskosten
- Werden versicherte Personen aufgrund eines Unfalles verhaftet oder mit Haft bedroht, bevorschusst der Versicherer pro versicherter Person für die von den Behörden eventuell verlangte Strafkautions sowie die in diesem Zusammenhang anfallenden Gerichtskosten bis zu EUR 11.000,- und außerdem die notwendigen Kosten eines Rechtsvertreters bis zu EUR 2.200,- pro versicherter Person. Zusätzlich trägt der Versicherer die Kosten des Geldtransfers.
- Der Versicherer ist in diesem Fall bei der Beistellung eines Rechtsvertreters behilflich. Der gesamte vom Versicherer nach Maßgabe dieser Bestimmung geleistete Vorschuss ist vom Versicherungsnehmer spätestens innerhalb von 3 Monaten ab Zahlung durch den Versicherer gegen Rückzahlungsverpflichtung zurückzuzahlen. Mitversicherte Personen, für die ein Vorschuss geleistet wurde, haften solidarisch mit dem Versicherungsnehmer für die für sie geleisteten Vorschüsse.
- Geltungsbereich: weltweit, ausgenommen Österreich
- 3.15 Dolmetscherkosten
- Bei Verständigungsschwierigkeiten mit der Polizei, den Behörden oder medizinischen Einrichtungen nach einem Unfall vermittelt der Versicherer bei Bedarf einen Dolmetscher und bevorschusst die notwendigen Kosten des Dolmetschers bis zu EUR 2.200,- pro versicherter Person. Zusätzlich trägt der Versicherer die Kosten des Geldtransfers. Hinsichtlich der Rückzahlungsverpflichtung sowie der Solidarverpflichtung der mitversicherten Personen gilt Artikel 10, Punkt 3.14.
- Geltungsbereich: weltweit, ausgenommen jene Länder, in denen Deutsch Amtssprache ist
- 3.16 Bargeldvorschuss
- Geraten versicherte Personen infolge Abhandenkommens von Zahlungsmitteln in eine Notlage und kann keine der versicherten Personen Bargeld vor Ort allenfalls unter Einschaltung der konsularischen Vertretung beschaffen, stellt der Versicherer die Verbindung zu deren Hausbank her. Ist diese Kontaktaufnahme zur Hausbank nicht binnen 24 Stunden nach dem der Schadenmeldung folgenden Werktag möglich, kann die versicherte Person einen Vorschuss des Versicherers bis zu EUR 1.500,- in der jeweiligen Landeswährung in Anspruch nehmen. Zusätzlich trägt der Versicherer die Kosten des Geldtransfers.
- Geltungsbereich: weltweit, ausgenommen Österreich
4. Informations-, Organisations- und Versicherungsleistungen rund um die versicherte Person nach einem Unfall (Reha-Management)
- 4.1 Information und Organisation der Kontaktaufnahme zu Reha-Einrichtungen wie insbesondere Rehabilitationsberatern, Verbänden und Institutionen, sozialen Einrichtungen, Ämtern und Behörden, Selbsthilfegruppen, auf behindertengerechtes Wohnen spezialisierten Bauunternehmen inkl. Bedarfsanalyse mittels medizinischer Gutachten, auf behindertengerechten Transport spezialisierten Firmen, für behinderte Kinder spezialisierte Kindergärten, Schulen, Tagesmütter.
- Geltungsbereich: Österreich
- 4.2 Reha-/ Haushaltsservice
- Ist die versicherte Person - oder eine mit der versicherten Person im gemeinsamen Haushalt lebende Person - nicht in der Lage, die unten taxativ aufgezählten Leistungen selbst zu verrichten, wird nach einem Knochenbruch, Bänderriss oder nach einem unfallbedingten, mindestens 24 stündigem Krankenhausaufenthalt, von der Notfallzentrale des Versicherers eine Reha-/Haushaltshilfe organisiert. Dabei beschränken sich die Leistungen wie folgt:
- Einkaufen
 - Kochen (Essen auf Rädern)
 - Putzen
 - Abnahme oder Begleitung von Behördenwegen
 - Blumengießen
 - Häusliche Pflege
 - Kinderbetreuung (mit Nachhilfeunterricht für den verunfall-

ten Schüler, wenn ein Schulbesuch aufgrund der Unfallfolgen nicht möglich ist)

- Haustierversorgung (Füttern, Spazieren, erforderliche Tierarztbesuche) für die als Haustiere gehaltenen Hunde, Katzen, Hamster, Meerschweinchen, Hasen, Fische und Vögel.

Der Versicherer übernimmt pro Kalenderjahr die Kosten für maximal EUR 2.200,- der von der Notfallzentrale namhaft gemachten Reha-/ Haushaltshilfe.

Zusätzlich werden nach einem Unfall bei Bedarf vom Versicherer nachstehende Hilfeleistungen organisiert und die Kosten bis insgesamt EUR 750,- pro versicherter Person übernommen:

- Beratung für Lebensplanung
- Wohnungsumbau
- Berufsumschulung
- Psychologische Beratung

5. Nicht erstattet werden Kosten für:

- 5.1 Behandlungen, die ausschließlicher oder teilweiser Grund für den Antritt einer Reise sind
- 5.2 Behandlungen, von denen bei Reiseantritt feststand oder erwartet werden musste, dass sie bei planmäßigem Reiseablauf auftreten können
- 5.3 Inanspruchnahme ortsgebundener Heilvorkommen (Kuren)
- 5.4 konservierende oder prothetische Zahnbehandlungen
- 5.5 Beistellung von Heilbehelfen (z.B. Brillen, Einlagen, Prothesen)
- 5.6 Entbindungen und Schwangerschaftsunterbrechungen
- 5.7 Impfungen, ärztliche Gutachten und Atteste
- 5.8 Kontrolluntersuchungen und Nachbehandlungen (z.B. Therapien)
- 5.9 Sonderleistungen im Krankenhaus, wie Einzelzimmer, Telefon, TV, Rooming-In usw.
- 5.10 kosmetische Behandlungen

Artikel 11

Leistungsbegrenzungen, Subsidiarität

1. Haben die versicherten Personen aufgrund der Leistung des Versicherers Kosten erspart, die sie ohne den Schadeneintritt hätten aufwenden müssen, kann der Versicherer die Leistung um einen Betrag in Höhe dieser Kosten kürzen. Die versicherten Personen können insgesamt keine Entschädigung verlangen, die ihren Gesamtschaden übersteigt.
2. Aus dem abgeschlossenen Versicherungsvertrag wird vereinbarungsgemäß nur in dem Umfang eine Leistung erbracht, soweit nicht aus einem anderen zur Zeit des Vertragsabschlusses bestehenden Versicherungsvertrag mit einem Privatversicherer oder einer anderen Institution mit gleichem oder ähnlichem Unternehmenszweck für dasselbe Interesse und dieselbe Gefahr ein Leistungsanspruch geltend gemacht werden könnte. Dies gilt auch für den Fall, dass aus einem solchen Vertrag, aus einem vom Versicherungsnehmer oder von den versicherten Personen zu vertretenden Umstand, kein Versicherungsschutz/Anspruch gegeben ist. Sofern der Versicherer trotz bestehender Subsidiarität bereits Leistungen erbracht hat, gehen die Ersatzansprüche der versicherten Personen gegenüber Dritten mit Zahlung auf den Versicherer über.

Artikel 12

Obliegenheiten

1. Als Obliegenheiten, deren Verletzung nach Eintritt des Versicherungsfalles gemäß § 6 Versicherungsvertragsgesetz (VersVG) die Freiheit des Versicherers von der Verpflichtung zur Leistung bewirkt, werden bestimmt,

- 1.1 dass der Notfallzentrale des Versicherers Versicherungsfälle gemäß Artikel 6 noch vor Inanspruchnahme von Leistungen unverzüglich telefonisch anzuzeigen sind;
- 1.2 dass der Schaden so gering wie möglich zu halten ist und eventuelle Weisungen des Versicherers zu befolgen sind;
- 1.3 dass nach Möglichkeit zur Feststellung des Sachverhalts beizutragen ist und dem Versicherer jede zumutbare Untersuchung über die Ursache und Höhe des Schadens und über den Umfang seiner Entschädigungspflicht zu gestatten ist sowie Originalbelege zum Nachweis der Schadenhöhe vorzulegen und gegebenenfalls die behandelnden Ärzte von der Schweigepflicht zu entbinden sind;
- 1.4 dass der Versicherer bei der Geltendmachung der aufgrund seiner Leistungen auf ihn übergegangenen Ersatzansprüche gegenüber Dritten zu unterstützen ist und ihm die hierfür benötigten Unterlagen auszuhändigen sind;
- 1.5 dass dem Versicherer auf dessen Anfrage Unterlagen zur Verfügung zu stellen sind, aus denen sich die Berechtigung der mitversicherten Personen ergibt.

Artikel 13

Fälligkeit der Versicherungsleistung, Verjährung

Die Versicherungsleistung wird nach Abschluss der für ihre Feststellung notwendigen Erhebungen fällig. Die Verjährung richtet sich nach § 12 Versicherungsvertragsgesetz (VersVG).

Artikel 14

Abtretung und Verpfändung von Versicherungsansprüchen

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

Artikel 15

Regressrecht des Versicherers

1. Die vom Versicherer erbrachten Leistungen sind vom Versicherungsnehmer zur Gänze zurückzuzahlen, wenn sich erst nachträglich herausstellt, dass zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles wegen Prämienzahlungsverzug oder Vorliegen eines Risikoausschlusses gemäß Artikel 7 kein Versicherungsschutz bestanden hat. Dies gilt auch, wenn der Versicherer wegen Verletzung von Obliegenheiten gemäß Artikel 12 leistungsfrei ist, wobei in diesem Fall die Rückzahlungspflicht im Umfang und nach Maßgabe des § 6 Versicherungsvertragsgesetz (VersVG) besteht.
2. Die mitversicherten Personen haften bei Vorliegen eines Risikoausschlusses sowie bei Obliegenheitsverletzungen solidarisch mit dem Versicherungsnehmer für die Rückzahlung der für sie erbrachten Leistungen.

Artikel 16

Ansprüche des Versicherers gegenüber Dritten

1. Steht dem Versicherungsnehmer ein Schadenersatzanspruch gegen einen Dritten zu, so besteht unbeschadet des gesetzlichen Überganges aufgrund der Bestimmungen des § 67 Versicherungsvertragsgesetz (VersVG), für den Versicherungsnehmer die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Kostenersatz geleistet wird, an den Versicherer abzutreten.
2. Gibt der Versicherungsnehmer einen solchen Anspruch oder ein zur Sicherung des Anspruches dienendes Recht ohne Zustimmung des Versicherers auf, so wird dieser insoweit von der Verpflichtung zur Leistung frei, als er aus dem Anspruch oder dem Recht hätte Ersatz erlangen können. Soweit der Versicherungsnehmer von schadenersatzpflichtigen Dritten Ersatz der ihm entstandenen Aufwendungen erhalten hat, ist der

Versicherer berechtigt, den Ersatz auf seine Leistungen anzurechnen.

Artikel 17

Haftungsausschluss

1. Der Versicherer haftet nicht für Schäden, die dem Versicherungsnehmer oder den versicherten Personen von Dritten im Zusammenhang mit der Erbringung von Versicherungsleistungen aus dem gegenständlichen Versicherungsvertrag zugefügt werden.
2. Dies gilt insbesondere für alle Nachteile und Schäden sämtlicher gemäß Artikel 8 versicherter Personen, die durch mangelhafte Leistungserbringung oder schuldhaftes Handeln Dritter, welche im Namen und auf Rechnung des Versicherungsnehmers oder der versicherten Personen von der Notfallzentrale gemäß Artikel 2 oder von diesen selbst beauftragt wurden, verursacht werden.

Artikel 18

Beendigung des Versicherungsvertrages

1. Der gegenständliche Versicherungsvertrag teilt das rechtliche Schicksal des zugrundeliegenden Unfallversicherungsvertrages.
2. Bei Wegfall des versicherten Interesses gilt § 68 Versicherungsvertragsgesetz (VersVG).
3. Hinsichtlich des Kündigungsrechtes im Versicherungsfall gilt Artikel 23 der Allgemeinen Bedingungen für die Unfallversicherung (AUVB).

Anhang

Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VersVG), auf die in den Allgemeinen Bedingungen für die Unfall-Assistance verwiesen wird.

§ 6

(1) Ist im Vertrag bestimmt, daß bei Verletzung einer Obliegenheit, die vor dem Eintritt des Versicherungsfalles dem Versicherer gegenüber zu erfüllen ist, der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei sein soll, so tritt die vereinbarte Rechtsfolge nicht ein, wenn die Verletzung als eine unverschuldete anzusehen ist. Der Versicherer kann den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen, es sei denn, daß die Verletzung als eine unverschuldete anzusehen ist. Kündigt der Versicherer innerhalb eines Monats nicht, so kann er sich auf die vereinbarte Leistungsfreiheit nicht berufen.

(1a) Bei der Verletzung einer Obliegenheit, die die dem Versicherungsvertrag zugrundeliegende Äquivalenz zwischen Risiko und Prämie aufrechterhalten soll, tritt die vereinbarte Leistungsfreiheit außerdem nur in dem Verhältnis ein, in dem die vereinbarte hinter der für das höhere Risiko tarifmäßig vorgesehenen Prämie zurückbleibt. Bei der Verletzung von Obliegenheiten zu sonstigen bloßen Meldungen und Anzeigen, die keinen Einfluß auf die Beurteilung des Risikos durch den Versicherer haben, tritt Leistungsfreiheit nur ein, wenn die Obliegenheit vorsätzlich verletzt worden ist.

(2) Ist eine Obliegenheit verletzt, die vom Versicherungsnehmer zum Zweck der Verminderung der Gefahr oder der Verhütung einer Erhöhung der Gefahr dem Versicherer gegenüber - unabhängig von der Anwendbarkeit des Abs. 1a - zu erfüllen ist, so kann sich der Versicherer auf die vereinbarte Leistungsfreiheit nicht berufen, wenn die Verletzung keinen Einfluß auf den Eintritt des Versicherungsfalles oder soweit sie keinen Einfluß auf den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung gehabt hat.

(3) Ist die Leistungsfreiheit für den Fall vereinbart, daß eine Obliegenheit verletzt wird, die nach dem Eintritt des Versicherungsfalles dem Versicherer gegenüber zu erfüllen ist, so tritt die vereinbarte Rechtsfolge 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) Eine Vereinbarung, nach welcher der Versicherer bei Verletzung einer Obliegenheit zum Rücktritt berechtigt sein soll, ist unwirksam.

(5) 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.

§ 12

(1) Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Steht der Anspruch einem Dritten zu, so beginnt die Verjährung zu laufen, sobald diesem sein Recht auf die Leistung des Versicherers bekanntgeworden ist; ist dem Dritten dieses Recht nicht bekanntgeworden, so verjähren seine Ansprüche erst nach zehn Jahren.

(2) Ist ein Anspruch des Versicherungsnehmers beim Versicherer angemeldet worden, so ist die Verjährung bis zum Einlangen einer schriftlichen Entscheidung des Versicherers gehemmt, die zumindest mit der Anführung einer der Ablehnung derzeit zugrunde gelegten Tatsache und gesetzlichen oder vertraglichen Bestimmung begründet ist. Nach zehn Jahren tritt jedoch die Verjährung jedenfalls ein.

(3) Der Versicherer ist von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Anspruch auf die Leistung nicht innerhalb eines Jahres gerichtlich geltend gemacht wird. Die Frist beginnt erst, nachdem der Versicherer dem Versicherungsnehmer gegenüber den erhobenen Anspruch in einer dem Abs. 2 entsprechenden Weise sowie unter Angabe der mit dem Ablauf der Frist verbundenen Rechtsfolge abgelehnt hat; sie ist für die Dauer von Vergleichsverhandlungen über den erhobenen Anspruch und für die Zeit, in der der Versicherungsnehmer ohne sein Verschulden an der rechtzeitigen gerichtlichen Geltendmachung des Anspruchs gehindert ist, gehemmt. IdF BGBl 1994/1509

§ 38

(1) Ist die erste oder einmalige Prämie innerhalb von 14 Tagen nach dem Abschluß des Versicherungsvertrages 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 der Anspruch auf die Prämie nicht innerhalb dreier Monate vom Fälligkeitstag an gerichtlich geltend gemacht wird.

(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 Eintrittes 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.

§ 67

(1) Steht dem Versicherungsnehmer ein Schadenersatzanspruch gegen einen Dritten zu, so geht der Anspruch auf den Versicherer über, soweit dieser dem Versicherungsnehmer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden. Gibt der Versicherungsnehmer seinen Anspruch gegen den Dritten oder ein zur Sicherung des Anspruches

dienendes Recht auf, so wird der Versicherer von seiner Ersatzpflicht insoweit frei, als er aus dem Anspruch oder dem Recht hätte Ersatz erlangen können.

(2) Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen einen mit ihm in häuslicher Gemeinschaft lebenden Familienangehörigen, so ist der Übergang ausgeschlossen; der Anspruch geht jedoch über, wenn der Angehörige den Schaden vorsätzlich verursacht hat.

§ 68

(1) Besteht das versicherte Interesse beim Beginn der Versicherung nicht oder gelangt, falls die Versicherung für ein künftiges Unternehmen oder sonst für ein künftiges Interesse genommen ist, das Interesse nicht zur Entstehung, so ist der Versicherungsnehmer von der Verpflichtung zur Zahlung der Prämie frei; der Versicherer kann eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

(2) Fällt das versicherte Interesse nach dem Beginn der Versicherung weg, so gebührt dem Versicherer die Prämie, die er hätte erheben können, wenn die Versicherung nur bis zu dem Zeitpunkt beantragt worden wäre, in welchem der Versicherer vom Wegfall des Interesses Kenntnis erlangt.

(3) Fällt das versicherte Interesse nach dem Beginn der Versicherung durch ein Kriegsereignis oder durch eine behördliche Maßnahme aus Anlaß eines Krieges weg oder ist der Wegfall des Interesses die unvermeidliche Folge eines Krieges, so gebührt dem Versicherer nur der Teil der Prämie, welcher der Dauer der Gefahrtragung entspricht.

(4) In den Fällen der Abs. 2 und 3 sind die dem Versicherungsnehmer zurückzuerstattenden Prämienteile erst nach Kriegsende zu zahlen.

(5) (Anm.: aufgehoben durch BGBl. Nr. 509/1994)