

VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN DER WIENER STÄDTISCHEN ZUM GRUPPENVERSICHERUNGSVERTRAG MIT DEM ARBÖ IM RAHMEN DES ARBÖ-SICHERHEITS-PASSES (gültig für Beitritte ab 1.9.2016)

Fassung 2016

Analog den Formulierungen im Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) beziehen sich personenbezogene Bezeichnungen auf Frauen und Männer in gleicher Weise.

INHALTSVERZEICHNIS	Seite	Seite
ABSCHNITT A – GEMEINSAME BESTIMMUNGEN für die Abschnitte B und C	2	
Art. 1A Gruppenversicherungsvertrag und Beitritt	2	
Art. 2A Wer kann dem Gruppenversicherungsvertrag beitreten?	2	
Art. 3A Voraussetzungen für den Versicherungsschutz	2	
Art. 4A Wer ist versichert?	2	
Art. 5A Was ist versichert?	2	
Art. 6A Örtlicher Geltungsbereich	2	
Art. 7A Dauer des Versicherungsschutzes	2	
Art. 8A Leistungsberechtigung und Gültigkeit	3	
Art. 9A Ausschluss eines Versicherten nach dem Eintritt des Versicherungsfalles	3	
Art. 10A Zielort der erbrachten Leistung (Erfüllungsort)	3	
Art. 11A Auskunftspflicht des Versicherungsnehmers und des Versicherten	3	
Art. 12A Leistungsausschlüsse	4	
Art. 13A Obliegenheiten	4	
Art. 14A Ansprüche gegenüber Dritten	5	
Art. 15A Entschädigung und Verjährung	5	
Art. 16A Leistungsbearbeitung	5	
Art. 17A Anwendbares Recht, Erfüllungsort und Gerichtsstand	5	
 ABSCHNITT B – FAHRZEUGBEZOGENE LEISTUNGEN	 5	
Art. 1B Pannendienst	5	
Art. 2B Abschleppdienst	5	
Art. 3B Fahrzeugheimrücktransport	5	
Art. 4B Fahrzeugrücktransport nach Diebstahl	6	
Art. 5B Garagierungskosten	6	
Art. 6B Ersatzteileversand	6	
Art. 7B Abholung des reparierten Fahrzeugs	6	
Art. 8B Zollkostenvergütung und Verschrottung	6	
Art. 9B Wildschadenkaskoversicherung	6	
 ABSCHNITT C – PERSONENBEZOGENE LEISTUNGEN	 7	
Art. 1C Mobilität nach Panne oder Unfall	7	
Art. 2C Lotsendienst	7	
Art. 3C Nächtigungskosten nach Ausfall des Fahrzeugs ...	7	
Art. 4C Kosten für Heimfahrt nach nächtlicher Panne	7	
Art. 5C Insassen-Unfallversicherung	7	
Art. 6C Hubschrauberrettung und Akia-Bergung nach alpinen Freizeitunfällen	9	
Art. 7C Krankenverlegung nach Krankheit oder Unfall	9	
Art. 8C Rückholung von Kindern, Jugendlichen und Haustieren	10	
Art. 9C Krankenbesuch	10	
Art. 10C Krankenrückholung	10	
Art. 11C Krankenversicherung	10	
Art. 12C Nächtigungskosten nach Unfall oder Erkrankung ...	10	
Art. 13C Notfallservice	11	
Art. 14C Kostenersatz für Wiederbeschaffung von Dokumenten	11	
Art. 15C Übernahme von Rückreisekosten	11	
Art. 16C Organisation von Bargeldübermittlung	11	
Art. 17C Telefonkostenersatz	11	
Art. 18C Radfahrer-Haftpflichtversicherung	11	

ABSCHNITT A – GEMEINSAME BESTIMMUNGEN für die Abschnitte B und C

Artikel 1 A

Gruppenversicherungsvertrag und Beitritt

Den in den Abschnitten B und C definierten Leistungen liegt ein zwischen ARBÖ Auto-, Motor- und Radfahrerbund Österreich, Bundesorganisation (im Folgenden ARBÖ), Johann-Böhm-Platz 1, 1020 Wien, als Versicherungsnehmer und der WIENER STÄDTISCHE Versicherung AG Vienna Insurance Group (im Folgenden Wiener Städtische), Schottenring 30, 1010 Wien, als Versicherer auf unbestimmte Zeit abgeschlossener Gruppenversicherungsvertrag zugrunde. Durch Beitritt eines ARBÖ-Mitglieds zum Gruppenversicherungsvertrag wird dieser zum Versicherten. Beim „Sicherheits-Pass“ und beim „Firmen-Sicherheits-Pass“ (nicht aber beim „Freizeit-Sicherheits-Pass“) sind auch Familienmitglieder gemäß Artikel 4 A versichert (Mitversicherte). Die in den Abschnitten B und C definierten Leistungen an die Versicherten werden vom ARBÖ für die Wiener Städtische erbracht.

Artikel 2 A

Wer kann dem Gruppenversicherungsvertrag beitreten?

Personen mit einer aufrechten, voll bezahlten ARBÖ-Mitgliedschaft können durch Einzahlung des Beitrags für einen Sicherheits-Pass (das sind der „Sicherheits-Pass“, der „Freizeit-Sicherheits-Pass“ und der „Firmen-Sicherheits-Pass“) dem Gruppenversicherungsvertrag beitreten. Zur Dauer des Versicherungsschutzes vgl. Artikel 7 A.

Artikel 3 A

Voraussetzungen für den Versicherungsschutz

Voraussetzungen für den Versicherungsschutz sind eine aktive, voll bezahlte, dem Kraftfahrzeug entsprechende ARBÖ-Mitgliedschaft für das Klubjahr. Der Beitrag für den gewählten Sicherheits-Pass muss vollständig bezahlt sein.

Artikel 4 A

Wer ist versichert?

1. Versicherte Personen sind jene Personen, auf die sich der Versicherungsschutz bezieht.
2. Versichert ist der Inhaber des gewählten Sicherheits-Passes, der eine aufrechte, voll bezahlte ARBÖ-Mitgliedschaft für das Klubjahr hat und dem Gruppenversicherungsvertrag durch vollständige Bezahlung des Beitrags für den gewählten Sicherheits-Pass beitrifft.
3. Darüber hinaus sind beim „Sicherheits-Pass“ im Hinblick bei den personenbezogenen Leistungen der Gatte bzw. Lebensgefährtin des Inhabers des „Sicherheits-Passes“ und deren Kinder (leibliche Kinder, Stief-, Adoptiv- und Pflegekinder) bis zum Ende jenes Jahres, in das deren 19. Geburtstag fällt, mitversichert, sofern sie zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles (vgl. Artikel 5 A) am selben Wohnsitz wie der Inhaber des „Sicherheits-Passes“ gemeldet sind. Versicherungsschutz besteht, auch wenn die versicherten Personen mit anderen Verkehrsmitteln als dem Kfz unterwegs sind. Die Reise kann sowohl gemeinsam als auch getrennt angetreten werden.
4. Beim „Firmen-Sicherheits-Pass“ sind bei den personen- und fahrzeugbezogenen Leistungen der berechnigte Lenker (Mitarbeiter) und bis zu maximal acht mitfahrende Mitarbeiter des Inhabers des „Firmen-Sicherheits-Passes“, die unter Einhaltung der betreffenden kraftfahrrechtlichen Vorschriften befördert werden, während der betrieblichen Nutzung des versicherten Firmenfahrzeuges, dessen Kennzeichen der Wiener Städtischen bekannt gegeben wurde, versichert.
5. Für jeden „Firmen-Sicherheits-Pass“ kann ein leistungsberechtigter Lenker namhaft gemacht werden. Sofern für den „Firmen-Sicherheits-Pass“ ein leistungsberechtigter Lenker namhaft gemacht wird, erstrecken sich die personenbezogenen Leistungen auch auf seine Privatsphäre sowie seinen Gatten bzw. Lebensgefährtin und deren Kinder (leibliche Kinder, Stief-,

Adoptiv- und Pflegekinder) bis zum vollendeten 19. Lebensjahr, wenn diese zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles (vgl. Artikel 5 A) am selben Wohnsitz wie der namhaft gemachte Lenker gemeldet sind. Diese Familienmitglieder sind auch dann versichert, wenn die Fahrt getrennt voneinander und nicht mit dem Firmenfahrzeug angetreten wird. Scheidet der namhaft gemachte Mitarbeiter aus dem Unternehmen des Inhabers des „Firmen-Sicherheits-Passes“ aus, endet der Versicherungsschutz für den namhaft gemachten Lenker und seine mitversicherten Familienmitglieder. Der Inhaber des „Firmen-Sicherheits-Passes“ ist in diesem Fall berechtigt, einen anderen Mitarbeiter als berechtigten Lenker namhaft zu machen.

6. Bei Tod des Sicherheits-Pass-Inhabers oder bei Löschung einer Gesellschaft, die Inhaber eines Firmen-Sicherheits-Passes ist, erlischt der Versicherungsschutz auch für die mitversicherten Personen.

Artikel 5 A

Was ist versichert?

1. Versichert ist das von der Versicherung umfasste Schadensereignis (Versicherungsfall).
2. Der Gegenstand der Versicherung wird bei den jeweiligen Leistungen in den Abschnitten B und C definiert. Dabei gilt:
3. Krankheit im Sinne dieser Versicherungsbedingungen ist ein nach medizinischen Begriffen anormaler körperlicher oder geistiger Zustand, auch wenn er als Folge eines Unfalles eintritt.
4. Unfall im Sinne dieser Versicherungsbedingungen ist jedes vom Willen des Versicherten unabhängige Ereignis, das, plötzlich von außen, mechanisch oder chemisch einwirkend, eine körperliche Schädigung des Versicherten nach sich zieht.

Artikel 6 A

Örtlicher Geltungsbereich

1. Der Geltungsbereich (Inland und/oder Ausland) ist bei der jeweiligen Leistung angeführt.
2. Inland ist Österreich. Ausland sind alle Länder Europas im geografischen Sinn sowie die Mittelmeer-Anrainerstaaten (Marokko, Algerien, Tunesien, Libyen, Ägypten, Israel, Libanon, Syrien, Türkei), sofern in dem jeweiligen Land Tourismus möglich ist und keine offizielle Reisewarnung besteht, sowie die Kanarischen Inseln (Gran Canaria, Teneriffa, Lanzarote, Fuerteventura, La Palma, Gomera, Hierro), Madeira und die Azoren.
3. Bei Transport des Fahrzeuges zu Wasser wird der Versicherungsschutz nicht unterbrochen, wenn die Verladeorte innerhalb des örtlichen Geltungsbereiches liegen. Sofern der Bestimmungsort außerhalb des örtlichen Geltungsbereiches liegt, endet der Versicherungsschutz mit Beendigung des Beladevorganges.
4. Der Versicherungsschutz gilt nicht in Grönland, Spitzbergen sowie in der Russischen Föderation ab dem Ural (asiatischer Teil).

Artikel 7 A

Dauer des Versicherungsschutzes

1. Der Versicherungsschutz besteht ab 0:00 Uhr des auf die Einzahlung des Beitrags für den gewählten Sicherheits-Pass folgenden Tages, nicht aber vor dem 1. Jänner des Kalenderjahres, auf das sich der Beitritt bezieht, und endet mit 31. Dezember 24:00 Uhr des Kalenderjahres. Bei erstmaligem Abschluss eines Sicherheits-Passes zwischen 1. September und 30. Dezember besteht der Versicherungsschutz ab 0:00 Uhr des auf die Einzahlung folgenden Tages und endet dieser am 31. Dezember des nächsten Kalenderjahres.
2. Ein Leistungsanspruch besteht, wenn das den Versicherungsfall auslösende Schadensereignis innerhalb der Dauer des Versicherungsschutzes eintritt. Ist der Schadensfall innerhalb der Dauer des Versicherungsschutzes eingetreten, besteht der Leistungsanspruch auch dann, wenn die Leistungserbringung

durch den Versicherer erst nach Ablauf der Gültigkeitsdauer des Sicherheits-Passes erfolgt, z.B. ist der Versicherte nach Eintritt des Versicherungsfalles über das Ende der Dauer des Versicherungsschutzes hinaus aus medizinischen Gründen transportunfähig, so hat er auf die Leistung „Krankenverlegung nach Krankheit oder Unfall“ mit Eintritt der Transportfähigkeit Anspruch, und zwar auch dann, wenn die Krankenverlegung nicht mehr während der Gültigkeitsdauer des gewählten Sicherheits-Passes fällt.

Artikel 8 A

Leistungsberechtigung und Gültigkeit

1. Leistungsberechtigt sind der Inhaber des gewählten Sicherheits-Passes sowie die Mitversicherten (vgl. Artikel 4 A).
2. Fahrzeugbezogene Leistungen gelten für alle auf den „Sicherheits-Pass“- bzw. „Firmen-Sicherheits-Pass“-Inhaber in einem EU-Staat sowie der Schweiz und/oder in Liechtenstein zugelassenen Fahrzeuge, egal wer mit dem Fahrzeug unterwegs ist. Voraussetzung ist, dass der Lenker das Fahrzeug mit dem Willen des Sicherheits-Pass-Inhabers lenkt bzw. befördert. Das höchstzulässige Gesamtgewicht der Fahrzeuge darf max. 6 t, die Länge max. 7,5 m, die Höhe max. 3,5 m und die Breite max. 2,5 m betragen.
3. Ein definiertes Fahrzeug, das auf eine andere Person angemeldet ist und vom Sicherheits-Pass-Inhaber nachweislich ständig genutzt wird, ist ebenfalls versichert. Der Versicherungsschutz kann nur für ein einziges Fahrzeug in Anspruch genommen werden. Grundvoraussetzung ist, dass der Inhaber des Sicherheits-Passes kein auf sich zugelassenes Fahrzeug besitzt. Leistungsanspruch besteht in diesem Fall nur dann, wenn das Fahrzeug vom Sicherheits-Pass-Inhaber gelenkt wird.
4. Weiters versichert sind Wohnmobile, die vom Inhaber des „Sicherheits-Passes“ für eine Urlaubsreise gemietet werden und Fahrzeuge von Dritten, die vom Inhaber des Sicherheits-Passes für eine Urlaubsreise geliehen werden, sofern dem ARBÖ das Kennzeichen vor Reiseantritt bekannt gegeben wird. Darüber hinaus sind auch Anhänger, die vom Inhaber des Sicherheits-Passes für eine Reise geliehen werden, versichert.
5. Die Leistungen aus dem Sicherheits-Pass gelten auch für Anhänger mit einer Länge von max. 7,5 m, wenn sie von einem Zugfahrzeug gemäß Absatz 2 bis 4 gezogen werden. Der Kostenersatz erfolgt im gleichen Ausmaß wie für das versicherte Zugfahrzeug.
6. Ist die Versicherungsleistung ein Fahrzeugtransport, besteht kein Anspruch auf sofortigen Fahrzeugtransport. Der Transport wird nach den jeweiligen Gegebenheiten schnellstmöglich organisiert.

Artikel 9 A

Ausschluss eines Versicherten nach dem Eintritt des Versicherungsfalles

Für die Kündigung nach dem Eintritt eines Versicherungsfalles, die den Ausschluss eines Versicherten vom Versicherungsschutz zur Folge hat, gilt für alle versicherten Risiken folgende Regelung:

1. Nach dem Eintritt des Schadensfalles sind der Versicherer und der Versicherte unbeschadet anderer Rechtsfolgen berechtigt, das Versicherungsverhältnis zu kündigen, wenn der andere Teil eine ihm im Zusammenhang mit dem Schadensfall gesetzlich oder vertraglich auferlegte Pflicht verletzt hat. Insbesondere kann der Versicherte kündigen, wenn der Versicherer die Anerkennung eines begründeten Entschädigungsanspruchs ganz oder teilweise verzögert hat, und es kann der Versicherer kündigen, wenn der Versicherte den Eintritt oder den Umfang des Schadens durch sein Verhalten vorsätzlich oder grob fahrlässig beeinflusst oder bei der Ermittlung der Entschädigung eine unwahre Angabe gemacht oder einen für die Ermittlung erheblichen Umstand verschwiegen hat.
2. Der Versicherer und der Versicherte sind berechtigt, unabhängig vom Vorliegen der Verletzung einer gesetzlichen oder vertraglichen Pflicht durch den anderen Teil, das Versicherungsverhältnis nach Eintritt eines Schadensfalles zu kündigen, wenn

- a) die für diesen Schadensfall zu leistende Entschädigung einen Betrag von EUR 5.000,- bzw. EUR 500,- bei Verbraucherverträgen im Sinne des Konsumentenschutzgesetzes übersteigt oder
 - b) in der jeweiligen Versicherungsperiode insgesamt bereits zwei Schadensfälle eingetreten sind und die dafür insgesamt zu leistende Entschädigung den Beitrag für den ARBÖ-Sicherheits-Pass übersteigt.
3. Die Kündigung ist nur bis zum Ablauf eines Monats seit dem Abschluss der Verhandlungen über die Entschädigung zulässig. Wenn die Verletzung einer gesetzlichen oder vertraglichen Pflicht durch den anderen Teil jedoch erst später bekannt wurde, ist die Kündigung auch noch innerhalb eines Monats ab Kenntniserlangung zulässig. Der Versicherer hat eine Kündigungsfrist von einem Monat einzuhalten. Der Versicherungsnehmer kann nicht für einen späteren Zeitpunkt als den Schluss der laufenden Versicherungsperiode kündigen.
 4. Hat der Versicherte oder eine der in leitender Stellung für die Betriebsführung verantwortlichen Personen einen Entschädigungsanspruch arglistig erhoben, kann der Versicherer innerhalb eines Monats ab Kenntniserlangung das Versicherungsverhältnis mit sofortiger Wirkung kündigen.
 5. Der Versicherer kann einen Versicherten, der die vom Versicherer oder (in der Krankenversicherung) vom Arzt gegebenen zumutbaren Verhaltensmaßregeln vorsätzlich oder grob fahrlässig nicht Folge leistet, ab Kenntniserlangung vom Versicherungsschutz mit sofortiger Wirkung ausschließen.

Artikel 10 A

Zielort der erbrachten Leistung (Erfüllungsort)

1. Soweit im Folgenden nicht anders bestimmt, ist der Erfüllungsort für Dienstleistungen aus dem Sicherheits-Pass durch den Versicherer der österreichische Wohnsitz des Inhabers des Sicherheits-Passes, das ist die Adresse, an der der Inhaber des Sicherheits-Passes gemeldet und die im ARBÖ-EDV-System gespeichert ist.
2. Für das Abschleppen ist der Erfüllungsort die dem Ereignisort nächstgelegene Fachwerkstätte.
3. Für Fahrzeugtransporte ist der Erfüllungsort die dem Wohnsitz nächstgelegene Fachwerkstätte.
4. Für Krankentransporte ist der Erfüllungsort das dem Wohnsitz nächstgelegene geeignete Krankenhaus.
5. Ist der Wohnsitz des Leistungsberechtigten nicht in Österreich, werden Kosten für Fahrzeug- und Krankentransporte von Österreich in das jeweilige Heimatland ausschließlich bis zur österreichischen Staatsgrenze übernommen. Darüber hinaus anfallende Kosten sind vom Leistungsberechtigten zu tragen.
6. Ist der Wohnsitz des Leistungsberechtigten nicht in Österreich und ist auch der Ereignisort nicht in Österreich, besteht für Fahrzeug- und Krankentransporte kein Leistungsanspruch aus dem Sicherheits-Pass.
7. Versicherungsleistungen, die in Geld erbracht werden, sind auf das im Zuge der Leistungsabwicklung bekannt gegebene Konto zu leisten. Die Geldleistung gilt mit der Absendung bzw. Abbuchung vom Schuldnerkonto als erfüllt. Das Verlustrisiko trägt der Schuldner. Der Überbringer der für die jeweilige Leistungsabwicklung erforderlichen Belege gilt als zum Empfang der jeweiligen geldwerten Versicherungsleistungen als ermächtigt.

Artikel 11 A

Auskunftspflicht des Versicherungsnehmers und des Versicherten

1. Der Versicherungsnehmer und der Versicherte haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Art und des Umfangs des Versicherungsschutzes erforderlich ist. Dies umfasst auch die Verpflichtung, vom Versicherer geforderte Unterlagen diesem zur Verfügung zu stellen sowie Dritte (z.B. Ärzte, Versicherungseinrichtungen, Behörden) von ihrer ärztlichen oder sonstigen Schweigepflicht zu entbinden.

2. Wird die Auskunftspflicht nach dem vorherigen Absatz verletzt, ist der Versicherer im Rahmen der Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes von der Leistungspflicht befreit.
3. Dies gilt jedoch nicht, wenn die Verletzung weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruht.
4. Wird diese 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.

Artikel 12 A

Leistungsausschlüsse

Es besteht kein Versicherungsschutz

1. bei Schadensereignissen, die bei der Vorbereitung oder Begehung gerichtlich strafbarer Handlungen durch den Versicherten eintreten, für die Vorsatz Tatbestandsmerkmal ist;
2. wenn im Zusammenhang mit dem Ereignis eine rechtskräftige Bestrafung durch ein Gericht oder eine Behörde wegen Fahrlässigkeit, Alkoholisierung, Beeinträchtigung durch Suchtgifte oder wegen Im-Stich-Lassen eines Verletzten erfolgt;
3. wenn das Fahrzeug oder Kennzeichen behördlich beschlagnahmt wurde oder nicht verkehrs- oder betriebssicher gemäß den gesetzlichen Bestimmungen ist;
4. bei der aktiven Teilnahme an einer offiziellen sportlichen oder wettbewerbsmäßigen Veranstaltung oder ihren Trainingsfahrten entstehen;
5. bei Verlust der Fahrzeugschlüssel;
6. für nicht angemeldete Fahrzeuge sowie Fahrzeuge mit Probe- oder Überstellungskennzeichen und Fahrzeugen von Autovermietungen (Ausnahme Wohnmobile – vgl. Artikel 8 A „Leistungsberechtigung und Gültigkeit“) hinsichtlich fahrzeugbezogenen Leistungen;
7. wenn im Zusammenhang mit einem Fahrzeugtransport oder Wildschaden die voraussichtlichen Reparaturkosten höher sind als der Wiederbeschaffungswert (Zeitwert des Fahrzeugs laut Eurotax in Österreich, Händlerverkauf) des Fahrzeugs. Gleiches gilt, wenn die Transportkosten den Restwert des Fahrzeugs übersteigen (Zeitwertklausel). Unabhängig davon werden die Kosten für das Abschleppen gemäß Artikel 2 B „Abschleppdienst“ übernommen.
8. für Reparaturarbeiten bzw. Diagnoseerstellung durch eine Werkstatt.
9. bei Schadensfällen, die im unmittelbaren oder mittelbaren Zusammenhang mit Aufruhr, Kriegsereignissen, Verfügungen von hoher Hand, Kernenergie oder Naturgewalten auftreten;
10. bei Schadensfällen, die direkt oder indirekt verursacht werden von, sich ergeben aus oder im Zusammenhang stehen mit jeglicher Art von Terrorakten. Unter dem Begriff Terrorakt ist eine zu politischen, religiösen, ideologischen oder ethnischen Zwecken oder aus solchen Gründen verübte oder angedrohte Gewaltanwendung durch (eine) Gruppe(n) von Personen zu verstehen, die im eigenen Namen, im Auftrag oder im Zusammenhang mit einer Organisation/-en oder Regierung/-en handelt/-n in der Absicht, Einfluss auf eine Regierung zu nehmen und/oder die Öffentlichkeit bzw. einen Teil der Öffentlichkeit in Angst und Schrecken zu versetzen. Darüber hinaus sind Schadensereignisse ausgeschlossen, die direkt oder indirekt verursacht werden von, sich ergeben aus oder im Zusammenhang stehen mit Handlungen, die zur Eindämmung, Vorbeugung oder Unterdrückung von Terrorakten ergriffen werden;
11. wenn ein Krankheits- bzw. Schadensfall als Folge einer Vorerkrankung (vor Reiseantritt bekannte Beschwerden, Erkrankungen oder Verletzungen, die während des Auslandsaufenthalts behandlungsdürftig werden oder die Ursache für den Schadenseintritt sind) sowie nach Unfällen bei der Ausübung von Gerätetauchen, Paragleiten, Drachenfliegen, Segelflie-

gen, Fallschirmspringen und ähnlichen Risikosportarten eintritt. Zahnbehandlungen, die nicht der unmittelbaren Erstversorgung dienen (z.B. Zahnersatz, Zahnprothesen-Reparatur), kosmetische und Kur-Behandlungen sowie Rehabilitationsmaßnahmen und Heilbehelfe (z.B. Krücken, Sportgips) werden ebenfalls nicht übernommen;

12. wenn eine Heilbehandlung das medizinisch notwendige Maß übersteigt. Der Versicherer kann in diesem Fall seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

Artikel 13 A

Obliegenheiten

Als Obliegenheiten, die zum Zweck der Verminderung der Gefahr oder der Verhütung einer Erhöhung der Gefahr dem Versicherer gegenüber zu erfüllen sind und deren Verletzung im Zeitpunkt des Versicherungsfalles die Leistungsfreiheit des Versicherers gemäß § 6 Versicherungsvertragsgesetz bewirkt, werden wie folgt bestimmt. Der Versicherte hat:

1. Versicherungsfälle nach Möglichkeit abzuwenden oder deren Folgen zu mindern und dabei allfällige Weisungen des Versicherers zu befolgen;
2. wenn der Versicherungsfall durch eine Bewusstseinsstörung des Versicherten, durch vorsätzliches, grob fahrlässiges Handeln (Tun oder Unterlassen), unter Einfluss von Alkohol, Suchtgiften oder Medikamenten des Versicherten verursacht wird, den Versicherer bzw. den ARBÖ als Leistungsabwickler über den eingetretenen Versicherungsfall ehestmöglich, wahrheitsgemäß und umfassend zu informieren. Wenn bei den einzelnen Leistungen nicht anders angegeben, ist immer der ARBÖ-Reise-Notruf zu verständigen (im Inland 01 895 60 60, aus dem Ausland +43 (0)1 895 60 60).
3. bei der Schadensmeldung das Bestehen anderer Versicherungen unter Angabe der Versicherungsanstalt und der Polizzennummer bekannt zu geben und den Versicherer – auf Aufforderung des Versicherers auch schriftlich – zu ermächtigen, bei der genannten Versicherungsanstalt zum Versicherungsvertrag Auskünfte einzuholen.
4. alles ihm Zumutbare zu tun, um die Ursachen, den Hergang und die Folgen des Versicherungsfalles aufzuklären;
5. dem Versicherer bzw. dem ARBÖ als Leistungsabwickler ist auf dessen Verlangen eine schriftliche Sachverhaltsdarstellung zum Versicherungsfall vorzulegen;
6. bedingungsgemäß erforderliche Unterlagen (beispielsweise Rechnungen im Original oder die polizeiliche Meldung bei einem Wildunfall) beizubringen;
7. alle mit dem Versicherungsfall befassten Behörden und handelnden Ärzte und/oder Krankenhäuser, sowie Sozial- und Privatversicherer zu ermächtigen und zu veranlassen, die vom Versicherer verlangten Auskünfte zu erteilen (vgl. Artikel 11 A Absatz 1).
8. Schadenersatzansprüche gegen Dritte form- und fristgerecht sicherzustellen und erforderlichenfalls bis zur Höhe der geleisteten Entschädigung an den Versicherer abzutreten;
9. Schäden, die durch strafbare Handlungen verursacht wurden, binnen 48 Stunden unter genauer Darstellung des Sachverhalts und Einreichung einer Liste alle abhanden gekommenen oder beschädigten Gegenstände der zuständigen Sicherheitsdienststelle anzuzeigen und sich die Anzeige bescheinigen zu lassen;
10. Beweismittel, die den Anspruch auf die Versicherungsleistung dem Grunde und der Höhe nach belegen, wie Polizeiprotokoll, Tatbestandsaufnahmen, Arzt- und Krankenhausatteste und -rechnungen, Kaufnachweise usw. vorzulegen; Rechnungen sind, sofern bei den einzelnen Leistungen nicht anders angegeben, im Original vorzulegen; bei anderen Unterlagen reicht eine Kopie, sofern bei den einzelnen Leistungen nichts davon Abweichendes angegeben ist;
11. zumutbare Verhaltensregeln des Versicherers oder des behandelnden Arztes zu befolgen. Missachtet er vorsätzlich oder grob fahrlässig eine vom Arzt oder Versicherer gegebene zu-

mutbare Verhaltensregel und tritt dadurch ein grundsätzlich versicherter Schadensfall ein, ist der Versicherer leistungsfrei. Der Versicherer kann sich im Fall der Verletzung zumutbarer Verhaltensregeln auf die Leistungsfreiheit nicht berufen, soweit die Verletzung keinen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalles gehabt hätte.

12. Vereinbarungen über die Verwendung des Fahrzeuges einzuhalten;
13. mit dem Fahrzeug nicht eine größere als die kraftfahrrechtlich genehmigte Höchstanzahl von Personen zu befördern;
14. im Falle der Zuweisung eines Wechselkennzeichens nur das Fahrzeug zu verwenden, an dem die Kennzeichentafeln jeweils angebracht sind.
15. eine Obliegenheit verletzt, wenn der Fahrzeuglenker nicht im Besitz der vorgeschriebenen Lenkerberechtigung ist (dies gilt auch dann, wenn das Lenken des Fahrzeuges nicht auf Straßen mit öffentlichem Verkehr stattfindet).
16. sich als Unfallgeschädigter auf Verlangen des Versicherers von den von diesen bezeichneten Ärzten sowie der Ärztekommision untersuchen zu lassen.
17. einen Todesfall dem Versicherer binnen drei Tagen anzuzeigen ist, und zwar auch dann, wenn der Unfall bereits angemeldet ist.

Artikel 14A

Ansprüche gegenüber Dritten

1. Alle Leistungen, mit Ausnahme jener für dauernde Invalidität, sind subsidiär. Sie werden daher nur erbracht, soweit nicht aus anderen bestehenden Privat- oder Sozialversicherungen Ersatz erlangt werden kann.
2. § 67 VersVG gilt für Schadenersatzansprüche des Versicherten gegen einen Dritten sinngemäß.
3. Soweit der Versicherte von schadenersatzpflichtigen dritten Personen oder aufgrund anderer Versicherungsverträge schon Ersatz der ihm entstandenen Kosten erhalten hat, ist der Versicherer berechtigt, den Ersatz auf seine Leistung anzurechnen.
4. Gibt der Versicherte seinen Anspruch gegen Dritte oder ein zur Sicherung des Anspruchs dienendes Recht ohne Zustimmung des Versicherers auf, so wird der Versicherer insoweit von der Ersatzpflicht frei, als er aus dem Anspruch oder dem Recht hätte Ersatz erlangen können.

Artikel 15A

Entschädigung und Verjährung

1. Für die Leistungsvergütung bzw. Verrechnung gelten die in den Abschnitten B und C bei den einzelnen Leistungen angeführ-

ten Beträge. Die angegebenen Deckungssummen sind immer inklusive Mehrwertsteuer angegeben.

2. Der Anspruch für Leistungen aus dem gewählten Sicherheits-Pass verjährt nach drei Jahren ab Kenntnis von Schaden und Schädiger.

Artikel 16A

Leistungsbearbeitung

1. Sofern bei den einzelnen Leistungen nicht anders angegeben, hat die versicherte Person im Versicherungsfall immer den ARBÖ unter der Telefonnummer des ARBÖ-Reise-Notrufs zu verständigen.
2. Der ARBÖ wickelt die Schadensfälle für die Wiener Städtische ab.
3. Für die Bearbeitung und Leistungsauszahlung sind dem die Schadensfälle abwickelnden ARBÖ jedenfalls der Name und die Mitgliedsnummer des Sicherheits-Pass-Inhabers, eine Bankverbindung für die Überweisung der Versicherungsleistung und, falls dies aus den übermittelten Unterlagen nicht eindeutig hervorgeht, eine Sachverhaltsdarstellung mitzuteilen. Über Aufforderung des die Schadensfälle abwickelnden ARBÖ kann auch eine schriftliche Sachverhaltsdarstellung verlangt werden. Sofern für die Schadensbearbeitung und Leistungsauszahlung Dokumente erforderlich sind, ist dies bei den einzelnen Leistungen angegeben.
4. Soweit es für die Erbringung der Versicherungsleistungen notwendig ist, werden die dafür notwendigen Daten der Versicherten, wie insbesondere Name, Geburtsdatum, Geschlecht, Firma, Telefonnummer, E-Mail-Adresse, vom ARBÖ der WIENER STÄDTISCHE Versicherung AG Vienna Insurance Group und umgekehrt übermittelt. Eine darüber hinausgehende Datenübermittlung erfolgt nicht. Der ARBÖ und die WIENER STÄDTISCHE Versicherung AG Vienna Insurance Group verwenden diese Daten automationsunterstützt.
5. Sollen zur Beurteilung des Leistungsanspruches Übersetzungen in die deutsche Sprache erforderlich sein, sind die diesbezüglichen Kosten vom Leistungsempfänger zu tragen.

Artikel 17A

Anwendbares Recht, Erfüllungsort und Gerichtsstand

Auf diesen Vertrag ist österreichisches Recht anzuwenden. Für Rechtsstreitigkeiten aus diesem Vertrag oder über das Bestehen dieses Vertrages ist ausschließlich das sachlich zuständige Gericht Wien Innere Stadt zuständig.

ABSCHNITT B – FAHRZEUGBEZOGENE LEISTUNGEN

Artikel 1B

Pannendienst

Geltungsbereich Ausland

Ein Versicherungsfall liegt vor, wenn ein versichertes Fahrzeug aufgrund einer Panne im Ausland nicht mehr fahrbereit ist.

Versicherungsleistung: Übernahme der Kosten für den Panneneinsatz bis maximal EUR 180,-. Reparaturarbeiten bzw. Diagnoseerstellungen durch eine Werkstätte werden nicht vergütet.

Artikel 2B

Abschleppdienst

Geltungsbereich Ausland

Ein Versicherungsfall liegt vor, wenn ein versichertes Fahrzeug aufgrund eines Unfalls oder einer Panne nicht mehr fahrbereit ist und abgeschleppt werden muss.

Versicherungsleistung: Übernahme der Abschleppkosten zu der dem Ereignisort nächstgelegenen Fachwerkstätte bis maximal

EUR 220,- pro Schadensfall. In diesem Höchstbetrag inkludiert sind auch etwaige umweltbezogene Aufwendungen nach einem Unfall (Ölbindemittel etc.), wobei 80 % dieser Kosten bis maximal EUR 73,- übernommen werden.

Nicht gedeckt ist ein mehrmaliges Abschleppen pro Schadensfall (z. B. von einer Fachwerkstätte zur nächsten etc.), sowie Leerfahrten. Reparaturarbeiten bzw. Diagnoseerstellungen durch eine Werkstätte werden nicht vergütet.

Artikel 3B

Fahrzeugheimrücktransport

Geltungsbereich Ausland

Ein Versicherungsfall liegt vor, wenn aufgrund eines Unfalls oder einer Panne ein versichertes Fahrzeug nicht mehr fahrtauglich ist und eine Fachwerkstätte vor Ort das Fahrzeug nicht innerhalb von drei Werktagen fahrtauglich machen kann. Das defekte Fahrzeug muss überstellt werden.

Versicherungsleistung: Übernahme der Kosten für den Rücktransport des Fahrzeuges zu der dem Wohnsitz des Versicherten nächstgelegenen Fachwerkstätte zu 100 %. Übernahme der in diesem Zusammenhang entstehenden Garagierungskosten für maximal sechs Wochen bis zu EUR 225,-.

Wurde das Fahrzeug in einen Unfall verwickelt, ist eine behördliche Unfallanzeige zwingend vorzulegen.

Der Rücktransport aus dem Ausland erfolgt in der Regel innerhalb von zehn Werktagen. Wird ein sofortiger Rücktransport gewünscht, können nur Kosten im Rahmen der Leistung gemäß Artikel 2 B „Abschleppdienst“ (Deckungssumme maximal EUR 220,-) übernommen werden.

Die Kostenübernahme erfolgt nur, wenn die Organisation des Fahrzeugrücktransports über den ARBÖ-Reise-Notruf abgewickelt wird. Ansonsten können nur die Kosten im Rahmen der Leistung von Artikel 2 B „Abschleppdienst“ übernommen werden. Reparaturarbeiten bzw. Diagnoseerstellungen durch eine Werkstätte werden nicht vergütet.

Artikel 4 B

Fahrzeugrücktransport nach Diebstahl

Geltungsbereich Ausland

Ein Versicherungsfall liegt vor, wenn ein versichertes Fahrzeug gestohlen und zu einem späteren Zeitpunkt im Ausland von der Polizei sichergestellt wird. Das noch im Besitz des Versicherten befindliche Fahrzeug muss überstellt werden.

Versicherungsleistung: Übernahme der Kosten für den Rücktransport des Fahrzeugs zum Wohnsitz oder zu der dem Wohnsitz nächstgelegenen Fachwerkstätte zu 100 % sowie etwaige entstehende Garagierungskosten für maximal sechs Wochen bis zu EUR 225,-.

Übernahme von etwaigen Zusatzkosten im Zusammenhang mit der Wiederauffindung (behördliche Abgaben, Abwicklungspauschalen für vom ARBÖ beauftragte Partner im Zusammenhang mit der behördlichen Freigabe etc.) bis maximal EUR 750,-.

Eine Diebstahlsanzeige ist zwingend erforderlich. Die Kosten werden nur dann übernommen, wenn die Organisation des Fahrzeugrücktransports über ARBÖ-Reise-Notruf abgewickelt wird. Andernfalls werden nur die Kosten im Rahmen der Leistung gemäß Artikel 2 B „Abschleppdienst“ (Deckungssumme maximal EUR 220,-) übernommen.

Für den Rücktransport müssen die erforderlichen behördlichen Bestätigungen (Diebstahlsanzeige, Ausfuhrbewilligung etc.) vorliegen.

Der Rücktransport erfolgt in der Regel innerhalb von zehn Werktagen. Wird ein sofortiger Rücktransport gewünscht, werden nur Kosten im Rahmen der Leistung gemäß Artikel 2 B „Abschleppdienst“ (Deckungssumme maximal EUR 220,-) übernommen.

Artikel 5 B

Garagierungskosten

Geltungsbereich In- und Ausland

Ein Versicherungsfall liegt vor, wenn nach Unfall, Panne oder Diebstahl nachweislich Kosten für die Garagierung des versicherten Fahrzeuges entstanden sind.

Versicherungsleistung: Übernahme der Garagierungskosten für maximal sechs Wochen, maximal jedoch bis EUR 225,-.

Artikel 6 B

Ersatzteileversand

Geltungsbereich Ausland

Ein Versicherungsfall liegt vor, wenn nach einem Unfall oder einer Panne im Ausland das versicherte Fahrzeug nicht mehr fahrbereit ist und die entsprechenden Ersatzteile im Reiseland nicht erhältlich sind.

Versicherungsleistung: Übernahme der Besorgungs- und Transportkosten der Ersatzteile sowie zwischenzeitliche Übernahme der Kosten für die Ersatzteile. Die Kosten für die Ersatzteile sind nicht versichert.

Artikel 7 B

Abholung des reparierten Fahrzeugs

Geltungsbereich Ausland

Ein Versicherungsfall liegt vor, wenn ein versichertes Fahrzeug nach einem Unfall oder einer Panne im Ausland in einer Fachwerkstätte repariert wurde und zur Abholung bereit steht.

Versicherungsleistung: Übernahme der Kosten für eine Bahnfahrt 2. Klasse für eine Person vom Wohnsitz des Inhabers des Sicherheits-Passes zur Fachwerkstätte zu 100 %. Andernfalls werden legbare Kosten eines anderen gewählten Transportmittels maximal auf Basis einer Bahnfahrt 2. Klasse für eine Person vergütet. Für die Inanspruchnahme dieser Leistung sind die Originalbelege zum gewählten Transportmittel vorzulegen. Eine Reparaturrechnung (Kopie reicht) der Werkstätte ist zwingend erforderlich.

Artikel 8 B

Zollkostenvergütung und Verschrottung

Geltungsbereich Ausland

Ein Versicherungsfall liegt vor, wenn ein versichertes Fahrzeug wegen Totalschaden nach einem Unfall, wirtschaftlich irreparablen Defekt oder Diebstahl im Ausland verbleibt. In diesen Fällen können Zollzahlungen oder Verschrottungskosten anfallen.

Versicherungsleistung:

Übernahme der Kosten für die Zollabwicklung sowie allfällige Verschrottungskosten zu 100 %. Übernahme der in diesem Zusammenhang entstehenden Garagierungskosten für maximal sechs Wochen bis zu EUR 225,-.

Bei Diebstahl des Fahrzeuges ist eine unverzügliche Anzeige bei der Polizeidienststelle zwingend erforderlich. Wurde das Fahrzeug wiedergefunden, ist zur Leistungsabwicklung die Diebstahlsanzeige vorzulegen.

Artikel 9 B

Wildschadenkaskoversicherung

Geltungsbereich In- und Ausland

Ein Versicherungsfall liegt vor, wenn ein versichertes Fahrzeug auf einer öffentlichen Straße mit einem lebenden Haar- oder Federwild kollidiert und dabei beschädigt wird.

Versicherungsleistung: Übernahme der Reparaturkosten bei Vorlage einer Originalrechnung (Materialkosten bei Selbstreparatur) zu 80 % bis maximal EUR 600,- bzw. des Kaskoselbstbehalts zu 80 % bis maximal EUR 600,-.

Übernahme von 80 % des Kostenvorschlags bis maximal EUR 300,- bei Abmeldung des nicht reparierten Fahrzeugs.

Die Versicherungsleistung bezieht sich ausschließlich auf jene Schäden, die unmittelbar auf die Kollision mit dem zum Zeitpunkt des Schadensfalles noch lebendem Wild zurückzuführen sind, und nicht auf Folgeschäden. Unter Folgeschäden sind etwa Beschädigungen, die infolge einer Berührung mit der Leitschiene entstanden sind, zu verstehen.

Voraussetzungen zur Leistungserbringung: i) Der Schadensfall ist unverzüglich bei der nächsten Polizeidienststelle anzuzeigen. ii) Das Fahrzeug muss vor der Reparatur in einer ARBÖ-Dienststelle besichtigt werden und der ARBÖ-Schadensbericht ist vorzulegen. iii) Der Versicherte hat folgende Unterlagen binnen sechs Monaten ab Besichtigung durch den ARBÖ beizubringen: – Polizeimeldung über die Wildschadenkollision – Schadensbericht der ARBÖ-Dienststelle – Originalrechnung mit Zahlungsbestätigung einer Fachwerkstätte, nach Material und Arbeitszeit aufgliedert bzw. bei Selbstreparatur die Originalrechnungen zum Material – bei Abmeldung des nicht reparierten Fahrzeuges die Abmeldebestätigung und ein detaillierter Kostenvorschlag einer Fachwerkstätte.

ABSCHNITT C – PERSONENBEZOGENE LEISTUNGEN

Artikel 1 C

Mobilität nach Panne oder Unfall

Geltungsbereich In- und Ausland

Ein Versicherungsfall liegt vor, wenn das versicherte Fahrzeug während der Anreise, der Heimreise oder am Urlaubsort im Inland oder im Ausland aufgrund eines Unfalls oder einer Panne nicht mehr fahrbereit ist und in einer Fachwerkstätte repariert wird oder das versicherte Fahrzeug im Ausland gestohlen wurde.

Versicherungsleistung:

- Weiter- oder Heimreise im Inland:

Im Rahmen der Verfügbarkeit wird ein ARBÖmobil für maximal drei Tage zur Verfügung gestellt. Versichert ist die Tagesmiete von maximal EUR 50,- pro Tag sowie die Rückstellungskosten, wenn das ARBÖmobil nicht im selben ARBÖ-Prüfzentrum zurückgegeben wird. Oder:

Die Kosten für eine Bahnfahrt 2. Klasse für alle leistungsberechtigten Personen werden zu 100 % übernommen. Für den Transfer zum bzw. vom Bahnhof mit einem öffentlichen Verkehrsmittel oder Taxi werden zusätzlich Kosten bis maximal EUR 40,- pro Schadensereignis übernommen. Oder:

Für einen Mietwagen werden maximal drei Tagesmieten in Höhe von je maximal EUR 80,- rückvergütet.

- Weiter- oder Heimreise im Ausland:

Die Kosten für eine Bahnfahrt 2. Klasse für alle leistungsberechtigten Personen werden zu 100 % übernommen. Für den Transfer zum bzw. vom Bahnhof mit einem öffentlichen Verkehrsmittel oder Taxi werden zusätzlich Kosten bis maximal EUR 40,- pro Schadensereignis übernommen. Oder:

Für einen Mietwagen werden maximal sieben Tagesmieten in Höhe von je maximal EUR 80,- rückvergütet.

- Mobilität am Urlaubsort im Inland:

Im Rahmen der Verfügbarkeit wird ein ARBÖmobil für maximal drei Tage gratis zur Verfügung gestellt. Versichert ist die Tagesmiete von maximal EUR 50,- pro Tag sowie die Rückstellungskosten des ARBÖmobils, wenn es nicht im selben ARBÖ-Prüfzentrum zurückgegeben wird. Oder:

Für einen Mietwagen werden maximal drei Tagesmieten in Höhe von je maximal EUR 80,- rückvergütet.

- Mobilität am Urlaubsort im Ausland:

Für einen Mietwagen werden maximal sieben Tagesmieten in Höhe von je maximal EUR 80,- rückvergütet.

Nicht versichert sind:

Allfällige Zu- und Rückstellungskosten sowie sonstige Ausgaben (Versicherungen, Treibstoff, Mautgebühren, Zubehör etc.) für den Mietwagen sowie Treibstoffkosten für das ARBÖmobil.

Die genannten Leistungen sind nicht mit den Nächtigungskosten gemäß Artikel 3 C kombinierbar.

Artikel 2 C

Lotsendienst

Geltungsbereich In- und Ausland

Ein Versicherungsfall liegt vor, wenn eine leistungsberechtigte Person während einer Reise im In- und Ausland aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr selbst mit dem Fahrzeug nach Hause fahren kann.

Versicherungsleistung: Der Versicherer ersetzt zu 100 % die Reise-, Tages- und Nächtigungskosten des ARBÖ-Lotsen, der für die Heimreise des Lenkers, der Insassen und des Gepäcks sorgt.

Die Wahl des Reiseweges und die Einteilung der Tagesetappen trifft ausschließlich der Lotse.

Über den Lotsendienst hinaus anfallende Kosten (Fähren, Maut, Treibstoff etc.) werden nicht übernommen.

Artikel 3 C

Nächtigungskosten nach Ausfall des Fahrzeugs

Geltungsbereich In- und Ausland

Ein Versicherungsfall liegt vor, wenn das Fahrzeug nach einem Unfall oder einer Panne im In- oder Ausland nicht mehr fahrbereit ist und in einer Fachwerkstätte repariert wird. Wegen der Reparaturdauer wird eine ungeplante Übernachtung der leistungsberechtigten Personen erforderlich.

Diese Leistung ist nicht mit den Leistungen gemäß Artikel 1 C „Mobilität nach Panne oder Unfall“ kombinierbar.

Es werden die Kosten für eine Übernachtung von maximal EUR 100,- pro leistungsberechtigter Person übernommen.

Dauert die Reparatur länger als einen Tag, so ist Kontakt mit dem ARBÖ-Reise-Notruf aufzunehmen.

Artikel 4 C

Kosten für Heimfahrt nach nächtlicher Panne

Geltungsbereich Inland

Ein Versicherungsfall liegt vor, wenn das Fahrzeug in Österreich aufgrund einer Panne in der Zeit von 20:00 bis 6:00 Uhr nicht mehr fahrbereit ist und der ARBÖ-Pannendienst den Schaden nicht beheben kann.

Es werden die Kosten für ein Taxi für die Beförderung der versicherten Personen bis max. EUR 40,- pro Schadensereignis übernommen.

Artikel 5 C

Insassen-Unfallversicherung

Geltungsbereich Ausland

Die Versicherten sind als Lenker bzw. Insassen eines Fahrzeuges gegen Tod und körperliche Schädigung durch Unfall geschützt. Versicherungssumme pro Versicherungsfall und pro kraftfahrrechtlich zugelassenem Platz bei Todesfall EUR 10.000,- und bei Invalidität EUR 20.000,-.

Zusätzlich wird ein Taggeld von EUR 30,- für maximal sechs Tage bei stationärem Aufenthalt in einem Krankenhaus geleistet.

Voraussetzung für die Leistungserbringung ist die Vorlage eines behördlichen Unfallberichts sowie beim Taggeld eine Bestätigung des ausländischen Krankenhauses.

1. Was ist versichert?

Die Versicherung bezieht sich auf Unfälle in ursächlichem Zusammenhang mit dem Lenken, Benutzen, Behandeln, dem Be- und Entladen sowie dem Einweisen eines Fahrzeuges oder Anhängers. Unfälle beim Ein und Aussteigen sind mitversichert.

Unfallbegriff

Als Unfall im Sinne des Vertrages gilt jedes vom Willen des Versicherten unabhängige Ereignis, das plötzlich von außen mechanisch oder chemisch auf seinen Körper einwirkt und eine körperliche Schädigung oder den Tod nach sich zieht.

Als Unfälle gelten auch folgende vom Willen des Versicherten unabhängige Ereignisse:

- Ertrinken;
- Verrenkungen von Gliedern, sowie Zerrungen und Zerreißen von an Gliedmaßen und Wirbelsäule befindlichen Muskeln, Sehnen, Bändern und Kapseln infolge plötzlicher Abweichung vom geplanten Bewegungsablauf;
- Tod oder körperliche Schädigungen durch Verbrennungen, Blitzschlag oder elektrischen Strom;
- Wundinfektionen infolge einer Unfallverletzung;
- Einatmen von Gasen oder Dämpfen.

2. Was ist nicht versichert? (Risikoausschlüsse)

Ergänzend zum Artikel 12A gilt:

Ausgeschlossen von der Versicherung sind Schadensereignisse als Unfallfolgen (auch Verschlimmerungen): Bandscheibenhernien und Bauch oder Unterleibsbrüche jeder Art, Wasserbrüche und Unterschenkelgeschwüre. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn der Versicherte beweist, dass die Bandscheibenhernien durch direkte mechanische oder chemische Einwirkung auf die Wirbelsäule aufgetreten sind, und dass es sich dabei nicht um eine Verschlimmerung schon vor dem Unfall bestehender Krankheitserscheinungen handelt. Dies gilt auch für die angeführten Brüche und Unterschenkelgeschwüre, sofern der Versicherte beweist, dass sie durch eine von außen kommende mechanische oder chemische Einwirkung direkt herbeigeführt worden sind und nicht anlagebedingt waren.

3. Welche Leistung erbringt der Versicherer?

Der Versicherer leistet nach Maßgabe der vereinbarten Versicherung sowie der folgenden Bestimmungen bis zur vereinbarten Versicherungssumme für i) den Todesfall ii) dauernde Invalidität und iii) Taggeld.

Versicherungssumme in der Insassenunfallversicherung nach dem Platzsystem

Die vereinbarte Versicherungssumme gilt für jeden einzelnen kraftfahrrechtlich genehmigten Platz des verunfallten Fahrzeuges pro Versicherungsfall. Sind im Unfallzeitpunkt mehr Personen versichert als Plätze kraftfahrrechtlich genehmigt sind, wird die Versicherungsleistung für die einzelne Person entsprechend gekürzt.

Die Versicherung gilt subsidiär, wenn der Versicherte als natürliche Person ein nicht unter die Versicherung fallendes Fahrzeug der gleichen Fahrzeugart lenkt und aus einer anderen Unfallversicherung kein Versicherungsschutz gewährt wird.

Versicherte Personen sind jene gemäß Artikel 4A, die in oder auf dem verunfallten Fahrzeug befinden oder im ursächlichen Zusammenhang mit dem Lenken oder ihrer Beförderung im Rahmen des Punktes „Was ist versichert? (Gegenstand der Versicherung)“ tätig werden.

4. Versicherungsleistung

4.1. für den Todesfall

Tritt innerhalb eines Jahres vom Unfall an gerechnet der Tod als Folge des Unfalles ein, wird die für den Todesfall versicherte Summe gezahlt.

Auf die Todesfallsleistung werden nur Zahlungen, die für dauernde Invalidität aus demselben Ereignis geleistet worden sind, angerechnet. Einen Mehrbetrag an Leistung für dauernde Invalidität kann der Versicherer nicht zurückverlangen.

4.2. für dauernde Invalidität

4.2.1. Ergibt sich innerhalb eines Jahres vom Unfalltag an gerechnet, dass als Folge des Unfalles eine dauernde Invalidität zurückbleibt, wird aus der hierfür versicherten Summe der dem Grade der Invalidität entsprechende Betrag gezahlt.

4.2.2. 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.

4.2.3. Die Kosten trägt derjenige, der die Neufeststellung verlangt hat. Stirbt der Versicherte, ohne dass der Tod eine Leistung des Versicherers gemäß dem Punkt „Versicherungsleistung für den Todesfall“ gemäß 4.1. bewirkt, vor der endgültigen Feststellung der Leistung, richtet sich deren Höhe nach dem Grad der dauernden Invalidität, mit dem aufgrund der zuletzt erstellten ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

4.2.4. Unter Ausschluss des Nachweises einer höheren oder geringeren Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit gelten **folgende Invaliditätsgrade:**

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 %
bei völligem Verlust der Sehkraft beider Augen	100 %
bei völligem Verlust der Sehkraft eines Auges	35 %
sofern jedoch die Sehkraft des anderen Auges vor Eintritt des Versicherungsfalles bereits verloren war ..	65 %
bei völligem Verlust des Gehörs beider Ohren	60 %
bei völligem Verlust des Gehörs eines Ohres	15 %
sofern jedoch das Gehör des anderen Ohres vor Eintritt des Versicherungsfalles bereits verloren war ..	45 %
bei völligem Verlust des Geruchssinnes	10 %
bei völligem Verlust des Geschmackssinnes	5 %

4.2.5. Bei teilweisem Verlust oder teilweiser Funktionsunfähigkeit der vorgenannten Glieder oder Sinnesorgane werden die vorstehenden Sätze entsprechend herabgesetzt.

4.2.6. Bei Verlust oder Funktionsunfähigkeit von mehreren der vorgenannten Glieder oder Sinnesorgane bzw. bei Hinzukommen eines nach Punkt 4.2.7. festgestellten Invaliditätsgrades werden die sich ergebenden Prozentsätze zusammengenommen, wobei jedoch nie mehr als 100 % insgesamt geleistet werden.

4.2.7. Lässt sich der Invaliditätsgrad nach Punkt 4.2.4. bis 4.2.6. nicht bestimmen, ist maßgebend, inwieweit die körperliche oder geistige Funktionsunfähigkeit nach medizinischen Gesichtspunkten beeinträchtigt wurde.

für Taggeld

Führt ein Versicherungsfall im Ausland zu einem stationärem Krankenhausaufenthalt wird ein Taggeld von EUR 30,- pro Tag für maximal sechs Tage bezahlt.

5. Bis zu welchem Umfang zahlt der Versicherer? (Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes)

Eine Versicherungsleistung wird nur für die durch den eingetretenen Unfall hervorgerufenen Folgen (körperliche Schädigung oder Tod) erbracht.

Haben bei den Unfallsfolgen Krankheiten oder Gebrechen mitgewirkt, die schon vor dem Unfall bestanden haben, ist die Leistung entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens zu kürzen, sofern dieser Anteil mindestens 25 % beträgt.

Bei Blutungen aus inneren Organen und bei Gehirnblutungen wird eine Leistung nur erbracht, wenn für diese Schäden die Ursache ein Versicherungsfall, nicht aber eine innere Erkrankung oder ein Gebrechen gewesen ist.

Wenn vor Eintritt des Unfalles der Versicherte schon durch Krankheit oder Gebrechen in seiner Arbeitsfähigkeit dauernd behindert war oder Körperteile oder Sinnesorgane ganz oder teilweise verloren oder gebrauchsunfähig gewesen sind, wird von der nach dem Unfall vorhandenen Gesamtinvalidität ein Abzug gemacht, der der schon vorher vorhanden gewesenen Invalidität entspricht. Für diese Bemessung werden die Grundsätze unter Punkt 4.2.4. bis 4.2.7. mit der Maßgabe angewendet, dass gegebenenfalls auch ein höherer Grad der Gesamtinvalidität als 100 % anzunehmen ist, sofern der Unfall Körperteile oder Sinnesorgane betrifft, die nicht schon vor diesem Unfall beschädigt waren.

Für organisch bedingte Störungen des Nervensystems wird eine Leistung nur erbracht, wenn und soweit diese Störung auf eine durch den Unfall verursachte organische Schädigung oder eine durch den Unfall neu entstandene Epilepsie zurückzuführen ist. Seelische Fehlhaltungen (Neurosen, Psychoneurosen) gelten nicht als Unfallfolgen.

6. Wann und unter welchen Voraussetzungen wird die Versicherungsleistung ausbezahlt? (Fälligkeit der Versicherungsleistung, Verjährung und Klagefrist)

Steht die Leistungspflicht des Versicherers dem Grunde und der Höhe nach fest, ist die Leistung fällig.

Steht die Leistungspflicht dem Grunde nach fest, kann der Versicherte nach Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles in Anrechnung auf seine Gesamtforderung Abschlagszahlungen bis zu der Höhe des Betrages verlangen, den der Versicherer nach Lage der Sache aufgrund von vorgelegten Bescheinigungen mindestens zu zahlen haben wird.

Macht der Versicherer von seinem Recht gemäß dem Punkt „Welche Leistung erbringt der Versicherer“ Punkt 4.2.2. und 4.2.3. Gebrauch, hat er von jener noch ausstehenden Leistung, die dem vorläufig festgestellten Grad der Invalidität entspricht, jährlich im Vorhinein 4 % Zinsen zu zahlen.

Für die Verjährung und Klagefrist gilt § 12 VersVG.

7. Innerhalb welcher Frist muss der Versicherer die Leistungspflicht anerkennen oder ablehnen? (Erklärung über die Versicherungsleistung)

Der Versicherer ist verpflichtet, bei Ansprüchen auf Heilkosten, Taggeld oder Todesfallsleistung innerhalb eines Monats, bei Ansprüchen auf Leistung für dauernde Invalidität innerhalb dreier Monate zu erklären, ob und inwieweit er eine Leistungspflicht anerkennt. Die Fristen beginnen mit dem Eingang der Unterlagen, die der Anspruchserhebende zur Feststellung des Unfallsherganges und der Unfallfolgen und über den Abschluss des Heilverfahrens beizubringen hat.

Im Fall von Meinungsverschiedenheiten über Art und Umfang der Unfallfolgen oder darüber, in welchem Umfang die eingetretene Beeinträchtigung auf den Versicherungsfall zurückzuführen ist, ferner die Beeinflussung der Unfallfolgen durch Krankheit oder Gebrechen, entscheidet die Ärztekommision.

8. Aus welchen Gründen kann die Ärztekommision angerufen werden? Welchen Regeln unterliegt dieses Verfahren?

Wenn der Versicherte mit der Erklärung des Versicherers über die Versicherungsleistung nicht einverstanden ist, kann er innerhalb von sechs Monaten nach Zugang der Erklärung unter Bekanntgabe seiner Forderung Widerspruch erheben und die Entscheidung der Ärztekommision beantragen; andernfalls sind weitergehende Ansprüche, als sie vom Versicherer anerkannt sind, ausgeschlossen. Auf diese Rechtsfolge hat der Versicherer in seiner Erklärung hinzuweisen. Das Recht, die Entscheidung der Ärztekommision zu beantragen, steht auch dem Versicherer zu.

Für die Ärztekommision bestimmen Versicherer und Versicherungsnehmer je einen in der österreichischen Ärzteliste eingetragenen Arzt. Wenn ein Vertragsteil innerhalb zweier Wochen nach schriftlicher Aufforderung keinen Arzt benennt, wird dieser von der für den Wohnsitz des Versicherten zuständigen Ärztekammer bestellt. Die beiden Ärzte bestellen einvernehmlich vor Beginn ihrer Tätigkeit einen weiteren Arzt als Obmann, der für den Fall, dass sie sich nicht oder nur zum Teil einigen sollten, im Rahmen der durch die Gutachten der beiden Ärzte gegebenen Grenzen entscheidet. Einigen sich die beiden Ärzte über die Person des Obmannes nicht, wird er durch die für den Wohnsitz des Versicherten zuständige Ärztekammer bestellt.

Der Versicherte ist verpflichtet, sich von den Ärzten der Kommission untersuchen zu lassen und sich jenen Maßnahmen zu unterziehen, die diese Kommission für notwendig hält.

Die Ärztekommision hat über die Tätigkeit ein Protokoll zu führen; in diesem ist die Entscheidung schriftlich zu begründen. Bei Nichteinigung hat jeder Arzt seine Auffassung im Protokoll gesondert niederzulegen. Ist eine Entscheidung durch den

Obmann erforderlich, dann legt auch er sie mit Begründung in einem Protokoll nieder. Die Unterlagen des Verfahrens werden vom Versicherer verwahrt.

Die Kosten der Ärztekommision werden von ihr festgesetzt und sind im Verhältnis des Obsiegens zum Unterliegen vom Versicherer und Versicherten zu tragen. Dies gilt nicht, wenn der Versicherer die Entscheidung der Ärztekommision ohne Einverständnis des Versicherten beantragt. Der Anteil der Kosten, die der Versicherte zu tragen hat, ist mit 1 % der für Tod und Invalidität zusammen versicherten Summe, höchstens jedoch mit 25 % des strittigen Betrages begrenzt.

9. Welche Rechte und Pflichten haben die versicherten Personen?

Alle für den Versicherten getroffenen Bestimmungen gelten sinngemäß auch für versicherte und jene Personen, die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag geltend machen. Diese Personen sind neben dem Versicherten für die Erfüllung der Obliegenheiten, der Schadenminderungs- und Rettungspflicht verantwortlich. Letztere verpflichtet die betroffenen Personen insbesondere unverzüglich ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen und die ärztliche Behandlung bis zum Abschluss des Heilverfahrens regelmäßig fortzusetzen. Ebenso ist für angemessene Krankenpflege zu sorgen. Namentlich gegen Unfälle versicherte Personen können ihre Versicherungsansprüche selbstständig geltend machen

10. Wann können Versicherungsansprüche abgetreten oder verpfändet werden?

Versicherungsansprüche dürfen vor ihrer endgültigen Feststellung ohne ausdrückliche Zustimmung des Versicherers weder abgetreten noch verpfändet werden.

Artikel 6 C

Hubschrauberrettung und Akia-Bergung nach alpinen Freizeitunfällen

Geltungsbereich In- und Ausland

Ein Versicherungsfall liegt vor, wenn die versicherte Person im In- oder Ausland nach einem alpinen Freizeitunfall von der Bergrettung geborgen (z. B. mittels Akia) oder von einem Notarzt- bzw. Rettungshubschrauber in das nächstgelegene Krankenhaus transportiert werden muss.

Versicherungsleistung ist die Übernahme der verrechneten Kosten für die Bergung (Akia) und den Transport mittels Hubschrauber des Versicherten ins Krankenhaus bis maximal EUR 10.000,-. Ein lokaler Rettungsdienst ist zu verständigen. Nicht versichert sind i) Kosten für die Suche von verletzten oder verunfallten Personen ii) Kosten für eine reine Bergung oder eine Totbergung iii) Kosten für Hubschraubereinsätze ohne anschließenden Transport ins Krankenhaus iv) Kosten für eine aufgrund eines Herzinfarkts oder Schlaganfalles notwendig gewordenen Bergung.

Die Übernahme der Kosten ist auf jenen Teil beschränkt, der nicht durch eine andere Versicherung gedeckt ist.

Nach dem erfolgten Rettungseinsatz ist die Rechnung des Einsatzes bei der Pflichtversicherung (Krankenkasse) einzureichen. Für die Leistungsabwicklung ist sodann eine Kopie der Rechnung für den Rettungseinsatz sowie die Originalbestätigung der Kostenübernahme bzw. der Ablehnung der Kostenübernahme von der Pflichtversicherung vorzulegen.

Artikel 7 C

Krankenverlegung nach Krankheit oder Unfall

Geltungsbereich Inland

Ein Versicherungsfall liegt vor, wenn eine versicherte Person nach einem Unfall oder einer unvorhersehbaren Krankheit mit einer prognostizierten Aufenthaltsdauer von mehr als einer Woche aus dem Krankenhaus, das mehr als 50 km vom Wohnsitz-Krankenhaus entfernt ist, mittels Krankenwagen zum Wohnsitz-Krankenhaus transportiert wird.

Versicherungsleistung ist die Organisation des Rücktransports mittels Krankenwagen zum Wohnsitz-Krankenhaus und Übernahme der Verlegungskosten zu 100 %.

Die Übernahme der Kosten ist auf jenen Teil beschränkt, der nicht durch eine andere Versicherung gedeckt ist. Die Kosten werden nur dann übernommen, wenn die Organisation des Verlegungs- transports über den ARBÖ-Reise-Notruf abgewickelt wurde. Andernfalls werden nur jene Kosten ersetzt, welche bei Organisation durch den ARBÖ entstanden wären.

Für die Leistungsabwicklung sind die Adresse und die Daten der Abteilung des Krankenhauses, der Name, die Telefon- und die Faxnummer des behandelnden Arztes sowie der komplette Krankenbericht erforderlich.

Artikel 8C

Rückholung von Kindern, Jugendlichen und Haustieren

Geltungsbereich In- und Ausland

Ein Versicherungsfall liegt vor, wenn mitversicherte Kinder bzw. beim „Freizeit-Sicherheits-Pass“ der Inhaber, von den Eltern oder wenn ein Haustier aus unvorhersehbaren gesundheitlichen Gründen nicht mehr betreut werden können/kann und eine Rückholung der Kinder bzw. des Inhabers des „Freizeit-Sicherheits-Passes“ bzw. des Haustiers erforderlich ist.

Versicherungsleistung ist die Organisation der Rückholung und Übernahme der unvorhergesehenen Reisekosten für die mitversicherten Kinder/für den „Freizeit-Sicherheits-Pass“-Inhaber bzw. das Haustier und gegebenenfalls für eine Ersatz-Begleitperson zu 100 %.

Der Versicherungsschutz erstreckt sich beim „Sicherheits-Pass“ auf mitversicherte Kinder bis zur Vollendung des 19. Lebensjahres, die zum Zeitpunkt des den Versicherungsfall auslösenden Schadenereignisses am selben Wohnsitz wie der Inhaber des „Sicherheits-Passes“ gemeldet sind, bzw. beim „Freizeit-Sicherheits-Pass“ auf den Inhaber eines „Freizeit-Sicherheits-Passes“ bis zum Ende jenes Jahres, in dem er das 19. Lebensjahr vollendet, und Haustiere, die ihren gewöhnlichen Aufenthalt am Wohnsitz des Inhabers des Sicherheits-Passes haben. Haustier ist ein Tier, das der Inhaber des Sicherheits-Passes insbesondere in seinem Haushalt zu seiner eigenen Freude und als Gefährten hält oder das für diesen Zweck bestimmt ist. Nutztiere und Sporttiere sind keine Haustiere.

Artikel 9C

Krankenbesuch

Geltungsbereich Ausland

Ein Versicherungsfall liegt vor, wenn eine versicherte Person nach einem Unfall oder einer unvorhersehbaren Krankheit, die nach Prognose des behandelnden Arztes einen Krankenhausaufenthalt von mehr als einer Woche notwendig macht, von einem Familienmitglied besucht wird.

Versicherungsleistung ist die Übernahme der Reisekosten für ein Familienmitglied sowie der Kosten für Übernachtungen (maximal fünf Nächte) bis insgesamt maximal EUR 1.000,-. Als Familienmitglieder gelten Eltern, Kinder (das sind leibliche Kinder, Stief-, Adoptiv- und Pflegekinder), sowie Geschwister, Großeltern und Enkelkinder.

Für die Leistungsabwicklung sind i) eine Bestätigung über die Aufenthaltsdauer im Krankenhaus sowie ii) Rechnungen (im Original) über die Ausgaben im Zusammenhang mit der Hin- und Rückreise des besuchenden Familienmitglieds (Treibstoff, Mautgebühren, Bahnkarten etc., ausgenommen Speisen und Getränke) sowie iii) eine Rechnung (im Original) betreffend die Übernachtungskosten vorzulegen.

Artikel 10C

Krankenrückholung

Geltungsbereich Ausland

Ein Versicherungsfall liegt vor, wenn der Rücktransport einer versicherten Person nach einer unvorhersehbaren Erkrankung oder nach einem Unfall aufgrund medizinischer Unterversorgung bzw. medizinischer Notwendigkeit von einem ausländischen in ein österreichisches Krankenhaus erforderlich ist.

Versicherungsleistung ist die Organisation der Rückholung und Übernahme der Kosten für den Rücktransport zu 100 %. Für die Schadensabwicklung sind die Adresse und die Daten der Abteilung des Krankenhauses sowie der Name, die Telefon- und Faxnummer des behandelnden Arztes mitzuteilen.

Im Todesfall werden ausschließlich die Überführungskosten für Sarg oder Urne nach Übermittlung der detaillierten Rechnung bis maximal EUR 7.500,- übernommen. Die über die reinen Überführungskosten hinausgehenden zusätzlichen Kosten (Zinksarg, Dokumente für die Überstellung etc.) sind nicht versichert.

Die Übernahme der Kosten ist auf jenen Teil beschränkt, der nicht durch eine andere Versicherung gedeckt ist.

Die Kosten werden nur dann übernommen, wenn die Organisation des Rücktransports (ausgenommen im Todesfall) über den ARBÖ-Reise-Notruf abgewickelt wurde. Andernfalls werden nur jene Kosten ersetzt, welche bei Organisation durch den ARBÖ entstanden wären.

Die Notwendigkeit, die Art und der Zeitpunkt des Rücktransports hängen von der Entscheidung des vom Versicherer beauftragten Mediziners und der Rücksprache mit dem behandelnden Arzt, dem Grad der medizinischen Versorgung und der Verfügbarkeit eines geeigneten Transportmittels ab.

Artikel 11C

Krankenversicherung

Geltungsbereich Ausland

Versicherungsfall ist die ärztliche Versorgung im Krankenhaus oder eine ambulante Behandlung durch einen Facharzt oder einen praktischen Arzt, die durch Krankheit oder Unfall einer versicherten Person im Ausland medizinisch notwendig ist.

Versicherungsleistung ist die Übernahme der Kosten für Untersuchungen, Behandlungen und Operationen bei stationärem Aufenthalt, Arztkosten und Kosten für verordnete Medikamente bei ambulanter Behandlung sowie für den Transport ins Krankenhaus bis maximal EUR 75.000,- für die versicherte Person. Es werden nur angemessene und ortsübliche Behandlungskosten für ambulante und stationäre Behandlungen durch den Versicherer ersetzt.

Die Übernahme der Kosten ist auf jenen Teil beschränkt, der nicht durch eine andere Versicherung gedeckt ist.

Ist bei einem stationären Aufenthalt im Krankenhaus vorab eine Kostendeckung durch den Versicherer erforderlich, ist unverzüglich der ARBÖ-Reise-Notruf zu kontaktieren.

Alle Kosten, die durch die notwendige ärztliche Behandlung anfallen, müssen mittels Rechnung belegt werden. Die Rechnungen sind bei der Pflichtversicherung (Krankenkasse) einzureichen. Der von der Pflichtversicherung nicht gedeckte Teil ist über den ARBÖ einzureichen. Die Kosten werden nur dann übernommen, wenn Kopien aller relevanten Rechnungen sowie eine Originalbestätigung der Kostenübernahme bzw. der Ablehnung der Kostenübernahme von der Pflichtversicherung vorgelegt werden.

Artikel 12C

Nächtigungskosten nach Unfall oder Erkrankung

Geltungsbereich In- und Ausland

Versicherungsfall ist eine unvorhersehbare Übernachtung aufgrund einer Erkrankung oder eines Unfalls einer versicherten Person im Urlaub.

Versicherungsleistung ist die Übernahme der Kosten für unvorhergesehene Übernachtungen nach Unfall oder Erkrankung einer leistungsberechtigten Person für maximal drei Nächte bis maximal EUR 60,- pro Nacht und leistungsberechtigter Person.

Die Kosten werden nur dann übernommen, wenn die Reiseunfähigkeit mittels ärztlichem Attest bestätigt wird. Die Kosten sind mit Originalrechnung nachzuweisen. Eventuell anfallende Mehrkosten für die ver-spätete Rückreise (Storno- oder Umbuchungsgebühren etc.) werden vom Versicherer nicht übernommen.

Artikel 13 C

Notfallservice

Geltungsbereich In- und Ausland

Ein Versicherungsfall liegt vor, wenn eine versicherte Person im In- oder Ausland unterwegs ist und ein Problem hat, das Sofortmaßnahmen erfordert.

Im Rahmen der Möglichkeiten werden alle notwendigen Sofortmaßnahmen eingeleitet. Das sind unter anderem: – Verständigung von Angehörigen, – Reise-Notrufe über den Rundfunk, – Besorgung von Flugtickets, – Unterstützung bei der Wiederbeschaffung von Dokumenten, – Hilfestellung bei Verlust oder Diebstahl von Kreditkarte, Maestro-Karte oder Handy oder – die Beschaffung und Übermittlung dringend benötigter Medikamente.

Der Verlust bzw. Diebstahl von Dokumenten, Wertgegenständen und Kreditkarten bzw. Maestro-Karten etc. ist unverzüglich bei der nächsten Polizeidienststelle zur Anzeige zu bringen. Die behördliche Anzeigebestätigung ist Voraussetzung für die Einleitung der Sofortmaßnahmen (Wiederbeschaffung von Dokumenten, Kartensperre etc.).

Artikel 14 C

Kostenersatz für Wiederbeschaffung von Dokumenten

Geltungsbereich Ausland

Ein Versicherungsfall liegt vor, wenn einer versicherten Person im Ausland wichtige Dokumente oder Reiseunterlagen (wie Führerschein, Zulassungsbescheinigung, Reisepass, Personalausweis, Flugtickets, Bahnkarten) gestohlen wurden.

Es werden die Gebühren für die Wiederbeschaffung der gestohlenen Dokumente bzw. Reisedokumente bis zu insgesamt maximal EUR 1.000,- übernommen.

Der Diebstahl der wichtigen Dokumente bzw. Reiseunterlagen ist unverzüglich bei der nächsten Polizeidienststelle zu melden. Alle Belege, die die Wiederbeschaffung dokumentieren, sind im Original dem ARBÖ zu übergeben. Die aus- und inländische behördliche Diebstahlsanzeige ist in Kopie vorzulegen.

Nicht versichert sind: Fahrtkosten im Zusammenhang mit der Wiederbeschaffung und Gebühren im Zusammenhang mit der Sperre von Kredit- oder Maestro-Karten.

Artikel 15 C

Übernahme von Rückreisekosten

Geltungsbereich Ausland

Ein Versicherungsfall liegt vor, wenn die versicherte Person einen Aufenthalt im Ausland wegen eines Elementarereignisses am Wohnsitz, eines Schadens am Eigentum infolge von Einbruchdiebstahl oder wegen einer schweren Erkrankung bzw. Todesfall einer nicht mitreisenden Person (Ehegatte oder Lebensgefährtin, gemeldet am Wohnsitz des Sicherheits-Pass-Inhabers sowie Verwandte 1. Grades: Eltern, Kinder) abrechnen und sofort nach Hause zurückkehren muss.

Es werden die Rückreisekosten – je nach Aufenthaltsort auch Linien- oder Charterflug – zu 100 % übernommen, wobei die Besorgung und Zustellung der benötigten Unterlagen (beispielsweise Flugtickets oder Bahnkarten) über den Versicherer erfolgt.

Artikel 16 C

Organisation von Bargeldübermittlung

Geltungsbereich Ausland

Ein Versicherungsfall liegt vor, wenn eine versicherte Person im Ausland unterwegs ist und für unvorhergesehene Ereignisse dringend Bargeld benötigt.

Versichert ist die Organisation der Übergabe des bei einer ARBÖ-Dienststelle hinterlegten Geldbetrages an die versicherte Person durch eine Partnerfirma. Es ist erforderlich, dass dafür ein Geldbetrag bei einer ARBÖ-Dienststelle hinterlegt wird.

Artikel 17 C

Telefonkostenersatz

Geltungsbereich In- und Ausland

Ein Versicherungsfall liegt vor, wenn eine versicherte Person innerhalb von Österreich oder aus dem Ausland mit dem ARBÖ-Reise-Notruf Kontakt aufnehmen musste.

Es werden die Kosten für alle belegbaren Telefonate mit dem ARBÖ-Reise-Notruf zu 100 % übernommen. Sind keine Belege (z. B. detaillierte Handyabrechnung mit Einzelgesprächsnachweis, Telefonrechnung des Hotels) verfügbar, übernimmt der Versicherer einmalig eine Pauschale von EUR 15,- pro Schadensereignis, sofern die Telefonate nachweislich mit dem ARBÖ-Reise-Notruf +43 (0)1 895 60 60 geführt wurden (Aufzeichnungen in der ARBÖ-Datenbank).

Artikel 18 C

Radfahrer-Haftpflichtversicherung

Geltungsbereich Ausland

Ein Versicherungsfall liegt vor, wenn die versicherte Person als Fußgänger, Skater oder Radfahrer im Ausland unterwegs ist und einen Personen- oder Sachschaden verursacht hat.

Gedeckt sind Personen- und Sachschäden bis maximal EUR 750.000,- pro Schadensereignis.

Die Übernahme der Kosten ist auf jenen Teil beschränkt, der nicht durch eine andere Versicherung gedeckt ist.

Voraussetzung für eine Versicherungsleistung ist die Vorlage eines von allen am Schadensereignis Beteiligten verfassten Schadensberichts (Europäischer Unfallbericht etc.). Bei Personenschaden oder Sachschäden an öffentlichem Gut muss der Schaden unverzüglich bei der nächsten Polizeidienststelle gemeldet werden. Die behördliche Anzeige ist vorzulegen.