

ALLGEMEINE REISEVERSICHERUNGSBEDINGUNGEN FÜR TRAVEL ACCOUNTS



Allgemeine Reiseversicherungsbedingungen für Travel Accounts_DC (ARVB 2019 TA_DC)

Allgemeiner Teil.....	2
Gemeinsame Bestimmungen	2
Art. 1. Versicherte Personen	2
Art. 2. Wirksamkeit des Versicherungsschutzes	2
Art. 3. Zeitlicher und örtlicher Geltungsbereich	2
Art. 4. Voraussetzung für den Versicherungsschutz	2
Art. 5. Ausschlüsse.....	2
Art. 6. Versicherungssumme	3
Art. 7. Obliegenheiten.....	3
Art. 8. Form von Erklärungen	3
Art. 9. Subsidiarität.....	4
Art. 10. Fälligkeit der Entschädigung.....	4
Art. 11. Abtretung und Verpfändung von Versicherungsansprüchen	4
Art. 12. Gerichtsstand.....	4
Besonderer Teil – Leistungen.....	4
A: Unfallversicherung.....	4
Art. 13. Versicherungsfall und Versicherungsschutz	4
Art. 14. Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes	5
Art. 15. Ausschlüsse.....	5
Art. 16. Obliegenheiten.....	5
Art. 17. Dauernde Invalidität.....	6
Art. 18. Feststellung der Leistung.....	6
Art. 19. Todesfall	7
Art. 20. Anerkennung der Versicherungsleistung	7
Art. 21. Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten (Ärztekommission)	7
B: Reisegepäckversicherung	8
Art. 22. Versicherungsfall	8
Art. 23. Versicherte und nicht versicherte Gegenstände	8
Art. 24. Begrenzt ersatzpflichtige Schäden	9
Art. 25. Ausschlüsse.....	9
Art. 26. Obliegenheiten.....	9
Art. 27. Höhe der Entschädigungsleistung	9
C: Auslandsreisekrankenversicherung	9
Art. 28. Versicherungsfall	9
Art. 29. Leistungsumfang	9
Art. 30. Sachliche Erweiterung des Leistungsumfanges	10
Art. 31. Sachliche Begrenzung des Leistungsumfanges	11
Art. 32. Ausschlüsse.....	11
Art. 33. Zeitliche Begrenzung und Leistungspflicht.....	11
Anhang	12

Allgemeiner Teil

Gemeinsame Bestimmungen

Art. 1. Versicherte Personen

Versichert sind sämtliche Personen, die ihren ordentlichen Wohnsitz innerhalb der Europäischen Union, Schweiz oder Liechtenstein begründet haben und deren Reise über eine Travel Account Card der Versicherungsnehmerin (DC Kartenummer 36..) oder einen gesondert zur Versicherung angemeldeten VISA Travel Account (VISA Kartenummer 4277..) bezahlt wurde.

Art. 2. Wirksamkeit des Versicherungsschutzes

1. Die Anmeldung zur Versicherung erfolgt automatisch durch die Ausstellung einer Travel Account Card.
2. Der Versicherungsschutz beginnt, sofern nachfolgend nichts Abweichendes festgehalten wird, mit dem Zeitpunkt des Eintreffens des Kartenauftrages bei der Versicherungsnehmerin und endet mit dem Tag der Beendigung des Vertragsverhältnisses zwischen der Versicherungsnehmerin und dem Inhaber der Travel Account Card, 24 Uhr MEZ.

Art. 3. Zeitlicher und örtlicher Geltungsbereich

1. Der Versicherungsschutz beginnt mit dem Verlassen des Wohnortes, des Zweitwohnortes oder des Ortes der Arbeitsstätte und endet mit der Rückkehr dorthin oder mit vorherigem Ablauf der Versicherung (Art. 2, Pkt. 2), jedoch spätestens am 90. Tag (0 Uhr MEZ) nach Reisebeginn.
2. Der Versicherungsschutz gilt während Reisen, mit einem Ziel von mindestens 50 km Entfernung vom Wohnort oder Ort der Arbeitsstätte. Fahrten zwischen Wohnung und Arbeitsstätte gelten nicht als Reisen. Dem Wohnort ist ein Zweitwohnort gleichzusetzen, auch Fahrten zwischen Wohnort und Zweitwohnort gelten nicht als Reise.
3. Sofern im Besonderen Teil keine abweichende Regelung getroffen wird, gilt als örtlicher Geltungsbereich weltweit.

Art. 4. Voraussetzung für den Versicherungsschutz

1. Versicherungsschutz wird unter der Voraussetzung gewährt, dass die Reisekosten mit der Travel Account Card oder dem VISA Travel Account bezahlt werden. Als Reisekosten gelten die Fahrkosten mit einem öffentlichen Verkehrsmittel (Bahn, Bus, Flug, Schiff) vom Wohnort, Zweitwohnort oder Ort der Arbeitsstätte bis zur Reisedestination und zurück, nicht jedoch Flughafentaxen und dergleichen. Reisen, die nicht mit einem öffentlichen Verkehrsmittel angetreten werden, gelten als nicht versichert.
2. Die Bezahlung der Reisekosten mit der Karte ist zur Geltendmachung der Leistungen aus dem Reiseversicherungsschutz nachzuweisen.

Art. 5. Ausschlüsse

1. Es besteht kein Versicherungsschutz für Ereignisse, die
 - 1.1. vorsätzlich oder grob fahrlässig durch den Versicherten herbeigeführt werden;
 - 1.2. unmittelbar oder mittelbar mit Kriegsereignissen jeder Art zusammenhängen;
 - 1.3. direkt oder indirekt verursacht werden von, sich ergeben aus oder im Zusammenhang stehen mit jeglicher Art von Terrorakten. Terrorakte sind jegliche Handlungen von Personen oder Personengruppen zur Erreichung politischer, ethnischer, religiöser, ideologischer oder ähnlicher Ziele, die geeignet sind, Angst oder Schrecken in der Bevölkerung oder Teilen der Bevölkerung zu verbreiten und dadurch auf eine Regierung oder staatliche Einrichtung Einfluss zu nehmen;
 - 1.4. durch Gewalttätigkeiten anlässlich einer öffentlichen Ansammlung oder Kundgebung entstehen, sofern der Versicherte aktiv daran teilnimmt;
 - 1.5. durch Selbstmord oder Selbstmordversuch des Versicherten ausgelöst werden;

- 1.6. aufgrund behördlicher Verfügungen hervorgerufen werden;
 - 1.7. mittelbar oder unmittelbar durch den Einfluß ionisierender Strahlen im Sinne des Strahlenschutzgesetzes in der jeweils geltenden Fassung oder durch Kernenergie verursacht werden;
 - 1.8. der Versicherte infolge einer wesentlichen Beeinträchtigung seiner psychischen Leistungsfähigkeit durch Alkohol, Suchtgifte oder Medikamente erleidet,
 - 1.9. bei der Benützung von Fallschirmen, Paragleitern und Hängegleitern, bei Beteiligung an motorsportlichen Wettbewerben (auch Wertungsfahrten und Rallyes) und den dazugehörigen Trainingsfahrten entstehen;
 - 1.10. bei der Teilnahme an Landes-, Bundes- oder internationalen Sportwettbewerben sowie am offiziellen Training für diese Veranstaltungen auftreten.
2. Neben diesen allgemeinen Ausschlüssen vom Versicherungsschutz sind besondere in den Artikeln 15, 25 und 32 geregelt.

Art. 6.Versicherungssumme

Die jeweiligen Versicherungssummen sind Höchsthaftungssummen pro versicherter Person und Schadenereignis. Die Versicherungssummen begrenzen die Leistungen auch dann, wenn eine Person mehrere Karten besitzt oder ein Anspruch aus mehreren Karten aufgrund von Mitversicherung abgeleitet werden könnte.

Art. 7.Obliegenheiten

1. Als Obliegenheiten, deren Verletzung die Leistungsfreiheit des Versicherers gemäß den Voraussetzungen und Begrenzungen des § 6 VersVG bewirkt, werden bestimmt:
2. Der Versicherte hat
 - 2.1. Versicherungsfälle nach Möglichkeit abzuwenden oder deren Folgen zu mindern und dabei allfällige Weisungen des Versicherers zu befolgen;
 - 2.2. den Versicherer über den eingetretenen Versicherungsfall unverzüglich, wahrheitsgemäß und umfassend zu informieren;
 - 2.3. nach Erhalt von Formularen, die dem Versicherer zur Schadenbearbeitung dienen, diese vollständig ausgefüllt dem Versicherer unverzüglich zuzusenden;
 - 2.4. alles ihm Zumutbare zu tun, um die Ursachen, den Hergang und die Folgen des Versicherungsfalles aufzuklären;
 - 2.5. alle mit einem Versicherungsfall befaßten Behörden und behandelnden Ärzte und/oder Krankenhäuser, sowie Sozial- und Privatversicherer zu ermächtigen und zu veranlassen, die vom Versicherer verlangten Auskünfte zu erteilen;
 - 2.6. Schadenersatzansprüche gegen Dritte form- und fristgerecht sicherzustellen und erforderlichenfalls bis zur Höhe der geleisteten Entschädigung an den Versicherer abzutreten;
 - 2.7. Schäden, die durch strafbare Handlungen verursacht worden sind, unverzüglich unter genauer Darstellung des Sachverhaltes und unter Angabe des Schadenausmaßes der zuständigen Sicherheitsdienststelle anzuzeigen und sich die Anzeige bescheinigen zu lassen;
 - 2.8. Beweismittel, die den Anspruch auf die Versicherungsleistung dem Grunde und der Höhe nach belegen, wie Polizeiprotokolle, Tatbestandsaufnahmen, Arzt- und Krankenhausrechnungen, Kaufnachweise etc., dem Versicherer unaufgefordert im Original zu übergeben.
3. Neben diesen allgemeinen Obliegenheiten sind besondere in den Artikeln 16 und 26.

Art. 8.Form von Erklärungen

Soweit in den Bedingungen nichts anderes vorgesehen ist, ist für sämtliche Anzeigen und Erklärungen des Karteninhabers an den Versicherer 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.

Art. 9. Subsidiarität

Alle Versicherungsleistungen, mit Ausnahme jener aus der Unfallversicherung, sind subsidiär. Sie werden daher nur erbracht, soweit nicht aus anderen bestehenden Privat- oder Sozialversicherungen oder von sonstigen Dritten (wie Beförderungsunternehmen, Automobilclubs, Beherbergungsbetrieben, etc.) Ersatz verlangt werden kann.

Art. 10. Fälligkeit der Entschädigung

1. Steht die Leistungspflicht des Versicherers dem Grunde und der Höhe nach fest, ist die Leistung zwei Wochen danach fällig (siehe aber besondere Regelung in A: Unfallversicherung, Art. 20).
2. Sind im Zusammenhang mit dem Versicherungsfall behördliche Erhebungen oder Verfahren eingeleitet, ist der Versicherer berechtigt, bis zu deren Abschluß mangelnde Fälligkeit einzuwenden.

Art. 11. Abtretung und Verpfändung von Versicherungsansprüchen

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

Art. 12. Gerichtsstand

Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag können beim sachlich und örtlich zuständigen Gericht geltend gemacht werden.

Besonderer Teil – Leistungen

A: Unfallversicherung

Art. 13. Versicherungsfall und Versicherungsschutz

1. Versicherungsfall ist der Eintritt eines Unfalles. Der Versicherer bietet Versicherungsschutz, wenn der versicherten Person ein Unfall zustößt.
2. Versichert sind Unfälle, die während der Wirksamkeit des Versicherungsschutzes eingetreten sind.
3. Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet oder stirbt. In diesem Sinn erstreckt sich die Versicherung auch auf solche Unfälle, die die Versicherten bei der Ausübung einer manuellen Tätigkeit erleiden.
4. Als Unfall gelten auch folgende vom Willen des Versicherten unabhängige Ereignisse:
 - Ertrinken, Verbrennungen, Verbrühungen;
 - Einwirkungen von Blitzschlag oder elektrischem Strom;
 - Gesundheitsschädigung infolge Einatmen von Gasen oder Dämpfen, Dünsten, Staubwolken, Säuren oder ähnlich schädlichen Stoffen, auch ohne Vorliegen eines plötzlichen Ereignisses, wenn die versicherte Person den Einwirkungen längstens 3 Tage ausgesetzt war;
 - Verrenkungen von Gliedern sowie Zerrungen und Zerreißen von an Gliedmaßen und an der Wirbelsäule befindlichen Muskeln, Sehnen, Bändern und Kapseln sowie Meniskusverletzungen. Hinsichtlich krankhaft abnutzungsbedingter Einflüsse findet insbesondere Art. 14, Pkt. 3 (Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes) Anwendung
5. Krankheiten gelten nicht als Unfälle, übertragbare Krankheiten auch nicht als Unfallfolgen. Dies gilt nicht für Wundstarrkrampf und Tollwut, verursacht durch einen Unfall gemäß Pkt. 3.

6. Der Versicherungsschutz bezieht sich auch auf Unfälle des Versicherten als Fluggast in Motorflugzeugen, welche für die Verwendungsart Personenbeförderung zugelassen sind. Als Fluggast gilt, wer weder mit dem Betrieb des Luftfahrzeuges in ursächlichem Zusammenhang steht oder Besatzungsmitglied ist, noch mittels des Luftfahrzeuges eine berufliche Tätigkeit ausübt.

Art. 14. Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes

1. Eine Versicherungsleistung wird nur für die durch den eingetretenen Unfall hervorgerufene körperliche Schädigung erbracht.
2. Bei der Bemessung des Invaliditätsgrades wird ein Abzug in Höhe einer Vorinvalidität nur vorgenommen, wenn durch den Unfall eine körperliche oder geistige Funktion betroffen ist, die schon vorher beeinträchtigt war. Die Vorinvalidität wird nach Art. 17, Pkt. 2 und 4 bemessen.
3. Haben Krankheiten oder Gebrechen, die schon vor dem Unfall bestanden haben, die Unfallfolgen beeinflusst, ist die Leistung entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens zu kürzen, sofern dieser Anteil mindestens 25% beträgt.
4. Für organisch bedingte Störungen des Nervensystems wird eine Leistung nur erbracht, wenn und soweit diese Störung auf eine durch den Unfall verursachte organische Schädigung zurückzuführen ist. Seelische Fehlhaltungen (Neurosen, Psychoneurosen) gelten nicht als Unfallfolgen.
5. Für Bandscheibenhernien wird eine Leistung nur erbracht, wenn sie durch direkte mechanische Einwirkung auf die Wirbelsäule entstanden sind, und es sich nicht um eine Verschlimmerung von vor dem Unfall bestandenen Krankheitserscheinungen handelt.
6. Für Bauch- und Unterleibsbrüche jeder Art wird eine Leistung nur erbracht, wenn sie durch eine von außen kommende mechanische Einwirkung direkt herbeigeführt worden und nicht anlagenbedingt gewesen sind.

Art. 15. Ausschlüsse

Ausgeschlossen von der Versicherung sind Unfälle:

1. durch körperliche Schädigung bei Heilmaßnahmen und Eingriffen, die der Versicherte an seinem Körper vornimmt oder vornehmen läßt, soweit nicht ein Versicherungsfall hierzu der Anlaß war; soweit ein Versicherungsfall der Anlaß war, findet Art. 5, Pkt. 1.6. keine Anwendung;
2. bei der Benützung von Luftfahrtgeräten und bei Fallschirmabsprüngen sowie bei der Benützung von Luftfahrzeugen, soweit sie nicht unter die Bestimmung des Art. 13, Pkt. 6 fällt;
3. bei Klettertouren, die ohne geprüften Führer unternommen werden.

Art. 16. Obliegenheiten

1. Als Obliegenheit vor Eintritt des Versicherungsfalles, deren Verletzung die Leistungsfreiheit des Versicherers gemäß den Voraussetzungen und Begrenzungen des § 6 Abs. 2 VersVG bewirkt, wird bestimmt, dass der Versicherte als Lenker eines Kraftfahrzeuges in jedem Fall die kraftfahrrechtliche Berechtigung besitzt, die für das Lenken des Fahrzeuges auf Straßen mit öffentlichem Verkehr vorgeschrieben ist; dies gilt auch dann, wenn das Fahrzeug nicht auf Straßen mit öffentlichem Verkehr gelenkt wird.
2. Als Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalles, deren Verletzung die Leistungsfreiheit des Versicherers gemäß § 6 Abs. 3 VersVG bewirkt, werden bestimmt:
 - 2.1. Nach dem Unfall ist unverzüglich ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen und die ärztliche Behandlung bis zum Abschluß des Heilverfahrens fortzusetzen; ebenso ist für eine angemessene Krankenpflege und nach Möglichkeit für die Abwendung und Minderung der Unfallfolgen zu sorgen.
 - 2.2. Der Versicherer kann verlangen, dass sich der Versicherte durch die vom Versicherer bezeichneten Ärzte untersuchen läßt.
 - 2.3. Der Versicherte hat die Ärzte und/oder Krankenanstalten, von denen er aus anderen Anlässen behandelt oder untersucht worden ist, zu ermächtigen und aufzufordern, die vom Versicherer verlangten Auskünfte zu erteilen und Berichte zu liefern.

Art. 17. Dauernde Invalidität

1. Ergibt sich innerhalb eines Jahres vom Unfalltag an gerechnet, dass als Folge des Unfalles eine dauernde Invalidität von mindestens 50% zurückbleibt, wird aus der hierfür versicherten Summe der dem Grade der Invalidität entsprechende Betrag gezahlt.
2. Für die Bemessung des Invaliditätsgrades gelten folgende Sätze: bei völligem Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit

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

Art. 18. Feststellung der Leistung

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

- unfallbedingt später als ein Jahr nach dem Unfall, ist ebenfalls nach dem Grad der dauernden Invalidität zu leisten, mit dem aufgrund der zuletzt erstellten ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

Art. 19. Todesfall

1. Tritt innerhalb eines Jahres vom Unfalltag an gerechnet der Tod als Folge des Unfalles ein, wird die für den Todesfall versicherte Summe gezahlt.
2. Auf die Todesfalleistung werden nur Zahlungen, die für die dauernde Invalidität aus demselben Ereignis geleistet worden sind, angerechnet. Einen Mehrbetrag an Leistungen für dauernde Invalidität kann der Versicherer nicht zurückverlangen.

Art. 20. Anerkennung der Versicherungsleistung

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

Art. 21. Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten (Ärzteliste)

1. Im Fall von Meinungsverschiedenheiten über Art und Umfang der Unfallfolgen oder darüber, in welchem Umfang die eingetretene Beeinträchtigung auf den Unfall zurückzuführen ist, oder über die Beeinflussung der Unfallfolgen durch Krankheiten oder Gebrechen entscheidet verbindlich ein Schiedsgutachter, sofern dies der Versicherungsnehmer bzw. der Bezugsberechtigte (im Folgenden: der Anspruchsberechtigte) oder der Versicherer verlangen und diese Meinungsverschiedenheiten auf insofern abweichenden medizinischen Gutachten des vom Versicherer im Anlassfall beigezogenen sowie eines vom Anspruchsberechtigten beauftragten Gutachterarztes beruhen.
2. Gemäß § 184 VersVG ist die Entscheidung des Schiedsgutachters nur dann nicht verbindlich, wenn sie offenbar von der wirklichen Sachlage erheblich abweicht. In diesem Fall entscheidet ein ordentliches Gericht über die strittige Frage. Letzteres gilt auch, wenn der Schiedsgutachter die Feststellung nicht treffen kann oder will oder sie länger als drei Monate verzögert oder wenn der Schiedsgutachter nicht entscheidet, weil der Anspruchsberechtigte zwar die Entscheidung des Schiedsgutachters verlangt hat, aber nicht fristgerecht gemäß dem untenstehenden Pkt. 7 mitgeteilt hat, mit dem ihm mitgeteilten Maximalbetrag einverstanden zu sein.
3. Das Recht, die Entscheidung eines Schiedsgutachters zu verlangen, steht sowohl dem Anspruchsberechtigten als auch dem Versicherer zu. Das Verlangen einer Entscheidung des Schiedsgutachters hat binnen 3 Monaten ab Zugang der in geschriebener Form übermittelten Entscheidung des Versicherers über die jeweils strittige Fragestellung im Sinne des Pkt. 1 sowie unter Bekanntgabe der Forderung bzw. Auffassung und unter Vorlage eines diese Forderung/Auffassung begründenden medizinischen Gutachtens zu erfolgen. Auf dieses Recht sowie die dafür geltenden Erfordernisse und Rahmenbedingungen wird der Versicherer den Anspruchsberechtigten in seiner Entscheidung über den Anspruch und/oder die strittige Fragestellung in geschriebener Form hinweisen.
4. Als Schiedsgutachter bestellen der vom Versicherer im Anlassfall beigezogene sowie der vom Anspruchsberechtigten mit der bisherigen Fallbeurteilung beauftragte Gutachterarzt einvernehmlich einen in der österreichischen Ärzteliste eingetragenen Arzt mit ius practicandi (Recht zur Berufsausübung), welcher in die Liste der in Österreich gerichtlich zertifizierten medizinischen Sachverständigen eingetragen ist.
5. Einigen sich die beiden Ärzte über die Person des Schiedsgutachters nicht, wird ein für die Beurteilung der strittigen Fragen zuständiger medizinischer Sachverständiger durch die Österreichische Ärztekammer als Schiedsgutachter bestellt.
6. Die Obliegenheiten gemäß Art. 16, Pkt. 2.2. gelten sinngemäß für das Schiedsgutachterverfahren. Die versicherte Person trifft demnach auch die Obliegenheit, sich vom Schiedsgutachter untersuchen zu lassen.
7. Der Schiedsgutachter hat ein Gutachten zu erstatten und über die strittigen Tatsachen im Sinne des Pkt. 1. zu entscheiden. Diese Entscheidung des Schiedsgutachters hat eine schriftliche Begründung zu umfassen, die sich mit den vorhandenen Gutachten auseinandersetzt.

8. Verlangt der Versicherer die Entscheidung des Schiedsgutachters, so trägt er dessen Kosten allein.
9. Verlangt der Anspruchsberechtigte die Entscheidung des Schiedsgutachters, hat der Versicherer dem Anspruchsberechtigten vor Aufnahme der Tätigkeit des Schiedsgutachters in geschriebener Form den Maximalbetrag der vom Anspruchsberechtigten zu tragenden Kosten mitzuteilen. Dieser Maximalbetrag ist vom Versicherer unter Bedachtnahme auf die zu erwartenden objektiv notwendigen Kosten des Schiedsgutachters zu bestimmen und darf nicht mehr als 0,5 % der für Tod und Invalidität zusammen versicherten Summe, höchstens jedoch 5 % des strittigen Betrages betragen. Der Schiedsgutachter wird nur dann tätig, wenn der Anspruchsberechtigte innerhalb von vier Wochen ab Erhalt der Mitteilung erklärt, mit dem ihm mitgeteilten Maximalbetrag einverstanden zu sein. Die endgültigen Kosten des Schiedsgutachters werden von ihm anhand der im Rahmen seiner Tätigkeit angefallenen objektiv notwendigen Kosten festgesetzt und sind im Verhältnis des Obsiegens der beiden Parteien zu tragen, vom Anspruchsberechtigten jedoch maximal bis zur Höhe des ihm mitgeteilten Maximalbetrags. Bei Unverbindlichkeit der Entscheidung des Schiedsgutachters (siehe Pkt. 2) trägt der Versicherer die Kosten des Schiedsgutachters.

B: Reisegepäckversicherung

Art. 22. Versicherungsfall

Versicherungsfall ist die Beschädigung, die Vernichtung oder das Abhandenkommen der versicherten Gegenstände bei nachgewiesener Fremdeinwirkung.

Art. 23. Versicherte und nicht versicherte Gegenstände

1. Mit Ausnahme von Pkt. 2 und 3 sind sämtliche Gegenstände, die auf Reisen üblicherweise mitgenommen oder erworben werden, versichert.
2. Nur unter den folgenden Voraussetzungen sind versichert:
 - 2.1. Schmuck, Uhren, Pelze, technische Geräte aller Art samt Zubehör (z.B. Foto-, Film-, Videogeräte, optische Geräte, Unterhaltungselektronik, Mobiltelefone, Laptops) und Sportgeräte (Fahrräder, Surfbretter, Ski etc.), wenn sie
 - in persönlichem Gewahrsam sicher verwahrt mitgeführt und beaufsichtigt werden, so dass deren Wegnahme durch Dritte ohne Überwinden eines Hindernisses nicht möglich ist;
 - einem Beherbergungsbetrieb, einer bewachten Garderobe oder einer Gepäckaufbewahrung nachweislich übergeben werden;
 - sich in einem ordnungsgemäß verschlossenen und versperrten Raum befinden und alle vorhandenen Sicherheitseinrichtungen (Safe, Schränke etc.) genutzt werden; Schmuck, Uhren, Pelze, technische Geräte aller Art samt Zubehör jedoch nur, solange sie außerdem in einem verschlossenen und versperrten Behältnis verwahrt sind, das erhöhte Sicherheit auch gegen die Wegnahme des Behältnisses selbst bietet;
 - bestimmungsgemäß getragen bzw. benutzt werden (Sportgeräte: siehe Art. 25, Pkt. 3)
 - in ordnungsgemäß versperrten Behältnissen (sofern dies möglich und zumutbar ist) einem Transportunternehmen übergeben sind.
 - 2.2. Gepäckdiebstähle aus Kraftfahrzeugen, wenn sie sich nachweislich in der Zeit von 6.00 Uhr bis 21.00 Uhr ereignet haben, es sei denn, das Fahrzeug ist in einer bewachten Garage geparkt worden. Diebstähle aus Booten sind nur während der Zeit von 6.00 Uhr bis 21.00 Uhr versichert.

Klarstellung: Bei Gepäckdiebstählen aus Kraftfahrzeugen sind die in Pkt. 2.1. angeführten Gegenstände nicht mitversichert. Diese Gegenstände sind ausschließlich in den unter Pkt. 2.1. genannten Fällen versichert.
3. Nicht versichert sind
 - 3.1. Geld, Wertpapiere, Fahrkarten, Urkunden und Dokumente jeder Art, Gegenstände mit überwiegendem Kunst- oder Liebhaberwert sowie Übersiedlungsgut;
 - 3.2. Land-, Luft- und Wasserfahrzeuge (dazu zählen auch Hängegleiter, Flugdrachen, Eissegler) sowie deren Zubehör, Ersatzteile und Sonderausstattungen;

- 3.3. Gegenstände, die der Berufsausübung dienen (ausgenommen dienstlich mitgeführte Laptops) wie Handelswaren, Musterkollektionen, Werkzeuge und Instrumente.

Art. 24. Begrenzt ersatzpflichtige Schäden

Die Versicherungssumme für Schmuck, Uhren, Pelzen sowie technischen Geräten aller Art samt Zubehör beträgt im Rahmen der vereinbarten Versicherungssumme für Reisegepäck 50% davon.

Art. 25. Ausschlüsse

Es besteht kein Versicherungsschutz für Ereignisse, die

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

Art. 26. Obliegenheiten

Als Obliegenheit, deren Verletzung die Leistungsfreiheit des Versicherers gemäß den Voraussetzungen und Begrenzungen des § 6 Abs. 2 VersVG bewirkt, wird bestimmt, dass Schäden, die im Gewahrsam eines Transportunternehmens oder Beherbergungsbetriebes eingetreten sind, vom Versicherten diesen unverzüglich anzuzeigen sind und eine Bescheinigung darüber zu verlangen hat. Bei äußerlich nicht erkennbaren Schäden ist das Transportunternehmen unverzüglich nach der Entdeckung aufzufordern, den Schaden zu besichtigen und zu bescheinigen. Die jeweiligen Reklamations- oder Anspruchsfristen sind zu berücksichtigen.

Art. 27. Höhe der Entschädigungsleistung

1. Im Versicherungsfall ersetzt der Versicherer bis zur vereinbarten Versicherungssumme auf Erstes Risiko
 - für zerstörte oder abhandengekommene Gegenstände den Zeitwert;
 - für beschädigte reparaturfähige Gegenstände die notwendigen Reparaturkosten, höchstens jedoch den Zeitwert;
 - für Filme, Ton-, Datenträger und dgl. den Materialwert.

Für versicherte Gegenstände, die ohne bezifferbaren Preis bzw. gegen sonstige Leistungen erworben wurden (z.B. „Gratis-Handy“), beträgt die Höchstentschädigung EUR 200,-.

2. Als Zeitwert gilt der Wiederbeschaffungspreis der versicherten Gegenstände am Tag des Schadens abzüglich einer Wertminderung für Alter und Abnutzung. Ist eine Wiederbeschaffung nicht möglich, ist der Preis der Anschaffung von Gegenständen gleicher Art und Güte heranzuziehen.
3. Der Versicherer verzichtet auf den Einwand der Unterversicherung.

C: Auslandsreisekrankenversicherung

Art. 28. Versicherungsfall

Versicherungsfall ist eine akute Erkrankung oder der Eintritt eines Unfalles des Versicherten in einem Land außerhalb Österreichs und des Landes, in dem der Versicherte seinen ordentlichen Wohnsitz begründet hat. Der Versicherungsschutz besteht auch nicht in jenen Ländern, in denen der Versicherte gesetzlich krankenversichert ist.

Art. 29. Leistungsumfang

1. Der Versicherer ersetzt bis zur vereinbarten Versicherungssumme die nachgewiesenen Kosten für
 - 1.1. ambulante ärztliche Behandlungen;
 - 1.2. ärztlich verordnete Heilmittel;

- 1.3. einen medizinisch dringend notwendigen Medikamenten- und Serentransport vom nächstgelegenen Depot;
 - 1.4. stationäre Behandlungen in einem Krankenhaus, das im Aufenthaltsland allgemein als Krankenhaus anerkannt ist und unter ständiger ärztlicher Leitung steht. Es ist das am Aufenthaltsort befindliche bzw. das nächsterreichbare Krankenhaus in Anspruch zu nehmen.
Wenn der Krankenhausaufenthalt voraussichtlich länger als drei Tage dauert, ist ehestmöglich, bei sonstigem Verlust des Versicherungsschutzes oder Kürzung der Leistung, die im Versicherungsnachweis genannte Organisation oder der Versicherer zu verständigen;
 - 1.5. den Transport in das nächsterreichbare Krankenhaus und einen medizinisch notwendigen Verlegungstransport;
 - 1.6. den medizinisch begründeten und ärztlich angeordneten Rücktransport durch eine vom Versicherer im Versicherungsnachweis genannte Organisation, und zwar je nach Zustand des Versicherten per Eisenbahn, Autobus, Rettungsauto, Flugzeug oder in besonderen Fällen mittels Notarztjet nach Österreich oder in das Land gemäß Art. 1, Pkt. 1, in dem der Versicherte seinen ordentlichen Wohnsitz begründet hat;
 - 1.7. den Heimtransport nach mindestens dreitägigem Krankenhausaufenthalt zum ehestmöglichen Zeitpunkt, auch ohne medizinische Notwendigkeit, allenfalls mit Arztbegleitung nach Österreich oder in das Land gemäß Art. 1, Pkt. 1, in dem der Versicherte seinen ordentlichen Wohnsitz begründet hat;
 - 1.8. die Heimreise einer mit dem Versicherten auf der Reise befindlichen und mitversicherten Begleitperson nach Österreich oder in das Land gemäß Art. 1, Pkt. 1, in dem diese ihren ordentlichen Wohnsitz begründet hat;
 - 1.9. die Reise einer vom Versicherten beauftragten Person zum Aufenthaltsort und zurück zum Wohnort des Versicherten, wenn für diesen ein Krankenhausaufenthalt infolge Erkrankung oder Unfall notwendig wird und er deshalb eine Betreuungsperson benötigt;
 - 1.10. den Transport des vom Versicherten und der Begleitperson mitgeführten Reisegepäcks;
 - 1.11. die Überführung und Bestattung Verstorbener am Heimatort oder deren Begräbnis am Ereignisort.
2. Dauert der Krankenhausaufenthalt im Ausland länger als fünf Tage, organisiert der Versicherer die Reise einer dem Versicherten nahestehenden Person zum Ort des Krankenhausaufenthaltes und von dort zurück zum Wohnort und übernimmt die Kosten für das angemessene Transportmittel. Die Kosten des Aufenthaltes sind mitversichert.
 3. Der Versicherer garantiert dem Krankenhaus im Ausland, soweit erforderlich, einen Kostenvorschuß bis zu der im Versicherungsnachweis genannten Versicherungssumme. Soweit die vom Versicherer verauslagten Beträge nicht von einem Krankenversicherer oder Dritten übernommen werden oder vom Versicherer aus diesem Vertrag zu leisten sind, hat sie der Versicherte binnen eines Monats nach Rechnungslegung an den Versicherer zurückzuzahlen.
 4. Besteht hinsichtlich der Leistungen nach Pkt. 1.1. – 1.5. für den Versicherten eine Sozial- oder Privatkrankenversicherung, so hat er zuerst dort seine Ansprüche geltend zu machen. Unterläßt er dies, oder wird aus einer solchen Versicherung keine Leistung erbracht, so reduziert sich die Leistung des Versicherers um 10%.
 5. Die Arzt- und/oder Krankenhausrechnungen müssen Namen, Geburtsdaten des Versicherten sowie die Art der Erkrankung und Behandlung enthalten. Die Rechnungen oder Belege müssen in deutscher, englischer, italienischer, spanischer oder französischer Sprache ausgestellt sein. Ist dies nicht der Fall, werden die Kosten der Übersetzung in Anrechnung erbracht.
 6. Die Leistungen werden in EURO erbracht. Die Umrechnung von Devisen erfolgt, sofern der Ankauf diesbezüglicher Devisen nachgewiesen wird, unter Heranziehung des nachgewiesenen Umrechnungskurses. Erfolgt diesbezüglich kein Nachweis, gilt der Umrechnungskurs lt. Amtsblatt der Österreichischen Finanzverwaltung zum Zeitpunkt des Versicherungsereignisses.

Art. 30. Sachliche Erweiterung des Leistungsumfanges

1. Für die als Folge eines in Österreich eingetretenen Versicherungsfalles ersetzt der Versicherer bis zur vereinbarten Versicherungssumme die nachgewiesenen Kosten

- 1.1. für einen Verlegungstransport innerhalb Österreichs, vorausgesetzt, dass
 - 1.1.1 das Krankenhaus in Österreich, in dem der Versicherte behandelt wird, sich nicht in demselben Bundesland befindet, wo der Versicherte seinen ordentlichen Wohnsitz oder Arbeitsplatz hat, und
 - 1.1.2 ein Spitalsaufenthalt von mehr als sieben Tagen zu erwarten ist, und
 - 1.1.3 die behandelnden Ärzte mit einer Verlegung in das dem Wohnort nächstgelegene Krankenhaus einverstanden sind.
- 1.2. für die Organisation der Reise einer dem Versicherten nahestehenden Person zum Ort des Krankenhausaufenthalts und von dort zurück zum Wohnort und übernimmt die Kosten für das angemessene Transportmittel, vorausgesetzt der Krankenhausaufenthalt dauert länger als fünf Tage und das Krankenhaus befindet sich in einem anderen Bundesland als der Wohnort bzw. Arbeitsplatz des Versicherten. Die Kosten des Aufenthalts sind nicht versichert.
- 1.3. für einen medizinisch dringend notwendigen Medikamenten- und Serentransport vom nächstgelegenen Depot.
2. Art. 29, Pkt. 4 gilt sinngemäß.

Art. 31. Sachliche Begrenzung des Leistungsumfanges

Erstattet werden die in Art. 29, Pkt. 1.1. – 1.4. angeführten Kosten bis zur Höhe der dafür vereinbarten Versicherungssumme bei Unfallfolgen oder Krankheiten, die in den letzten sechs Monaten vor Reiseantritt behandelt worden oder behandlungsbedürftig gewesen sind, wenn diese unerwartet akut werden.

Art. 32. Ausschlüsse

Nicht erstattet werden Kosten für

1. Behandlungen, die ausschließlicher oder teilweiser Grund für den Antritt einer Reise sind;
2. Behandlungen, von denen bei Reiseantritt feststand oder erwartet werden mußte, dass sie bei planmäßigem Reiseablauf auftreten werden, es sei denn, dass die Reise wegen Ablebens des Ehepartners, eines Elternteiles oder eines Kindes unternommen wurde;
3. Behandlung chronischer Erkrankungen und deren Folgen (z.B. akuter Ausbruch);
4. Inanspruchnahme ortsgebundener Heilvorkommen (Kuren);
5. Konservierende oder prothetische Zahnbehandlungen;
6. Beistellung von Heilbehelfen (z.B. Brillen, Einlagen, Prothesen);
7. Entbindungen und Schwangerschaftsunterbrechungen;
8. Impfungen, ärztliche Gutachten und Atteste;
9. Kontrolluntersuchungen und Nachbehandlungen;
10. Sonderleistungen im Krankenhaus, wie Telefon, TV usw.

Art. 33. Zeitliche Begrenzung und Leistungspflicht

Die Leistungspflicht beginnt und endet, auch für schwebende Versicherungsfälle, mit dem vereinbarten Zeitpunkt (siehe Art. 3). Besteht jedoch durch Unfallfolgen oder Krankheit im Ausland Transportunfähigkeit, verlängert sich die Leistungspflicht über den vereinbarten Zeitpunkt hinaus um längstens sechs Wochen.

Anhang

VersVG § 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.

VersVG § 34

(1) Der Versicherer kann nach dem Eintritt des Versicherungsfalles verlangen, dass der Versicherungsnehmer jede Auskunft erteilt, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder des Umfangs der Leistungspflicht des Versicherers erforderlich ist.

(2) Belege kann der Versicherer insoweit fordern, als die Beschaffung dem Versicherungsnehmer billigerweise zugemutet werden kann.

VersVG § 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 einer fahrlässigen Verletzung einer vereinbarten Obliegenheit Rechte nur ableiten, wenn dem Versicherungsnehmer vorher die Versicherungsbedingungen ausgefolgt worden sind oder ihm eine andere Urkunde ausgefolgt worden ist, in der die Obliegenheit mitgeteilt wird.

