

ALLGEMEINE REISEVERSICHERUNGSBEDINGUNGEN FÜR DIE DINERS CLUB KARTE



Allgemeine Reiseversicherungsbedingungen für die Diners Club Karte (ARVB 2019 DC)

Art. 1.	Versicherte Personen	2
Art. 2.	Wirksamkeit des Versicherungsschutzes	2
Art. 3.	Zeitlicher und örtlicher Geltungsbereich	2
Art. 4.	Voraussetzung für den Versicherungsschutz Leistungen I	2
Art. 5.	Voraussetzung für den Versicherungsschutz Leistungen II	3
Art. 6.	Ausschlüsse	3
Art. 7.	Versicherungssumme	3
Art. 8.	Obliegenheiten	4
Art. 9.	Form von Erklärungen	4
Art. 10.	Subsidiarität	4
Art. 11.	Fälligkeit der Entschädigung	4
Art. 12.	Abtretung und Verpfändung von Versicherungsansprüchen	4
Art. 13.	Gerichtsstand	5
Besonderer Teil – Leistungen I		5
A: Verkehrsmittel-Unfallversicherung		5
Art. 14.	Versicherungsfall und Versicherungsschutz	5
Art. 15.	Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes	5
Art. 16.	Ausschlüsse	6
Art. 17.	Obliegenheiten	6
Art. 18.	Dauernde Invalidität	6
Art. 19.	Feststellung der Leistung	7
Art. 20.	Anerkennung der Versicherungsleistung	7
Art. 21.	Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten	7
B: Rückholkosten im Inland		8
Art. 22.	Versicherungsfall und Versicherungsschutz	8
C: Reisegepäckversicherung		8
Art. 23.	Versicherungsfall	8
Art. 24.	Versicherte und nicht versicherte Gegenstände	8
Art. 25.	Begrenzt ersatzpflichtige Schäden	9
Art. 26.	Ausschlüsse	9
Art. 27.	Obliegenheiten	9
Art. 28.	Höhe der Entschädigungsleistung	9
D: Reisetornoversicherung		10
Art. 29.	Gegenstand der Versicherung	10
Art. 30.	Entschädigungsleistung	10
Art. 31.	Versicherungsfall	10
Art. 32.	Zeitlicher Geltungsbereich	10
Art. 33.	Ausschlüsse	11
Art. 34.	Obliegenheiten	11
E: Reiseabbruchversicherung		11
Art. 35.	Versicherungsfall	11
Art. 36.	Ausschlüsse	11
Art. 37.	Obliegenheiten	11
Art. 38.	Entschädigungsleistung	11
F: Flugversäumnis, Flugverspätung und verspätete Gepäckausgabe		12
Art. 39.	Flugversäumnis	12
Art. 40.	Flugverspätung	12
Art. 41.	Verspätete Gepäckausgabe	12
Besonderer Teil – Leistungen II		12
G: Berge- und Transportkosten		12
Art. 42.	Versicherungsfall und Versicherungsschutz	12
H: Auslandsreisekrankenversicherung		12
Art. 43.	Versicherungsfall	12
Art. 44.	Leistungsumfang	13
Art. 45.	Sachliche Erweiterung des Leistungsumfanges	14
Art. 46.	Sachliche Begrenzung des Leistungsumfanges	14
Art. 47.	Ausschlüsse	14
Art. 48.	Zeitliche Begrenzung und Leistungspflicht	14
I: Privathaftpflichtversicherung		15
Art. 49.	Versicherungsfall	15
Art. 50.	Versicherungsschutz	15
Art. 51.	Leistungsumfang	15
Art. 52.	Ausschlüsse	16
Art. 53.	Obliegenheiten	16
Art. 54.	Bevollmächtigung des Versicherers	17
J: Kautionsversicherung		17
Art. 55.	Versicherungsfall und Leistungsumfang	17
K: Polizeieinsatz		17
Art. 56.	Versicherungsfall und Leistungsumfang	17
L: Dokumentenersatz		17
Art. 57.	Versicherungsfall und Leistungsumfang	17
M: Kontosaldenversicherung		17
Art. 58.	Versicherungsfall und Leistungsumfang	17
Anhang		18

Allgemeiner Teil

Gemeinsame Bestimmungen

Art. 1. Versicherte Personen

1. Versichert ist der Inhaber (im folgenden kurz als „**Karteninhaber**“ bezeichnet) einer in Österreich und/oder Deutschland ausgestellten und gültigen Diners Club Karte (im folgenden kurz als „**Karte**“ bezeichnet) mit ordentlichem Wohnsitz innerhalb der Europäischen Union, Schweiz oder Liechtenstein und deren Ehegatte/eingetragener Partner/Lebensgefährte und minderjährige Kinder, sofern diese bei Eintritt des Versicherungsfalles seit mindestens drei Monaten ihren ordentlichen Wohnsitz (gleiche Meldeadresse) beim versicherten Karteninhaber begründet haben. Auf gemeinsamen Reisen mit dem Karteninhaber sind die Kinder bis zum vollendeten 25. Lebensjahr mitversichert.
2. Als Karte gelten alle auf eigenen Namen ausgestellten Privathauptkarten und Zusatzkarten einer Classic Card, Premium Card, Vintage Card und Golf-Card sowie Firmenkarten, die zusätzlich auf eigenen Namen lauten.

Art. 2. Wirksamkeit des Versicherungsschutzes

1. Die Anmeldung zur Versicherung erfolgt automatisch durch die Ausstellung der Karte.
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 Karteninhaber, 24 Uhr MEZ.

Art. 3. Zeitlicher und örtlicher Geltungsbereich

1. Für die Leistungen I und die Auslandsreisekrankenversicherung (Abschnitt H) gilt der Versicherungsschutz 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 Zweitwohntort gleichzusetzen, auch Fahrten zwischen Wohnort und Zweitwohntort gelten nicht als Reise.

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem Verlassen des Wohnortes, des Zweitwohntortes 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 (24 Uhr MEZ) der Reise.
2. Sofern im Besonderen Teil keine abweichende Regelung getroffen wird, gilt als örtlicher Geltungsbereich weltweit.

Art. 4. Voraussetzung für den Versicherungsschutz Leistungen I

1. Versicherungsschutz besteht unter der Voraussetzung, dass die Reisekosten zum überwiegenden Teil mit der Karte bezahlt wurden. Als Reisekosten gelten die Kosten eines Pauschalarrangements (Transport mit Unterkunft) oder die Fahrtkosten mit einem öffentlichen Verkehrsmittel (Bahn, Bus, Flug, Schiff) vom Wohnort, Zweitwohntort oder Ort der Arbeitsstätte bis zur Reisedestination und zurück, nicht jedoch Flughafentaxen und dergleichen. Beginnt die Reise vom Wohnort, Zweitwohntort oder Ort der Arbeitsstätte mit einem Flug oder einer Bahnfahrt, besteht Versicherungsschutz für die gesamte Reise, auch wenn nur das Flugticket oder die Bahnkarte dieses Flugs oder dieser Bahnfahrt mit der Karte bezahlt wird.

Reisen, die nicht mit einem öffentlichen Verkehrsmittel angetreten werden (z.B. Fahrt mit dem privaten PKW), gelten mit Ausnahme von Pkt. 2 als nicht versichert. Ebenfalls kein Versicherungsschutz (z.B. Reisestornoversicherung) besteht, wenn lediglich die Übernachtungs- bzw. Hotelkosten mit der Karte bezahlt werden.

Die Bezahlung der Reisekosten mit der Karte ist zur Geltendmachung der Leistungen aus dem Reiseversicherungsschutz nachzuweisen.

2. Unter der Voraussetzung, dass die Karte als Zahlungsmittel innerhalb der letzten zwei Monate vor Eintritt des Versicherungsfalles verwendet wurde, besteht unabhängig von Pkt. 1 (z.B. Fahrt mit dem privaten PKW), ausschließlich auf die Reisegepäckversicherung eingeschränkter Versicherungsschutz, wenn zumindest eine Übernachtung außerhalb des Wohnortes oder Ortes der Arbeitsstätte erfolgt. Dem Wohnort ist ein Zweitwohntort gleichzusetzen. Als Verwendung der Karte gilt auch die Behebung von Bargeld an Bargeldautomaten (Bankomaten).

Art. 5. Voraussetzung für den Versicherungsschutz Leistungen II

Voraussetzung für den Versicherungsschutz ist die Verwendung der Karte als Zahlungsmittel innerhalb der letzten zwei Monate vor Eintritt des Versicherungsfalles. Als Verwendung der Karte gilt auch die Behebung von Bargeld an Bargeldautomaten (Bankomaten).

Art. 6. Ausschlüsse

1. Es besteht kein Versicherungsschutz für Ereignisse, die
 - 1.1. vorsätzlich oder grob fahrlässig durch den Versicherten herbeigeführt werden; in der Privathaftpflichtversicherung (Besonderer Teil G) besteht nur dann kein Versicherungsschutz, wenn der Versicherte vorsätzlich den Eintritt des Ereignisses, für das er dem Dritten verantwortlich ist, widerrechtlich herbeigeführt hat. Dem Vorsatz wird gleichgehalten eine Handlung oder Unterlassung, bei welcher der Schadeneintritt mit Wahrscheinlichkeit erwartet werden muss, jedoch in Kauf genommen wird;
 - 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. durch die Ausübung einer beruflich bedingten manuellen Tätigkeit entstehen;
 - 1.8. mittelbar oder unmittelbar durch den Einfluss ionisierender Strahlen im Sinne des Strahlenschutzgesetzes in der jeweils geltenden Fassung oder durch Kernenergie verursacht werden;
 - 1.9. der Versicherte infolge einer wesentlichen Beeinträchtigung seiner psychischen Leistungsfähigkeit durch Alkohol, Suchtgifte oder Medikamente erleidet,
 - 1.10. bei der Benützung von Fallschirmen, Paragleitern und Hängegleitern, bei Beteiligung an motorsportlichen Wettbewerben (auch Wertungsfahrten und Rallyes) und den dazugehörigen Trainingsfahrten entstehen;
 - 1.11. 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 16, 26, 33, 36, 47 und 52 geregelt.

Art. 7. Versicherungssumme

Die jeweiligen Versicherungssummen sind Höchsthaftungssummen pro Karteninhaber und sämtlicher mitreisenden und versicherten Angehörigen (Ausnahme Verkehrsmittel-Unfallversicherung: Versicherungssummen gelten pro 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. 8. 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 Schadensmaßes 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 17, 27, 34, 37 und 53 geregelt.

Art. 9. 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. 10. Subsidiarität

Alle Versicherungsleistungen, mit Ausnahme jener aus der Verkehrsmittel-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. 11. 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 D: Verkehrsmittel-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. 12. Abtretung und Verpfändung von Versicherungsansprüchen

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

Art. 13. Gerichtsstand

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

Besonderer Teil – Leistungen I**A: Verkehrsmittel-Unfallversicherung****Art. 14. Versicherungsfall und Versicherungsschutz**

1. Versicherungsfall ist der Eintritt eines Unfalles. Der Versicherer bietet Versicherungsschutz gemäß Pkt. 2, wenn der versicherten Person auf der Reise ein Unfall zustößt.
2. Der Versicherungsschutz bezieht sich auf alle Unfälle, die die versicherte Person als Passagier bei der Benützung eines für den öffentlichen Personenverkehr zugelassenen Transportmittels zu Lande, zu Wasser oder in der Luft, sowie beim Besteigen oder Verlassen eines solchen Transportmittels erleidet. Als Passagier gilt, wer weder mit dem Betrieb des Verkehrsmittels in ursächlichem Zusammenhang steht oder Besatzungsmitglied ist, noch mittels des Verkehrsmittels eine berufliche Betätigung ausübt. Es gelten weiters Unfälle als versichert, die der Versicherte bei der Benützung eines für den öffentlichen oder privaten Personenverkehr zugelassenen Transportmittels (Privat-PKW, Bus, Taxi, Zug, etc.) zum Flughafen, Busstation, Bahnhof oder Schiffshafen erleidet, sofern dieses Transportmittel in direktem Zusammenhang mit der versicherten Reise benützt wird.
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.
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. 15, 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.

Art. 15. 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. 18, 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. 16. 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. 6, Pkt. 1.7. keine Anwendung;
2. bei der Benützung von Luftfahrzeugen, soweit sie nicht unter die Bestimmung des Art. 14, Pkt. 2 fällt.

Art. 17. Obliegenheiten

1. Als Obliegenheit vor Eintritt des Versicherungsfalles, deren Verletzung die Leistungsfreiheit des Versicherers gemäß § 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. 18. Dauernde Invalidität

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

- eines Armes ab Schultergelenk	70 %
- eines Armes bis oberhalb des 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. 19. Feststellung der Leistung

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

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

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 geschriebenen 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. 17, 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: Rückholkosten im Inland

Art. 22. Versicherungsfall und Versicherungsschutz

Der Versicherer ersetzt bei einer unfallbedingten Verletzung der versicherten Person im Wohnsitzland bis zur vereinbarten Versicherungssumme die Kosten des ärztlich empfohlenen Verletzentransportes vom Unfallort bzw. Krankenhaus an seinen Wohnort.

C: Reisegepäckversicherung

Art. 23. Versicherungsfall

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

Art. 24. 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. Als Reisegepäck gelten auch Geschenke und Reiseandenken, die auf der Reise erworben werden.
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. 26, 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.
- Erläuterung: 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 wie Handelswaren, Musterkollektionen, Werkzeuge und Instrumente.

Art. 25. Begrenzt ersatzpflichtige Schäden

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

Art. 26. 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-, Stehen lassen, mangelhafte Verwahrung oder mangelhafte Beaufsichtigung verursacht werden;
3. bei der bestimmungsgemäßen Benutzung von Sportgeräten (Fahrräder, Surfbretter, Ski etc.) an diesen eintreten.

Art. 27. Obliegenheiten

Als Obliegenheit, deren Verletzung die Leistungsfreiheit des Versicherers gemäß den Voraussetzungen und Begrenzungen des § 6 VersVG bewirkt, wird bestimmt:

Schäden, die im Gewahrsam eines Transportunternehmens oder Beherbergungsbetriebes eingetreten sind, hat der Versicherte diesen unverzüglich anzuzeigen und eine Bescheinigung darüber zu verlangen. 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. 28. Höhe der Entschädigungsleistung

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

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.

D: Reisestornoversicherung

Art. 29. Gegenstand der Versicherung

Gegenstand der Versicherung ist die Buchung einer privaten Pauschalreise (Reisevertrag, welcher eine Beförderung mit einem öffentlichen Verkehrsmittel und eine Unterbringung beinhaltet) oder eines öffentlichen Verkehrsmittels, das zur Erreichung der Reisedestination verwendet wird (Beförderungsvertrag) – Reisedefinition siehe auch Art. 3, Pkt.1.

Art. 30. Entschädigungsleistung

Der Versicherer ersetzt der versicherten Person im Rahmen der Versicherungssumme jenen Betrag, abzüglich 20% Selbstbehalt, den sie dem Reiseveranstalter oder dem Beförderungsunternehmen zum Zeitpunkt des Eintritts des Versicherungsfalles vertraglich schuldet, das sind Rücktritts- oder Stornokosten bzw. sonstige in Reugeld- oder Konventionalstrafvereinbarungen bezeichneten Kosten oder Gebühren, in der Folge kurz „Stornogeühren“ bezeichnet.

Für den Fall, dass eine Umbuchung günstiger als ein Rücktritt (Storno) ist, werden auf Verlangen die Kosten der Umbuchung anstelle der Stornogeühren ersetzt.

Art. 31. Versicherungsfall

1. Ein Versicherungsfall liegt vor, wenn aus einem der folgenden, während der Wirksamkeit des Versicherungsschutzes eingetretenen Gründe ein Rücktritt (Storno) vom Reise- oder Beförderungsvertrag erfolgt:
 - 1.1. Reiseunfähigkeit des Versicherten aus medizinischen Gründen, die vom behandelnden Arzt bestätigt werden. Als Grund einer Reiseunfähigkeit wird auch eine Schwangerschaft, die nach der Reisebuchung entstanden ist, anerkannt.
 - 1.2. Tod des Versicherten;
 - 1.3. Tod, schwerer Unfall oder unerwartete schwere Erkrankung seines Ehegatten, Lebensgefährten, seiner Kinder, Eltern, Schwiegereltern, Großeltern, Geschwister, Enkel und Schwiegerkinder;
 - 1.4. bedeutender Sachschaden am Eigentum des Versicherten an seinem Wohnort infolge Feuer, Elementarereignis oder Straftat eines Dritten, der seine Anwesenheit zwingend erforderlich macht;
 - 1.5. unverschuldeter Verlust des Arbeitsplatzes infolge Kündigung des Versicherten durch den Arbeitgeber.
 - 1.6. Einberufung zum Grundwehr- bzw. Zivildienst, vorausgesetzt die zuständige Behörde akzeptiert die Reisebuchung nicht als Grund zur Verschiebung der Einberufung.
 - 1.7. dienstliche Verhinderung bei Dienstreisen, wenn die Anwesenheit des Versicherten aus beruflicher Sicht zwingend erforderlich ist.

Art. 32. Zeitlicher Geltungsbereich

Abweichend von Art. 3, Pkt. 1 beginnt der Versicherungsschutz nicht bei überwiegender Bezahlung der Kosten des Reise- oder Beförderungsvertrages, sondern wenn bereits die Anzahlung zur Gänze mittels Karte erbracht wurde, und endet der Versicherungsschutz mit Reiseantritt.

Art. 33. Ausschlüsse

Kein Versicherungsfall liegt vor, wenn

1. einer der Gründe gemäß Art. 31 bei Abschluss der Versicherung bereits vorgelegen hat oder voraussehbar gewesen ist;
2. das Reiseunternehmen vom Reisevertrag zurücktritt.
3. Kein Versicherungsschutz besteht für den Fall, dass die Stornogebühren 100% des Preises des stornierten Reise- oder Beförderungsvertrages betragen.

Erläuterung: Sogenannte „nicht stornierbare Tickets“ eines Reiseveranstalters oder Beförderungsunternehmens fallen somit nicht unter den Versicherungsschutz dieser Reisestornoversicherung.

Art. 34. Obliegenheiten

Als Obliegenheiten, deren Verletzung die Leistungsfreiheit des Versicherers gemäß den Voraussetzungen und Begrenzungen des § 6 VersVG bewirkt, werden bestimmt:

Der Versicherte hat,

1. den Versicherungsfall der Buchungsstelle (Reisebüro, etc.) unverzüglich (d.h. innerhalb von 48 Stunden) zu melden und die Buchung zu stornieren;
2. die nicht genutzten Reiseunterlagen (Tickets, Hotelgutscheine etc.) dem Versicherer auf Verlangen auszuhändigen.

E: Reiseabbruchversicherung**Art. 35. Versicherungsfall**

1. Ein Versicherungsfall liegt vor, wenn aus einem der folgenden Gründe eine Reise vorzeitig beendet wird:
 - 1.1. Tod, schwerer Unfall oder unerwartete schwere Erkrankung seines Ehegatten, Lebensgefährten, seiner Kinder, Eltern, Schwiegereltern, Großeltern, Geschwister, Enkel und Schwiegerkinder;
 - 1.2. bedeutender Sachschaden am Eigentum des Versicherten an seinem Wohnort infolge Feuer, Elementarereignis oder Straftat eines Dritten, der seine Anwesenheit zwingend erforderlich macht.
2. Ein Versicherungsfall liegt weiters vor, wenn der Versicherte eine gebuchte Rückreise wegen schwerem Unfall oder unerwartet schwerer Erkrankung ohne Krankenhausaufenthalt nicht oder nur verspätet antreten kann.

Art. 36. Ausschlüsse

Kein Versicherungsfall liegt vor, wenn einer der Gründe gemäß Art. 35 bei Antritt der Reise bereits vorgelegen hat oder voraussehbar gewesen ist.

Art. 37. Obliegenheiten

Als Obliegenheit, deren Verletzung die Leistungsfreiheit des Versicherers gemäß den Voraussetzungen und Begrenzungen des § 6 VersVG bewirkt, wird bestimmt:

Der Versicherte hat die nicht genutzten Reiseunterlagen (Tickets, Hotelgutscheine etc.) dem Versicherer auf Verlangen als Bestätigung des Reiseabbruchs oder der Reiseverspätung auszuhändigen.

Art. 38. Entschädigungsleistung

Wenn das ursprüngliche Rückreiseticket vom Versicherten nicht verwendet werden kann, ersetzt der Versicherer im Rahmen der Versicherungssumme die Mehrkosten für die vorzeitige Rückreise oder für die verspätete Rückreise und die notwendige Nächtigung, nicht aber Rücktritts- oder Stornogebühren und unverbrauchte Kosten der Reise.

F: Flugversäumnis, Flugverspätung und verspätete Gepäckausgabe

Erläuterung: Als Heimatflughafen im Sinne der folgenden Bestimmungen gilt der – gleichgültig ob im In- oder Ausland gelegene – Flughafen nächst dem Hauptwohnsitz, an dem die versicherte Reise beginnt bzw. an dem sie endet.

Art. 39. Flugversäumnis

1. Ein Versicherungsfall liegt vor, wenn sich die Anreise zum Heimatflughafen oder Flughafen der Reisedestination aus einem der nachstehenden Gründe nachweislich verzögert und dadurch der gebuchte reguläre Abflug versäumt wird:
 - 1.1. Unfall oder Verkehrsunfall des Versicherten;
 - 1.2. technisches Gebrechen des benützten Verkehrsmittels;
 - 1.3. Verspätung des öffentlichen Zubringers (Bus und Bahn)
2. Ersetzt werden die notwendigen und nachgewiesenen Mehrkosten für die verspätete direkte Reise zum gebuchten Zielort und/oder eine erforderliche Nächtigung und Verpflegung bis zur vereinbarten Versicherungssumme.

Art. 40. Flugverspätung

1. Ein Versicherungsfall liegt vor, wenn der gebuchte Flug nachweislich mehr als vier Stunden verspätet ist, oder durch eine Flugverspätung von weniger als vier Stunden ein gebuchter Anschlussflug versäumt wird.
2. Ersetzt werden die notwendigen und nachgewiesenen Mehrkosten für den neu- bzw. umzubuchenden Anschlussflug und/oder eine erforderliche Nächtigung und Verpflegung bis zur vereinbarten Versicherungssumme.

Art. 41. Verspätete Gepäckausgabe

1. Ein Versicherungsfall liegt vor, wenn das Reisegepäck nachweislich zumindest vier Stunden verspätet ausgefolgt wird, und dadurch eine Notsituation hervorgerufen wird.
2. Ersetzt werden die unbedingt notwendigen Ersatzanschaffungen für den persönlichen Bedarf, bis zur vereinbarten Versicherungssumme. Bei verspäteter Gepäckausgabe am Heimatflughafen wird keine Leistung erbracht.

Besonderer Teil – Leistungen II

G: Berge- und Transportkosten

Art. 42. Versicherungsfall und Versicherungsschutz

Bis zur Höhe der dafür vereinbarten Versicherungssumme gelten die nachgewiesenen Kosten der Suche nach der versicherten Person und ihres Transportes bis zur nächsten befahrbaren Straße oder in das nächstgelegene Spital als versichert, wenn diese unverletzt, verletzt oder tot geborgen werden muss, weil sie

1. einen Unfall erlitten hat;
2. in Berg- oder Wassernot geraten ist.

H: Auslandsreisekrankenversicherung

Art. 43. Versicherungsfall

Versicherungsfall ist eine akute Erkrankung oder der Eintritt eines Unfalles des Versicherten in einem Land außerhalb Österreichs (Erweiterung: siehe Art. 45) 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. 44. 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 nächst erreichbare Krankenhaus in Anspruch zu nehmen.

Wenn der Krankenhausaufenthalt voraussichtlich länger als drei Tage dauert, ist ehest möglich, 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 nächst erreichbare 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 ehest möglichen 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.

In Erweiterung zu Art. 43 besteht bei Vorliegen der Voraussetzungen für Leistungen I (Bezahlung der Reise mit Karte) Versicherungsschutz auch in Österreich.

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. 45. Sachliche Erweiterung des Leistungsumfanges

1. Für die als Folge eines im Wohnsitzland eingetretenen Versicherungsfalles ersetzt der Versicherer bis zur vereinbarten Versicherungssumme die nachgewiesenen Kosten
 - 1.1. für einen Verlegungstransport innerhalb des Wohnsitzlandes, vorausgesetzt, dass
 - 1.1.1 das Krankenhaus, 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. 44, Pkt. 4 gilt sinngemäß.

Art. 46. Sachliche Begrenzung des Leistungsumfanges

Erstattet werden die in Art. 44, 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. 47. 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. 48. Zeitliche Begrenzung und Leistungspflicht

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

I: Privathaftpflichtversicherung

Art. 49. **Versicherungsfall**

1. Als Versicherungsfall gilt ein Schadenereignis, das vom Versicherten als Privatperson verursacht wird und aus welchem dem Versicherten Schadenersatzverpflichtungen (Art. 50) erwachsen oder erwachsen könnten.
2. Mehrere auf derselben oder gleichartigen Ursache beruhende Schadenereignisse gelten als ein Versicherungsfall.

Art. 50. **Versicherungsschutz**

1. Im Versicherungsfall übernimmt der Versicherer
 - 1.1. die Erfüllung von Schadenersatzverpflichtungen, die dem Versicherten wegen eines Sach- und/oder Personenschadens sowie des daraus abgeleiteten Vermögensschadens aufgrund gesetzlicher Haftpflichtbestimmungen privatrechtlichen Inhalts erwachsen (in der Folge kurz Schadenersatzverpflichtung genannt);
 - 1.2. die Kosten der Feststellung und der Abwehr einer von einem Dritten behaupteten Schadenersatzverpflichtung im Rahmen des Art. 51.
2. Sachschäden sind die Beschädigung oder die Vernichtung von körperlichen Sachen, Personenschäden sind die Gesundheitsschädigung, Körperverletzung oder Tötung von Menschen.
3. Die Versicherung erstreckt sich auf Schadenersatzverpflichtungen des Versicherten aus den Gefahren des täglichen Lebens (mit Ausnahme einer betrieblichen, beruflichen oder gewerbsmäßigen Tätigkeit), insbesondere
 - 3.1. aus der Haltung und Verwendung von Fahrrädern;
 - 3.2. aus der nicht berufsmäßigen Sportausübung, ausgenommen die Jagd;
 - 3.3. aus dem erlaubten Besitz von Hieb-, Stich- und Schusswaffen und aus deren Verwendung als Sportgerät und für Zwecke der Selbstverteidigung;
 - 3.4. aus der Haltung von Kleintieren, ausgenommen Hunden;
 - 3.5. aus der gelegentlichen Verwendung, nicht jedoch aus der Haltung von Elektro- und Segelbooten;
 - 3.6. aus der Verwendung von sonstigen nicht motorisch angetriebenen Wasserfahrzeugen sowie von Schiffs- und Flugmodellen (unter letzteren sind Flugobjekte, die nicht selbstständig im Fluge verwendet werden können (nicht motorisch angetrieben) sowie unbemannte Geräte mit einer maximalen Bewegungsenergie unter oder gleich 79 Joule, die selbstständig im Fluge verwendet werden können und nicht höher als 30 Meter über Grund betrieben werden, zu verstehen);
 - 3.7. bei der Benützung (ausgenommen Verschleißschäden) von gemieteten Wohnräumen und sonstigen gemieteten Räumen sowie des darin befindlichen Inventars bis zu einer Mietdauer von maximal einem Monat.
4. Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf die ganze Erde.

Art. 51. **Leistungsumfang**

1. Ist eine Pauschalversicherungssumme vereinbart, so gilt diese für Sach- und Personenschäden zusammen.
2. Die Versicherung umfasst die den Umständen nach gebotenen gerichtlichen und außergerichtlichen Kosten der Feststellung und Abwehr einer von einem Dritten behaupteten Schadenersatzpflicht, und zwar auch dann, wenn sich der Anspruch als unberechtigt erweist.
3. Die Versicherung umfasst weiters die Kosten der über Weisung des Versicherers geführten Verteidigung in einem Straf- oder Disziplinarverfahren. Kosten gemäß Pkt. 2 und 3, sowie Rettungskosten werden auf die Versicherungssumme angerechnet.

4. Falls die vom Versicherer verlangte Erledigung eines Schadenersatzanspruches durch Anerkenntnis, Befriedigung oder Vergleich am Widerstand des Versicherungsnehmers scheitert und der Versicherer mittels eingeschriebenen Briefes die Erklärung abgibt, seinen vertragsmäßigen Anteil an Entschädigung und Kosten zur Befriedigung des Geschädigten zur Verfügung zu halten, hat der Versicherer für den von der erwähnten Erklärung an entstehenden Mehraufwand an Hauptsache, Zinsen und Kosten nicht aufzukommen.

Art. 52. Ausschlüsse

1. Die Versicherung erstreckt sich nicht auf Schadenersatzverpflichtungen aus Schäden, die der Versicherte oder die für ihn handelnden Personen verursachen durch Haltung oder Verwendung von
 - 1.1. Luftfahrzeugen oder Luftfahrtgeräten;
 - 1.2. Kraftfahrzeugen oder Anhänger, die ein behördliches Kennzeichen tragen müssen oder tatsächlich tragen.
2. Kein Versicherungsschutz besteht auch für
 - 2.1. Ansprüche, soweit sie aufgrund eines Vertrages oder einer besonderen Zusage über den Umfang der gesetzlichen Ersatzpflicht hinausgehen;
 - 2.2. die Erfüllung von Verträgen und die an deren Stelle tretende Ersatzleistung;
 - 2.3. Schäden, die dem Versicherten selbst und dessen Angehörigen (Ehegatte, Verwandte in gerader aufsteigender und absteigender Linie, Schwieger-, Adoptiv- und Stiefeltern, im gemeinsamen Haushalt lebende Geschwister; außereheliche Gemeinschaft ist in ihrer Auswirkung der ehelichen gleichgestellt) zugefügt werden;
 - 2.4. Schäden durch Verunreinigung von Erdreich und Gewässern oder Störung der Umwelt.
3. Die Versicherung erstreckt sich nicht auf Schadenersatzverpflichtungen wegen Schäden an
 - 3.1. Sachen, die der Versicherte oder die für ihn handelnden Personen entliehen, gemietet, geleast, gepachtet oder in Verwahrung genommen haben (ausgenommen Art. 50, Pkt. 3.7.);
 - 3.2. Sachen, die bei der infolge ihrer Benützung, Beförderung, Bearbeitung oder sonstigen Tätigkeit an oder mit ihnen entstehen;
 - 3.3. Sachen durch allmähliche Emission oder allmähliche Einwirkung von Temperatur, Gasen, Dämpfen, Flüssigkeiten, Feuchtigkeit oder nicht atmosphärischen Niederschlägen, sowie Schäden durch nukleare Ereignisse, sowie Verseuchung durch radioaktive Stoffe.
4. Schadenersatzverpflichtungen aus Verlust oder Abhandenkommen körperlicher Sachen sind nicht gedeckt.
5. Schadenereignisse, deren Ursache in die Zeit vor Versicherungsbeginn fallen, sind nicht gedeckt.
6. Sofern der Deckungsanspruch nicht unverzüglich nach Kenntnis des Versicherungsfalles im Sinne des § 33 VersVG geltend macht, besteht kein Versicherungsschutz bei Geltendmachung des Deckungsanspruches später als 3 Jahre nach Ende der Wirksamkeit des Versicherungsschutzes.

Art. 53. Obliegenheiten

Als Obliegenheiten, deren Verletzung die Leistungsfreiheit des Versicherers gemäß den Voraussetzungen und Begrenzungen des § 6 VersVG bewirkt, werden bestimmt: Der Versicherte hat anzuzeigen

1. die Geltendmachung einer Schadenersatzforderung;
2. die Zustellung einer Strafverfügung sowie die Einleitung eines Straf-, Verwaltungsstraf- oder Disziplinarverfahrens gegen den Versicherungsnehmer oder den Versicherten;
3. alle Maßnahmen Dritter zur gerichtlichen Durchsetzung von Schadenersatzforderungen.

Der Versicherte ist nicht berechtigt, ohne vorherige Zustimmung des Versicherers einen Schadenersatzanspruch ganz oder zum Teil anzuerkennen oder zu vergleichen.

Art. 54. Bevollmächtigung des Versicherers

Der Versicherer ist bevollmächtigt, im Rahmen seiner Leistungsverpflichtung alle ihm zweckmäßig erscheinenden Erklärungen im Namen des Versicherten abzugeben.

J: Kautionsversicherung**Art. 55. Versicherungsfall und Leistungsumfang**

Versichert ist vorschussweise jener Betrag, der nach einem Verkehrsunfall im Ausland aufgewendet werden müsste, um von Strafverfolgungsmaßnahmen einstweilen verschont zu bleiben (Strafkaution).

Als Ausland gelten keinesfalls das Wohnsitzland und das Land, dessen Staatsbürgerschaft der Versicherte besitzt.

Dieser Vorschuss ist vom Karteninhaber innerhalb von sechs Monaten ab Zahlung durch den Versicherer zurückzuzahlen.

K: Polizeieinsatz**Art. 56. Versicherungsfall und Leistungsumfang**

Der Versicherer übernimmt die behördlich vorgeschriebenen Kosten eines Polizeieinsatzes bei Verkehrsunfällen ohne Personenschaden in Österreich und Deutschland.

L: Dokumentenersatz**Art. 57. Versicherungsfall und Leistungsumfang**

Der Versicherer übernimmt die amtlichen Gebühren und Abgaben, die bei der Polizei und Ämtern für die Wiederbeschaffung der in Verlust geratenen amtlichen Dokumente entstehen.

M: Kontosaldenversicherung**Art. 58. Versicherungsfall und Leistungsumfang**

Der Versicherer übernimmt den Kontosaldenausgleich des Diners Club Kontos des verstorbenen Karteninhabers sofern der Minus-Kontenstand vor dem Ableben entstanden ist. Die Versicherung umfasst nur jenen Teil des aushaftenden Saldos, der im Zuge des Verlassenschaftsverfahrens nicht einbringlich gemacht werden kann.

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.

