

Preis- und Leistungsübersicht für die Gold Kreditkarte (Stand April 2017)

Jahresgebühr Hauptkarte	69 €
Jahresgebühr Partnerkarte	34,50€
Entgelt Kartenaktivierung einmalig	20 €
Kartenzustellung	kostenlos
Kartenerneuerung bei Laufzeitende	kostenlos
SMS-Mitteilung bei online abrufbarer Monatsrechnung (keine SMS-Mitteilung bei zusätzlicher Zustellung der Monatsrechnung per E-Mail)	kostenlos
SMS Sicherheits-Paket ¹⁾	kostenlos
Entgelt Abrechnungskopie (bei Anforderung)	0,90 €
Entgelt Belegkopie (bei Anforderung)	3,50 €
Einmaliger Motivwechsel pro Kartenlaufzeit	kostenlos
- Entgelt pro Motivwechsel bei mehr als 1 Motivwechsel pro Kartenlaufzeit:	10,00 €
Entgelt Saldoabfrage am Geldausgabeautomat	0,70 €
Entgelt PIN-Änderung am Geldausgabeautomat	10 €
Entgelt für die Bearbeitung einer Kreditkartentransaktion in Euro (ausgenommen Bargeldbehebungen)	kostenlos
Entgelt für die Bearbeitung einer Kreditkartentransaktion in Nicht-Euro-Währung (ausgenommen Bargeldbehebungen)	1,35 %
Entgelt bei Bargeldbehebung in Euro	0,35 € + 3 %
Entgelt bei Bargeldbehebung in Nicht-Euro-Währung	0,35 € + 4,35 %
 ¹⁾ beinhaltet SMS, wenn:	
- eine Kreditkartentransaktion abgelehnt wird	
- das Kartenlimit zu mehr als 70 % ausgeschöpft ist	
- wenn eine Einzel-Transaktion mehr als 70,00 € beträgt	
Zahlungsziel ab Rechnungsdatum	3 Tage
Verzugszinsen p.a.	14,00 %
Limit gemäß Punkt I. 2 der Allgemeinen Bedingungen (umfasst sämtliche in Pkt I.1. der Allgemeinen Bedingungen angeführten Verwendungen der Gold Kreditkarte)	2.800 €
Barbehebungslimit täglich	400 €
Barbehebungslimit wöchentlich	800 €
Kontaktlos-Einzeltransaktionslimit bis zu	25 €

Produktübersicht

Raiffeisen Mastercard/Visa Gold

(Stand: 06.09.2018)

Hier finden Sie nur die wichtigsten Informationen zu Ihrer Versicherung. Die vollständigen vorvertraglichen und vertraglichen Informationen, sowie die vollständigen Ausschlussgründe und Deckungsbeschränkungen finden Sie in der Beitrittserklärung und in den Versicherungsbedingungen.

Die Kreditkartenversicherung zur Raiffeisen Mastercard/Visa Gold besteht aus Reisegepäck-/Reiseschutz-, Behandlungskosten-, Reiseunfall-, Reisehaftpflicht- und einer Reise-Stornoversicherung.

Leistungsübersicht	Maximalleistungen
	Mastercard/Visa Gold
I) Reisegepäck-/Reiseschutz-Versicherung	
Reisegepäck	EUR 2.100,-
Dokumenten-Ersatz	EUR 240,-
Kfz-Rückholung (20% Selbstbehalt)	EUR 1.000,-
Verzögerte Auslieferung des Reisegepäcks (ab 4 Stunden)	EUR 250,-
Schibbruch	EUR 70,-
Kfz Abschleppkosten	EUR 250,-
Reiserückruf	100%
Außerplanmäßige Rückreise	EUR 300,-
Flugverspätung (ab 4 Stunden)	EUR 250,-
II) Behandlungskosten-Versicherung (Erkrankung/Unfall im Ausland)	
Stationäre Krankenversorgung im Ausland	100%
Ambulante Krankenversorgung im Ausland	100%
Rückholung vom Ausland (bei Organisation durch Versicherer)	100%
Verlängerter Aufenthalt wegen Krankheit/Unfall (pro Tag)	EUR 250,-
Überführung im Todesfall	100%
III) Reiseunfall-Versicherung	
Reiseunfall (ab 50% Invalidität)	EUR 100.000,-
Reiseunfall (Todesfall)	EUR 21.000,-
Bergungskosten	100%
Hubschrauberprimärkosten	100%
IV) Privathaftpflichtversicherung	
Haftpflicht	EUR 750.000,-
Mietschäden	EUR 25.000
V) Reise-Stornoversicherung	
2 Stornofälle pro Jahr (je)	EUR 2.500,-

Der Versicherungsschutz gilt für eine maximale Reisedauer von 90 Tagen unter der Voraussetzung eines aufrechten Kreditkartenvertrages. Reisen, welche länger als 90 Tage dauern, sind in ihrer Gesamtheit nicht versichert. Alle Versicherungsleistungen, mit Ausnahme jener für Todesfall und dauernde Invalidität aus der Reise-Unfallversicherung sind subsidiär. Sie werden daher nur erbracht, soweit nicht aus anderen bestehenden Privat- oder Sozialversicherungen Ersatz erlangt werden kann. Der Versicherungsschutz gilt weltweit. In der Behandlungskosten-Versicherung sind Österreich und jene Länder, in denen ein - wenn auch nur vorübergehender - Wohnsitz oder eine gesetzliche Krankenversicherung besteht, ausgenommen.

Wer ist versichert?

Versicherte sind in der Reisegepäck-/Reiseschutz-, Privathaftpflicht- und Reise-Stornoversicherung der Karteninhaber, als mitreisendes Familienmitglied der (die) Ehepartner(in) bzw. der (die) mit dem Karteninhaber im gemeinsam Haushalt lebende Lebensgefährte/-in sowie deren minderjährige Kinder.

Versicherter ist in der Reiseunfall- und der Behandlungskostenversicherung (inkl. Ambulanzflug und Primärrettung) ausschließlich der Karteninhaber.

Was ist nicht versichert?

Wesentliche Ausschlüsse sind beispielsweise:

Bei Reisegepäck: Geld, Wertpapiere, Gegenstände, die der Berufsausübung dienen, für Schäden, die verursacht werden durch Abnutzung, Verschleiß, mangelhafte Verpackung oder mangelhaften Verschluss von Gepäckstücken oder durch Selbstverschulden wie Vergessen, Liegenlassen, Verlieren, sowie mangelhafte Verwahrung oder mangelhafte Beaufsichtigung

Bei Reisetorno: Wenn ein Ereignis oder Leiden zum Zeitpunkt des Versicherungsabschlusses oder bei Buchung bereits eingetreten war oder voraussehbar gewesen ist.

Bei Reise-Unfallversicherung Kein Versicherungsschutz besteht bei Reisen mit Expeditionscharakter und Tauchgängen tiefer als 40 m. Unfälle infolge wesentlicher Beeinträchtigung durch Alkohol, Suchtgifte oder Medikamente und Gesundheitsschäden bei Heilmaßnahmen sind nicht versichert.

Bei Behandlungskosten-Versicherung:

- Heilbehandlungen, die bereits vor Versicherungsbeginn begonnen haben
- Heilbehandlungen von chronischen Krankheiten, außer als Folge akuter Anfälle oder Schübe
- Heilbehandlungen, die Zweck des Auslandsaufenthaltes sind
- Zahnbehandlungen, die nicht der Erstversorgung zur unmittelbaren Schmerzbekämpfung dienen
- Schwangerschaftsuntersuchungen und Entbindungen, ausgenommen jene vorzeitigen Entbindungen, die mindestens 2 Monate vor dem natürlichen Geburtstermin erfolgen
- Heilbehandlungen infolge übermäßigem Alkoholenuss sowie Missbrauch von Suchtgiften und Medikamenten
- Kosmetische Behandlungen, Kur- und Reha Behandlungen
- Prophylaktische Impfungen

Die vollständigen Ausschlussgründe finden Sie in den Versicherungsbedingungen.

Was ist im Schadensfall zu tun, um die Leistung zu bekommen?

Der Versicherungsfall ist so schnell wie möglich zu melden und an der Feststellung des Versicherungsfalles und seinen Folgen ist mitzuwirken (z.B.: Erteilung sachdienlicher Auskünfte und Überlassung von Originalbelegen).

Wie wird die Prämie abgerechnet?

Die Versicherungsprämie ist Teil des Kreditkartentgelts und wird von der RBI an den Versicherer abgeführt.

Wann beginnt und endet der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz beginnt, wenn der Karteninhaber die Kreditkarte erhält. Als Voraussetzung für den Versicherungsschutz gilt die Verwendung der Kreditkarte für Bargeldbehebungen sowie Zahlungen innerhalb von zwei Monaten vor Schadenseintritt.

Die Versicherung endet mit Ablauf der Gültigkeitsdauer der Mastercard/Visa Gold, mit Kündigung des Kartenvertrages oder bei Ableben des Versicherten.

gültig ab 05/2018

ALLGEMEINE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN für die „Mastercard/Visa Gold Kreditkartenversicherung“

Inhaltsverzeichnis

Allgemeiner Teil – Gemeinsame Bestimmungen

Artikel 1	Begriffsbestimmungen
Artikel 2	Wann beginnt und endet der Versicherungsschutz? Welche Voraussetzungen sind zu erfüllen? Wie sieht der Geltungsbereich aus?
Artikel 3	Welche Versicherungssummen gelten?
Artikel 4	In welchen Fällen besteht kein Versicherungsschutz?
Artikel 5	Was ist vor und nach Eintritt des Versicherungsfalles zu tun? Welche Obliegenheiten bestehen?
Artikel 6	In welcher Form sind Erklärungen abzugeben?
Artikel 7	Subsidiarität und Regress
Artikel 8	Wann und in welcher Währung sind die Leistungen des Versicherers fällig?
Artikel 9	Wann geht der Anspruch verloren?
Artikel 10	Abtretung und Verpfändung von Versicherungsansprüchen

Besonderer Teil

I. Reisegepäck-/Reiseschutz-Versicherung

Artikel 11	Was ist versichert?
Artikel 12	Welche Gefahren und Schäden sind versichert?
Artikel 13	Welche Schäden sind nicht versichert?
Artikel 14	Was gilt für den Versicherungsschutz in Kraftfahrzeugen?
Artikel 15	Was gilt für den Versicherungsschutz beim Camping?
Artikel 16	Welche Entschädigung leistet der Versicherer?
Artikel 17	Was muss der Versicherte im Schadenfall unbedingt unternehmen?
Artikel 18	Verzögerung bei der Auslieferung des Reisegepäcks – was wird ersetzt?
Artikel 19	Schibbruch-Versicherung – was ist versichert?
Artikel 20	Abschleppkosten-Versicherung – welche Kosten werden ersetzt?
Artikel 21	Kfz-Rückholung – was ist versichert?
Artikel 22	Reiserückruf-Versicherung – was ist versichert?
Artikel 23	Außerplanmäßige Rückreisekosten nach Österreich – was ist versichert?
Artikel 24	Flugverspätungs-Mehrkostenversicherung – was ist versichert?

II. Behandlungskosten-Versicherung: Bei Erkrankung/Unfall im Ausland

Artikel 25	Was ist versichert?
Artikel 26	Welche Leistung wird erbracht?
Artikel 27	Welche Leistungen sind nicht gedeckt?
Artikel 28	Was ist im Schadenfall unbedingt zu unternehmen?

III. Reiseunfall-Versicherung

Artikel 29	Was ist versichert?
Artikel 30	Wie ist der Begriff des Unfalls definiert?
Artikel 31	Sachliche Begrenzungen des Versicherungsschutzes
Artikel 32	Was ist nicht versichert?
Artikel 33	Was ist vor und nach Eintritt des Versicherungsfalles zu tun? Welche Obliegenheiten bestehen?
Artikel 34	Dauernde Invalidität – was ist versichert?
Artikel 35	Todesfall – was ist versichert?
Artikel 36	Wann ist die Leistung des Versicherers fällig?
Artikel 37	Wie sieht das Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten aus? (Ärztekommission)
Artikel 38	Bergungskosten
Artikel 39	Hubschrauberprimärrettungskosten

- Artikel 40 Rückholkosten nach einem Unfall
- Artikel 41 Überführungskosten bei Todesfall

IV. Privathaftpflichtversicherung

- Artikel 42 Was gilt als Versicherungsfall?
- Artikel 43 Wie sieht der Versicherungsschutz aus?
- Artikel 44 Welche Leistungen sind versichert?
- Artikel 45 Was ist nicht versichert?
- Artikel 46 Was ist im Schadenfall vom Versicherten unbedingt zu tun?
- Artikel 47 Bevollmächtigung des Versicherers

V. Reise-Storno-Versicherung

- Artikel 48 Was ist versichert?
- Artikel 49 Welche Ereignisse sind versichert?
- Artikel 50 In welchen Fällen besteht kein Versicherungsschutz?
- Artikel 51 Was ist im Schadenfall vom Versicherten unbedingt zu tun?
- Artikel 52 Welche Entschädigung leistet der Versicherer?

Aufsichtsbehörde: Österreichische Finanzmarktaufsicht, Otto Wagner-Platz 5, 1090 Wien, Tel. | (+43-1) 249 59 - 0

ALLGEMEINER TEIL – Gemeinsame Bestimmungen

Leistungsübersicht	Maximalleistungen
	Mastercard/Visa Gold
I) Reisegepäck-/Reiseschutz-Versicherung	
Reisegepäck	EUR 2.100,-
Dokumenten-Ersatz	EUR 240,-
Kfz-Rückholung (20% Selbstbehalt)	EUR 1.000,-
Verzögerte Auslieferung des Reisegepäcks (ab 4 Stunden)	EUR 250,-
Schibruch	EUR 70,-
Kfz Abschleppkosten	EUR 250,-
Reiserückruf	100%
Außerplanmäßige Rückreise	EUR 300,-
Flugverspätung (ab 4 Stunden)	EUR 250,-
II) Behandlungskosten-Versicherung (Erkrankung/Unfall im Ausland)	
Stationäre Krankenversorgung im Ausland	100%
Ambulante Krankenversorgung im Ausland	100%
Rückholung vom Ausland (bei Organisation durch Versicherer)	100%
Verlängerter Aufenthalt wegen Krankheit/Unfall (pro Tag)	EUR 250,-
Überführung im Todesfall	100%
III) Reiseunfall-Versicherung	
Reiseunfall (ab 50% Invalidität)	EUR 100.000,-
Reiseunfall (Todesfall)	EUR 21.000,-
Bergungskosten	100%
Hubschrauberprimärkosten	100%
IV) Privathaftpflichtversicherung	
Haftpflicht	EUR 750.000,-
Mietschäden	EUR 25.000
V) Reise-Stornoversicherung	
2 Stornofälle pro Jahr (je)	EUR 2.500,-

deren minderjährige Kinder.

Artikel 1 Begriffsbestimmungen

1. Allgemeine Begriffsbestimmungen

1.1. Versicherer: UNIQA Österreich Versicherungen AG,
Untere Donaustraße 21, 1029 Wien

Kontakt im Schadenfall: Siehe Artikel 5, 1.2.

1.2. Versicherungsnehmer: Raiffeisen Bank International
(„RBI“), Am Stadtpark 9, 1030 Wien

1.3. Karteninhaber: der Inhaber einer gültigen Raiffeisen
Mastercard/Visa Gold Kreditkarte.

1.4. Familienmitglieder bzw. mitversicherte Personen:
Ehepartner bzw. im gemeinsamen Haushalt lebende
Lebensgefährten des Karteninhabers (gleiche
Meldeadresse seit mindestens drei Monaten) und deren
minderjährige Kinder im gemeinsamen Haushalt bis zum 18.
Geburtstag.

1.5. Ausland: alle Länder ausgenommen Österreich und jene
Länder, in denen ein – wenn auch nur vorübergehender
– Wohnsitz oder eine gesetzliche Krankenversicherung
besteht.

1.6. Wohnsitz: jede amtlich registrierte Meldeadresse.
Verlagert sich der Mittelpunkt des Lebensinteresses an
einen neuen Ort, wird damit jedenfalls ein neuer Wohnsitz
begründet (Wohnsitzwechsel).

1.7. Wohnort: Der Ort des gewöhnlichen Aufenthalts
unabhängig vom aktuellen Wohnsitz, begründet durch
Nähe zu Arbeits- bzw. Ausbildungsstätte oder familiäre
Interessen. Seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat jemand
dort, wo er sich unter solchen Umständen aufhält, die
erkennen lassen, dass er an diesem Ort nicht nur
vorübergehend verweilt.

1.8. Zweitwohnt: Ort des fallweisen, gewöhnlichen
Aufenthalts,
d.h. nicht länger als 70 Tage pro Kalenderjahr.

1.9. Arbeitsstätte: Ort der gewöhnlichen Berufsausübung. Der
Begriff „Ausbildungsstätte“ ist mit dem Begriff
„Arbeitsstätte“ gleichzusetzen.

1.10. Verkehrsmittel: öffentlich konzessionierte, für die
Personenbeförderung zugelassene Fahrzeuge, die zur
Beförderung einer Vielzahl von Personen zu Lande
(z.B. Bahn, Bus), zu Wasser (z.B. Schiff) oder in der
Luft (Flugzeug) bestimmt sind und vom Versicherten als
Fahrgast (Passagier) benützt werden sowie der, vom
Versicherten als Lenker oder Passagier, benutzte
Mietwagen. Von Reiseveranstaltern durchgeführte
Charterflüge sowie Shuttle-Dienste gelten ebenfalls als
Beförderung mittels Massenverkehrsmittel, nicht jedoch
Taxis.

1.11. Mietwagen: ausschließlich mehrspurige (vierrädrige)
Kraftfahrzeuge, die vom Versicherten bei einem
gewerblich berechtigten Fahrzeugvermieter für den privaten
Personentransport angemietet werden.

2. Versicherte Person

2.1. Versicherte sind in der Reisegepäck-/Reiseschutz-,
Privathaftpflicht- und Reise-Stornoversicherung der
Karteninhaber, als mitreisendes Familienmitglied der (die)
Ehepartner (in) bzw. der (die) mit dem Karteninhaber im
gemeinsam Haushalt lebende Lebensgefährte sowie

2.2. Versicherter ist in der Reiseunfall- und der
Behandlungskostenversicherung (inkl. Ambulanzflug und
Primärrettung) ausschließlich der Karteninhaber lt. Art. 1,
Pkt. 1.3.

3. Versicherungsfall

Als Versicherungsfall wird ein Ereignis bezeichnet, das die
Leistungspflicht des Versicherers auslöst. Der Eintritt des
Versicherungsfalles ist somit die Voraussetzung dafür, dass
die Versicherer Leistungen erbringt.

4. Reisebegriff

Verlassen des Wohnortes, Zweitwohnortes oder Ortes der
Arbeitsstätte bis zur Rückkehr dorthin, wenn das Ziel
außerhalb eines Bereiches von 20 km ab Ortsgrenze dieser
Orte liegt. Reisen zwischen den vorgenannten Orten sowie
innerhalb eines Bereiches von 20 km ab Ortsgrenze sind nicht
versichert.

Artikel 2 Wann beginnt und endet der Versicherungsschutz?

Welche Voraussetzungen sind zu erfüllen? Wie sieht der Geltungsbereich aus?

1. Wann beginnt der Versicherungsschutz? Welche Voraussetzungen gelten?

Der Versicherungsschutz beginnt, wenn der Karteninhaber lt.
Art.1, Pkt. 1.3. die Kreditkarte erhält. Als Voraussetzung für
den Versicherungsschutz gilt die Verwendung der Kreditkarte
für Bargeldbehebungen sowie Zahlungen innerhalb von zwei
Monaten vor Schadenseintritt (die Bezahlung der
Kartengebühr sowie der Monatsrechnung gilt nicht als
Verwendung, ebenso wenig wie nicht rechtswirksam
durchgeführte Umsätze). Maßgeblich ist das Umsatzdatum laut
Kreditkartenabrechnung.

2. Wann endet der Versicherungsschutz?

Die Versicherung endet mit Ablauf der Gültigkeitsdauer
der „Mastercard/Visa Gold“, mit Kündigung des Kartenvertrages
oder bei Ableben des Versicherten.

3. Örtlicher Geltungsbereich

Der Versicherungsschutz gilt weltweit.
Der im Besonderen Teil unter II Behandlungskosten-
Versicherung angeführte Art. 26 - Leistungsumfang gilt nur im
Ausland.

4. Zeitlicher Geltungsbereich

Der Versicherungsschutz gilt für eine maximale Reisedauer
von 90 Tagen unter der Voraussetzung eines aufrechten
Kreditkartenvertrages. Reisen, welche länger als 90 Tage
dauern, sind in ihrer Gesamtheit nicht versichert.

Artikel 3 Welche Versicherungssummen gelten?

1. In der Reisegepäck- sowie Privathaftpflichtversicherung oder
Reisestornoversicherung gelten die in der
Leistungsübersicht angeführten Maximalleistungen zur
jeweiligen Karte für den Karteninhaber und alle
mitversicherten Personen gemeinsam.

2. Ausschließlich für den Karteninhaber gelten die in der
Leistungsübersicht angeführten Maximalleistungen für die

Reiseunfall-Versicherung und die Behandlungskostenversicherung sowie die tatsächlich aufgewendeten Behandlungskosten.

**Artikel 4
In welchen Fällen besteht kein
Versicherungsschutz?**

1. Es besteht kein Versicherungsschutz für Ereignisse, die
 - 1.1. vorsätzlich oder grob fahrlässig durch den Versicherten lt. Art. 1, Pkt. 2 herbeigeführt werden; in der Privathaftpflichtversicherung (Besonderer Teil IV) 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 eine Handlung oder Unterlassung gleichgehalten, bei welcher der Schadeneintritt ernstlich erwartet werden muss, jedoch in Kauf genommen wird;
 - 1.2. unmittelbar oder mittelbar mit Kriegsereignissen jeder Art, inneren Unruhen, feindlicher Besetzung zusammenhängen;
 - 1.3. bei Versuch oder Begehung gerichtlich strafbarer Handlungen durch den Versicherten eintreten, für die Vorsatz Tatbestandsmerkmal ist;
 - 1.4. durch Gewalttätigkeiten anlässlich einer öffentlichen Ansammlung oder Kundgebung entstehen, sofern der Versicherte lt. Art. 1, Pkt. 2 aktiv daran teilnimmt;
 - 1.5. durch Selbstmord oder Selbstmordversuch des Versicherten ausgelöst werden;
 - 1.6. bei Reisen mit Expeditionscharakter in unerschlossene oder unerforschte Gebiete eintreten bzw. infolge Ausübung einer Extremsportart auftreten oder in Zusammenhang mit einer besonders gefährlichen Tätigkeit stehen, wenn diese mit einer Gefahr verbunden ist, die das normale, mit einer Reise üblicherweise verbundene Risiko bei weitem übersteigt;
 - 1.7. aufgrund behördlicher Verfügungen hervorgerufen werden;
 - 1.8. durch Ausübung einer beruflich bedingten manuellen Tätigkeit entstehen;
 - 1.9. mittelbar oder unmittelbar durch Einfluss ionisierender Strahlen im Sinne des Strahlenschutzgesetzes in der jeweils geltenden Fassung oder durch Kernenergie verursacht werden;
 - 1.10. der Versicherte lt. Art. 1, Pkt. 2 infolge einer wesentlichen Beeinträchtigung seines psychischen und physischen Gesundheitszustandes durch Alkohol, Suchtgifte oder Medikamente erleidet;
 - 1.11. bei Benützung von Luftfahrtgeräten und Luftfahrzeugen jeglicher Art, sowie bei Fallschirmabsprüngen entstehen; Ausnahme: als Fluggast in Motorflugzeugen, welche für die Personenbeförderung zugelassen sind. Als Fluggast gilt, wer weder mit dem Betrieb des Luftfahrzeuges in ursächlichem Zusammenhang steht, noch Besatzungsmitglied ist oder ein Luftfahrzeug zur Ausübung einer beruflichen Tätigkeit verwendet;
 - 1.12. bei Beteiligung an motorsportlichen Wettbewerben (auch Wertungsfahrten und Rallies) und an dazugehörigen Trainingsfahrten entstehen;
 - 1.13. bei der Teilnahme an Landes-, Bundes- oder internationalen Wettbewerben auf dem Gebiet des

nordischen und alpinen Schisports, des Snowboardens sowie Freestyling, Bob-, Schibob-, Skeletonfahrens oder Rodeln sowie am offiziellen Training für diese Veranstaltungen entstehen;

- 1.14. bei Tauchgängen bis max. 40 m entstehen, wenn der Versicherte selbst oder der ihn begleitende, ausbildende Tauchlehrer die international gültige Berechtigung für die betreffende Tiefe des Tauchganges nicht besitzt; Tauchgänge über 40 m Tiefe sind nicht versichert.
2. Neben diesen allgemeinen Ausschlüssen vom Versicherungsschutz sind die besonderen Ausschlüsse in den Artikeln 13, 27, 32, 45 und 50 geregelt.

**Artikel 5
Was ist vor und nach Eintritt des
Versicherungsfalles zu tun?
Welche Obliegenheiten bestehen?**

2. Als Obliegenheiten, deren Verletzung die Leistungsfreiheit des Versicherers gemäß § 6 Versicherungsvertragsgesetz (VersVG) bewirkt, werden bestimmt:

Der Versicherte lt. Art. 1, Pkt. 2 hat:

- 1.1. Versicherungsfälle nach Möglichkeit abzuwenden oder deren Folgen zu mindern und dabei allfällige Weisungen des Versicherers zu befolgen;
- 1.2. den Versicherer über den eingetretenen Versicherungsfall ehestmöglich, wahrheitsgemäß und umfassend schriftlich zu informieren, falls erforderlich auch fernmündlich oder fernschriftlich:
 - a. per Telefonnummer: +43 1 31670-880
 - b. per E-Mail: raiffeisenassistance@call-us.at
 - c. per Fax: +43 1 31670-70880
 - d. per Schadenformular (abrufbar auf der Homepage des RBI CardService www.r-card-service.at)
- 1.3. nach Erhalt von Formularen, die dem Versicherer zur Schadenbearbeitung dienen, diese vollständig ausgefüllt dem Versicherer ohne Verzug zuzusenden;
- 1.4. alles ihm Zumutbare zu tun, um die Ursachen, den Hergang und die Folgen des Versicherungsfalles aufzuklären;
- 1.5. alle mit dem 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;
- 1.6. Schadenersatzansprüche gegen Dritte form- und fristgerecht sicherzustellen und erforderlichenfalls bis zur Höhe der geleisteten Entschädigung an den Versicherer abzutreten.
- 1.7. Schäden, die durch strafbare Handlungen verursacht wurden, binnen 48 Stunden unter genauer Darstellung des Sachverhaltes und Einreichung einer Liste aller abhanden gekommenen oder beschädigten Gegenstände, der zuständigen Sicherheitsdienststelle anzuzeigen und sich die Anzeige bescheinigen zu lassen;
- 1.8. Beweismittel, die den Anspruch auf die Versicherungsleistung dem Grunde und der Höhe nach belegen, wie Polizeiprotokoll, Bestätigungen von Fluglinien, Tatbestandsaufnahmen, Arzt- und Krankenhausatteste und -rechnungen, Kaufnachweise usw., dem Versicherer unverzüglich im Original zu übergeben.

2. Neben diesen allgemeinen Obliegenheiten sind die besonderen Obliegenheiten in den Artikeln 17, 28, 33, 46 und 51 geregelt.

Artikel 6

In welcher Form sind Erklärungen abzugeben?

Für Anzeigen und Erklärungen der Versicherten lt. Art. 1, Pkt. 2 an den Versicherer ist Schriftform erforderlich, sofern der Versicherer nicht ausdrücklich darauf verzichtet.

Artikel 7

Subsidiarität und Regress

Alle Versicherungsleistungen, mit Ausnahme jener für Todesfall und dauernde Invalidität aus der Reise-Unfallversicherung sind subsidiär. Sie werden daher nur erbracht, soweit nicht aus anderen bestehenden Privat- oder Sozialversicherungen Ersatz erlangt werden kann.

Besteht Anspruch auf Kostenersatz gegen sonstige Dritte aufgrund gesetzlicher Bestimmungen und/oder vertraglichen Vereinbarungen (Beförderungsunternehmen, Automobilclubs, Beherbergungsbetrieben usw.), so ist der Versicherte lt. Art. 1, Pkt. 2 verpflichtet, dem Versicherer diesen Anspruch abzutreten, soweit dieser dem Versicherten Ersatz leistet.

Artikel 8

Wann und in welcher Währung sind die Leistungen des Versicherers fällig?

1. Der Versicherte lt. Art. 1, Pkt. 2 kann seine Ansprüche direkt beim Versicherer geltend machen. Steht die Leistungspflicht des Versicherers dem Grunde und der Höhe nach fest, ist die Entschädigungszahlung fällig.
2. Sind wegen eines Schadenfalles polizeiliche oder behördliche Erhebungen eingeleitet, so behält sich der Versicherer das Recht vor, deren Ergebnis abzuwarten.
3. Die Versicherungsleistungen werden in der in Österreich gültigen Währung berechnet und zur Auszahlung gebracht. Für die Währungsumrechnung gilt der Devisenmittelkurs der Wiener Börse am Tag der Auszahlung. Gibt es keinen Börsenkurs, gilt der von der Österreichischen Nationalbank bekannt gegebene Bankenwechselkurs.
4. Zur Beantragung der Leistung ist das vom Versicherer zur Verfügung gestellte Schadenformular zu verwenden und sämtliche zur Überprüfung des Anspruchs benötigte Unterlagen beizulegen bzw. ehestmöglich nachzureichen.

Artikel 9

Wann geht der Anspruch verloren?

1. Wird der Anspruch auf die Entschädigung nicht spätestens ein Jahr nach schriftlicher, mit Angabe der Rechtsfolgen verbundener Ablehnung durch den Versicherer gerichtlich geltend gemacht, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei.
2. Der Versicherer ist von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Versicherte aus Anlass des Versicherungsfalles, insbesondere in der Schadenanzeige, vorsätzlich unwahre Angaben macht, für den Schadenfall wesentliche Umstände verschweigt oder Beweismittel fälscht, auch wenn hierdurch dem Versicherer kein Nachteil entsteht.

Artikel 10

Abtretung und Verpfändung von Versicherungsansprüchen

Versicherungsansprüche können erst abgetreten oder

verpfändet werden, wenn sie dem Grunde und der Höhe nach endgültig festgestellt sind.

BESONDERER TEIL

I. Reisegepäck-/Reiseschutz-Versicherung

Artikel 11

Was ist versichert?

1. Versichert ist das gesamte auf die Reise mitgenommene Reisegepäck des Versicherten (Karteninhaber und mitreisende Familienmitglieder lt. Art. 1, Pkt. 2.1.).
2. Als Reisegepäck gelten sämtliche Gegenstände des persönlichen Reisebedarfes, die während einer Reise mitgeführt, am Körper oder in der Kleidung getragen oder durch ein übliches Transportmittel befördert werden. Als Reisegepäck gelten auch Geschenke und Reiseandenken, die auf der Reise erworben werden. (siehe jedoch Art. 11, Pkt. 5 und 6)
3. Fahrräder, Falt- und Schlauchboote sowie andere Sportgeräte einschließlich Zubehör sind je Versicherungsfall bis max. 50% der Versicherungssumme in die Versicherung eingeschlossen. Sie sind nur versichert, solange sie sich nicht in bestimmungsgemäßem Gebrauch befinden (aufgeblasene oder zusammengebaute Boote gelten als in bestimmungsgemäßem Gebrauch befindlich); Schibruach siehe Art.19
4. Schmuck, Uhren, Pelze, technische Geräte aller Art samt Zubehör (z.B. Foto-, Film-, Videogeräte, Laptops, optische Geräte, Unterhaltungselektronik, Mobiltelefone), Sportgeräte, Jagd- und Sportwaffen sind je Versicherungsfall in ihrer Gesamtheit bis max. 50% der Versicherungssumme in die Versicherung eingeschlossen und nur versichert, solange sie
 - a) bestimmungsgemäß getragen bzw. benutzt werden (ausgenommen Sportgeräte - siehe Art. 11, Pkt. 3) oder
 - b) in persönlichem Gewahrsam sicher verwahrt mitgeführt und beaufsichtigt werden, sodass deren Wegnahme durch Dritte ohne Überwinden eines Hindernisses nicht möglich ist oder
 - c) einem Beherbergungsbetrieb, einer bewachten Garderobe oder einer Gepäckaufbewahrung übergeben sind oder
 - d) sich in einem ordnungsgemäß verschlossenen und versperrten Raum befinden und alle vorhandenen Sicherheitseinrichtungen (Safe, Schränke usw.) genutzt werden.
 - e) Technische Geräte aller Art nebst Zubehör, Sportgeräte, Sport- und Jagdwaffen sind auch dann versichert, wenn sie in ordnungsgemäß verschlossenen und versperrten, nicht einsehbar Behältnissen einem Beförderungsunternehmen übergeben sind (ausgenommen Schmuck, Uhren und Pelze).
 - f) Bezüglich Kraftfahrzeug siehe Art. 14.
5. Gegenstände des persönlichen Reisebedarfs, die auf der Reise gekauft werden, sind bis zu 10% der Versicherungssumme in die Versicherung eingeschlossen.
6. Schäden an Geschenken und Reiseandenken, die auf der Reise erworben wurden, werden bis zu 10% der Versicherungssumme ersetzt.
7. Für die Wiederbeschaffung von Personalausweisen, Reisepässen, Kraftfahrzeugpapieren und sonstigen für die Reise benötigte Dokumente werden die anfallenden amtlichen Gebühren bis zur vereinbarten Versicherungssumme ersetzt.

8. Nicht versichert sind

- 8.1. Geld, Wertpapiere, Fahrkarten, Urkunden und Dokumente aller Art, Gegenstände mit vorwiegendem Kunst- oder Liebhaberwert, Prothesen jeder Art (die Wiederbeschaffung von Ausweispapieren ist jedoch gemäß Art. 11, Pkt. 7 versichert).
- 8.2. Gegenstände, die der Berufsausübung dienen, wie Handelswaren, Musterkollektionen, Werkzeuge, Instrumente und PCs.
- 8.3. motorisierte Land-, Luft- und Wasserfahrzeuge, Segelflugzeuge, Fallschirme, Hängegleiter, Paragleiter, Flugdrachen, Eissegler und Segelboote sowie deren Zubehör, Ersatzteile und Sonderausstattung.

Artikel 12

Welche Gefahren und Schäden sind versichert?

Versicherungsschutz besteht bei nachgewiesener Fremdeinwirkung, wenn versicherte Gegenstände abhandenkommen, zerstört oder beschädigt werden.

Artikel 13

Welche Schäden sind nicht versichert?

1. Der Versicherer leistet keinen Ersatz für Schäden, die
 - 1.1. verursacht werden durch die natürliche oder mangelhafte Beschaffenheit der versicherten Sachen, namentlich innerer Verderb und Bruch, Abnutzung, Verschleiß, mangelhafte Verpackung oder mangelhaften Verschluss von Gepäckstücken;
 - 1.2. verursacht werden durch Selbstverschulden wie Vergessen, Liegenlassen, Verlieren, Verlegen, Fallen-, Hängen- oder Stehenlassen sowie mangelhafte Verwahrung oder mangelhafte Beaufsichtigung
 - 1.3. eine Folge von Versicherungsfällen darstellen (z.B. Schlossänderungskosten, Sperrgebühren)
2. Neben diesen besonderen Ausschlüssen vom Versicherungsschutz sind die allgemeinen Ausschlüsse im Art. 4 geregelt.

Artikel 14

Was gilt für den Versicherungsschutz in Kraftfahrzeugen?

1. a) Versicherungsschutz gegen Einbruchdiebstahl aus unbeaufsichtigt abgestellten Kraftfahrzeugen oder Kfz-Anhängern besteht nur, soweit sich das Reisegepäck in einem allseits durch Metall, Hartkunststoff oder Glas fest umschlossenen und durch Verschluss gesicherten, versperrten Innen- bzw. Kofferraum befindet und alle vorhandenen Sicherheitseinrichtungen betätigt wurden.
 - b) Das in einem Kraftfahrzeug zurückgelassene Reisegepäck muss in einem Kofferraum verwahrt werden, sofern ein solcher vorhanden und die Aufbewahrung darin möglich ist. Es muss jedenfalls sichergestellt sein, dass das Reisegepäck von außen nicht einsehbar ist.
2. Bezieht der Versicherte lt. Art. 1, Pkt. 2.1 eine Unterkunft, so sind die in Art. 11, Pkt. 4 angeführten Gegenstände in die Unterkunft mitzunehmen. Benützt der Versicherte eine Unterkunftsstätte für mehr als eine Übernachtung, so ist für die Dauer der Übernachtung im Kraftfahrzeug oder dem Kfz-Anhänger zurückgelassenes Reisegepäck nicht versichert.
3. Wird das Kraftfahrzeug bzw. der Kfz-Anhänger in der Zeit von 21:00 Uhr bis 06:00 Uhr Ortszeit unbeaufsichtigt abgestellt (auch öffentliche Garage oder gebührenpflichtiger Parkplatz werden als unbeaufsichtigt angesehen), so besteht

für den Inhalt des Kraftfahrzeuges bzw. des Kfz-Anhängers Versicherungsschutz nur, wenn der Schaden nachweislich während einer Fahrtunterbrechung von nicht länger als zwei Stunden eingetreten ist.

Artikel 15

Was gilt für den Versicherungsschutz beim Camping?

1. Es besteht Versicherungsschutz für Schäden, die während des Zeltens oder Campierens auf einem offiziellen (von Behörden, Vereinen oder privaten Unternehmern eingerichteten) und international anerkannten Campingplatz eintreten.
2. Werden Gegenstände unbeaufsichtigt im Zelt, Kraftfahrzeug oder Wohnwagen zurückgelassen, so besteht Versicherungsschutz für Schäden durch Diebstahl, Einbruchdiebstahl sowie Sachbeschädigung durch Dritte nur, wenn
 - a) bei Zelten der Schaden nicht zwischen 21:00 Uhr und 06:00 Uhr Ortszeit eingetreten ist. Das Zelt muss verschlossen sein;
 - b) bei Kraftfahrzeugen oder Wohnwagen diese durch Verschluss und Schloss allseits ordnungsgemäß gesichert sind.
3. Die im Art. 11, Pkt. 4 angeführten Gegenstände sind nur versichert, solange sie
 - 3.1. in persönlichem Gewahrsam sicher mitgeführt oder
 - 3.2. der Aufsicht des Campingplatzes zur Aufbewahrung übergeben sind oder
 - 3.3. sich in einem allseits fest umschlossenen und durch Schloss gesicherten Kraftfahrzeug oder Wohnwagen (siehe auch Art. 14) auf einem Campingplatz befinden.
4. Bewegliches Camping-Inventar gilt als Reisegepäck im Sinne der Versicherung, fest im Wohnwagen oder Wohnmobil eingebautes Inventar fällt nicht unter die Reisegepäck-Versicherung.
5. Schäden, die während des Zeltens oder Campierens auf nicht offiziellen und international anerkannten Campingplätzen eintreten, sind nicht versichert.
6. Im Schadenfall hat der Versicherte lt. Art.1, Punkt 2.1 neben den in Art. 17 angeführten Maßnahmen unverzüglich die Leitung des Campingplatzes zu unterrichten und dem Versicherer eine schriftliche Bestätigung der Platzleitung über den Schaden vorzulegen.

Artikel 16

Welche Entschädigung leistet der Versicherer?

1. Im Versicherungsfall ersetzt der Versicherer bis zur vereinbarten Versicherungssumme
 - 1.1. für zerstörte oder abhanden gekommene Gegenstände den Zeitwert;
 - 1.2. für beschädigte reparaturfähige Gegenstände die notwendigen Reparaturkosten höchstens jedoch den Zeitwert;
 - 1.3. für Filme, Ton- und Datenträger und dgl. den Materialwert.
2. Als Zeitwert gilt derjenige Betrag, der allgemein erforderlich ist, um neue Gegenstände gleicher Art und Güte am Wohnort des Versicherten anzuschaffen, abzüglich eines dem Zustand der versicherten Gegenstände (Alter, Abnutzung, Mode, Gebrauch etc.) entsprechenden Betrages.
3. Reine Vermögensschäden werden nicht ersetzt (Siehe jedoch Art. 11, Pkt. 7)

**Artikel 17
Was muss der Versicherte
im Schadenfall unbedingt unternehmen?**

1. Schäden, die im Gewahrsam eines Beförderungsunternehmens oder Beherbergungsbetriebes eingetreten sind, müssen diesem unverzüglich gemeldet werden. Dem Versicherer ist hierüber eine Bescheinigung einzureichen. Bei äußerlich nicht erkennbaren Schäden ist das Beförderungsunternehmen unverzüglich nach der Entdeckung aufzufordern, den Schaden zu besichtigen und zu bescheinigen. Hierbei sind die jeweiligen Reklamationsfristen zu berücksichtigen.
2. Verletzt der Versicherte lt. Art. 1, Pkt. 2.1 eine der in den Versicherungsbedingungen enthaltenen Obliegenheiten, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, es sei denn, dass die Verletzung weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruht, § 6 VersVG bleibt unberührt.
3. Der Versicherer ist von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Versicherte lt. Art. 1, Pkt. 2.1 aus Anlass des Versicherungsfalles, insbesondere in der Schadenanzeige vorsätzlich unwahre Angaben macht, für den Schadenfall wesentliche Umstände verschweigt oder Beweismittel fälscht, auch wenn hierdurch dem Versicherer kein Nachteil entsteht.
4. Neben diesen besonderen Obliegenheiten sind die allgemeinen Obliegenheiten im Art. 5 geregelt.

**Artikel 18
Verzögerung bei der Auslieferung des Reisegepäcks
– was wird ersetzt?**

Die aufgrund verspäteter Gepäcksausfolgung (mindestens 4 Stunden) am Reiseziel notwendigen Auslagen für erforderliche Ersatzgegenstände des persönlichen Bedarfs (gilt nicht am Wohnsitz) werden bis zur vereinbarten Versicherungssumme ersetzt. Die Kosten der Ersatzkäufe müssen nachgewiesen werden.

**Artikel 19
Schibbruch-Versicherung
– was ist versichert?**

Mitversichert ist der Bruch von Schiern, Schibobs, Snowboards und dergleichen, einschließlich Bindung und Schistöcken beim bestimmungsgemäßen Gebrauch bis zur vereinbarten Versicherungssumme. Kosten für Mietschier infolge Bruchs der versicherten Schier werden bis zu 10% der vereinbarten Versicherungssumme für Schibbruch ersetzt. Längsrisse und Leimlösungen sind von der Versicherung ausgeschlossen. Schäden an Kanten, Lack und Belag werden nur als Folge von Schibbruch ersetzt. Dies gilt entsprechend für Schibobs, Snowboards und dergleichen.

**Artikel 20
Abschleppkosten-Versicherung
– welche Kosten werden ersetzt?**

Ein Versicherungsfall liegt vor, wenn der Karteninhaber als Lenker eines auf ihn oder ein Familienmitglied (lt. Art. 1, Pkt. 1.4) zugelassenen Personenkraftwagens oder Motorrades seine Fahrt aufgrund einer Panne (Brems-, Betriebs-, oder Bruchschadens) oder eines Unfalles nicht unmittelbar fortsetzen kann. Der Versicherer ersetzt die Kosten des Abtransportes des Kraftfahrzeuges bis zur nächsten Vertragswerkstätte bis zur vereinbarten Versicherungssumme.

**Artikel 21
Kfz-Rückholung
– was ist versichert?**

1. Versichert ist die durch die Pannenhilfe eines Automobilclubs oder einer Vertragsfirma eines Automobilclubs durchgeführte Rückholung des fahrunfähigen Fahrzeuges bis zur vereinbarten Versicherungssumme (Selbstbehalt: 20%)
 - 1.1. nach einem Unfall;
 - 1.2. nach einer Panne, sofern der Schaden auch nicht durch Übermittlung von Ersatzteilen an Ort und Stelle behoben werden kann;
 - 1.3. bei Krankheit oder unverschuldeter Fahrunfähigkeit des Lenkers auch dann, wenn keine Rückholung mittels Ambulanzfluges aus ärztlicher Sicht notwendig war.
2. Der Versicherungsschutz gilt für den Karteninhaber sowie den mit ihm im gemeinsamen Haushalt lebenden, mitreisenden Ehepartner (auch Lebensgefährte) lt. Art. 1, Pkt. 2.1 als Lenker des Kraftfahrzeuges.

**Artikel 22
Reiserückruf-Versicherung
– was ist versichert?**

Die notwendigen Kosten für die Verständigung eines auf Reise befindlichen Versicherten lt. Art. 1, Pkt. 2.1 werden unter der Voraussetzung übernommen, dass ein naher Angehöriger (Ehepartner, Lebensgefährte, Eltern, Schwiegereltern, Kinder, Enkelkinder, Geschwister) entweder unerwartet schwer erkrankt, oder einen schweren Unfall erleidet oder stirbt, oder am Eigentum des Versicherten ein erheblicher Schaden eintritt.

**Artikel 23
Außerplanmäßige Rückreisekosten nach
Österreich
– was ist versichert?**

1. Ein Versicherungsfall liegt vor, wenn der Versicherte eine Reise vorzeitig beenden oder verlängern muss und daher die gebuchte Rückreise nach Österreich nicht antreten kann:
 - 1.1. weil ein mindestens 5-tägiger Krankenhausaufenthalt aufgrund eines Ereignisses, das in der Behandlungskostenversicherung (Besonderer Teil II) versichert wäre, im Ausland notwendig war oder in Österreich bevorsteht;
 - 1.2. weil seine Anwesenheit in Österreich dringend erforderlich ist wegen plötzlich eintretender schwerer Erkrankung, schwerer gesundheitlicher Unfallfolgen oder Tod seines Ehepartners (Lebensgefährten) oder nahen Verwandten (Eltern, Kinder oder Geschwister).
2. Der Versicherer ersetzt die durch die vorzeitige oder verspätete Rückreise nach Österreich entstandenen zusätzlichen Fahrtkosten für alle Versicherten. Darunter sind jene Kosten zu verstehen, die durch Nichtverwendbarkeit oder nur teilweise Verwendbarkeit gebuchter Rückflugtickets oder sonstiger Fahrausweise entstehen, nicht jedoch Storno- und Rücktrittsgebühren – es werden die Kosten für das preis- günstigste in Betracht kommende Verkehrsmittel ersetzt.

**Artikel 24
Flugverspätungs-Mehrkostenversicherung
– was ist versichert?**

1. Die Flugverspätungs-Mehrkostenversicherung ersetzt bis zur vereinbarten Versicherungssumme
 - 1.1. bei einer Flugverspätung von mehr als vier Stunden
 - 1.2. bei Versäumen eines Anschlussfluges aufgrund einer

- Flugverspätung sowie
- 1.3. bei Versäumen eines Fluges aufgrund einer Verspätung eines öffentlichen Linienverkehrsmittels von mehr als einer Stunde

notwendig werdende Mehrausgaben für den persönlichen Bedarf. Wenn sich ein Flug verspätet oder aufgrund einer Verspätung des Fluges der Anschlussflug versäumt wird, ist dies durch eine Bestätigung der Fluglinie nachzuweisen. Belege für die entstandenen Mehrkosten sind dem Versicherer einzureichen.

2. Als Mehrkosten gelten:

- 2.1. Auslagen für eine zusätzlich erforderlich werdende Nächtigung und Verpflegungskosten
- 2.2. Kauf von Artikeln des persönlichen Bedarfs (z.B. Waschzeug, Pyjama, Hemd) falls bei einem Eintagesflug durch Verspätung eine auswärtige Nächtigung erforderlich wird.
- 2.3. Reisekosten zu einem anderen Flughafen (z.B. von Linz nach Wien), um von dort den Flug anzutreten.
- 2.4. Telefon- sowie andere Kosten der Benachrichtigung der Firma und/oder Familie.

II. Behandlungskosten-Versicherung: Bei Erkrankung / Unfall im Ausland

Artikel 25 Was ist versichert?

Für jeden Versicherungsfall werden Behandlungskosten, die während einer Reise im Ausland nach einem Unfall oder einer akut aufgetretenen Krankheit entstanden sind, ersetzt, sofern die Gesundheitsschädigung während der Reise eingetreten ist. Hierzu zählen auch die nach ärztlicher Verordnung notwendigen Kosten des Krankentransportes, des Aufenthaltes und der Verpflegung in einem Krankenhaus. Versicherter ist lt. Art. 1, Pkt. 2.2 ausschließlich der Karteninhaber.

Artikel 26 Welche Leistung wird erbracht?

1. Der Versicherer ersetzt 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 Heilbehandlungen in einem Krankenhaus. Das Krankenhaus im Aufenthaltsland muss allgemein als Krankenhaus anerkannt sein und unter ständiger ärztlicher Leitung und Betreuung stehen und sich nicht auf die Anwendung bestimmter Behandlungsmethoden beschränken.
 - 1.5. den Transport ins nächstgelegene Krankenhaus und einen medizinisch notwendigen vom Versicherer organisierten Verlegungstransport.
 - 1.6. bei Organisation durch den Versicherer einen medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten Rücktransport an den Wohnort bzw. in das dem Wohnort nächstgelegene Krankenhaus.
 - 1.7. Bei Ambulanzflügen mit Linienmaschinen aus dem

Ausland werden die Mehrkosten für ein mitreisendes Familienmitglied in unbegrenzter Höhe übernommen. Unter Mehrkosten sind jene Ausgaben zu verstehen, die durch die Nichtverwendbarkeit oder nur teilweise Verwendbarkeit gebuchter und bezahlter Rückflugtickets bzw. sonstiger Fahrausweise entstehen. Bei Ambulanzflügen mit Rettungsjet wird eine Begleitperson mitgenommen, falls ausreichend Platz im Flugzeug ist.

- 1.8. die Überführung des verstorbenen Versicherten zu dessen letztem Wohnort.
- 1.9. die notwendige Verlängerung eines Auslandsaufenthaltes infolge einer unaufschiebbaren medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung wegen Krankheit oder Unfall. Übernommen werden die Kosten für Nächtigung und Unterbringung bis zu 4 Tagen, maximal bis zur Höhe der Versicherungssumme.
2. Die Kosten für Leistungen gem. Art. 26, Pkt. 1.1 bis 1.6 werden nur ersetzt, soweit sie aus medizinischen Gründen erforderlich und unaufschiebbar sind.
3. Besteht hinsichtlich der Leistungen nach Art. 26, Pkt. 1.1 bis 1.5 für den Versicherten eine Sozialversicherung, so hat er dort seine Ansprüche geltend zu machen und an den Versicherer abzutreten. Unterlässt er dies, so reduziert sich die Ersatzleistung des Versicherers um 20% mindestens aber um EUR 75,-.

Artikel 27 Welche Leistungen sind nicht gedeckt?

Vom Versicherungsschutz nicht erfasst sind:

- a) geistige oder psychische Krankheit;
- b) Heilbehandlungen, die bereits vor Beginn des Versicherungsschutzes begonnen haben;
- c) Heilbehandlungen von chronischen Krankheiten, außer als Folge akuter Anfälle oder Schübe,
- d) Heilbehandlungen, die Zweck des Auslandsaufenthaltes sind,
- e) Zahnbehandlungen, die nicht der Erstversorgung zur unmittelbaren Schmerzbekämpfung dienen, sowie Zahnersatz,
- f) Schwangerschaftsunterbrechungen sowie Schwangerschaftsuntersuchungen und Entbindungen, ausgenommen jene vorzeitigen Entbindungen, die mindestens zwei Monate vor dem errechneten Geburtstermin erfolgen,
- g) Kosmetische Behandlungen, Kurbehandlungen und Rehabilitationsmaßnahmen,
- h) ambulante Behandlungen, wie unter anderem Nachbehandlungen, Physiotherapie, Akupunktur, Impfungen, Routine- oder Vorsorgeuntersuchungen,
- i) Prophylaktische Impfungen,
- j) Unfallfolgen aus der aktiven Teilnahme gegen Entgelt an öffentlich stattfindenden Wettbewerben und dem Training hierzu.

Artikel 28 Was ist im Schadenfall unbedingt zu unternehmen?

1. Der Versicherte lt. Art. 1, Pkt. 2.2 ist verpflichtet, den Versicherungsfall dem Versicherer ehestmöglich zu melden, jedenfalls spätestens zum Zeitpunkt der Leistungsanspruchnahme entsprechend des Leistungsumfanges lt. Art. 26.
2. Neben dieser besonderen Obliegenheit sind die allgemeinen Obliegenheiten im Art. 5 geregelt.

III. Reiseunfall-Versicherung

Artikel 29

Was ist versichert?

Der Versicherer bietet Versicherungsschutz, wenn dem Versicherten auf einer Reise ein Unfall zustößt. Versicherte Person in der Reiseunfall-Versicherung ist lt. Art. 1, Pkt. 2.2 ausschließlich der Karteninhaber.

Artikel 30

Wie ist der Begriff des Unfalls definiert?

Ein Unfall liegt vor, wenn der Versicherte durch ein plötzlich von außen auf seinen Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung oder den Tod erleidet.

Als Unfall gelten auch folgende Ereignisse:

Verrenkungen von Gliedern sowie Zerrungen und Zerreißen von an Gliedmaßen und an der Wirbelsäule befindlichen Muskeln, Sehnen, Bändern und Kapseln sowie Meniskusverletzungen infolge plötzlicher Abweichung vom geplanten Bewegungsablauf. Weiters gelten auch als Unfall:

- a) Folgen der unabsichtlichen Einnahme von für den Verzehr nicht vorgesehener Stoffe.
- b) Folgen des Verschluckens von Gegenständen bei Kindern bis zum 6. Geburtstag.
- c) Unfälle, die sich in Folge eines Herzinfarktes oder Schlaganfalles ereignen. Ein Herzinfarkt oder Schlaganfall gilt in keinem Fall als Unfallfolge.

1. Krankheiten gelten nicht als Unfälle, übertragbare Krankheiten auch nicht als Unfallfolgen. Dies gilt nicht für Wundstarrkrampf und Tollwut, verursacht durch einen Unfall.
2. Der Versicherungsschutz gilt auch für Unfälle, die dem Versicherten als Fluggast in Motorflugzeugen, welche für die Personenbeförderung zugelassen sind, zustoßen.
Als Fluggast gilt, wer weder mit dem Betrieb des Luftfahrzeuges in ursächlichem Zusammenhang steht, noch Besatzungsmitglied ist oder ein Luftfahrzeug zur Ausübung einer beruflichen Tätigkeit verwendet.

Artikel 31

Sachliche Begrenzungen des Versicherungsschutzes

1. Eine Versicherungsleistung wird vom Versicherer nur für die durch den eingetretenen Unfall hervorgerufenen Folgen (körperliche Schädigung oder Tod) 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.
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 vermindern, 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 vom

Versicherer nur dann 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 sind und nicht anlagebedingt waren.

7. Fluggastrisiko: Benützen mehrere im Reiseschutz der Mastercard/Visa Gold Kreditkartenversicherung Versicherte lt. Art. 1., Pkt. 2 dasselbe Flugzeug, so gilt für das Fluggastrisiko ein Betrag von EUR 3 Mio. als Höchstgrenze der Versicherungsleistungen. Überschreitet die Summe der Ansprüche dieser Versicherten den Betrag von EUR 3 Mio., so wird die Leistung für jeden einzelnen Versicherten im Verhältnis der Summe der vertraglichen Einzelsprüche zu diesem Betrag gekürzt.

Artikel 32

Was ist nicht versichert?

1. Ausgeschlossen sind Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper des Versicherten, soweit nicht ein Versicherungsfall hierzu Anlass war.
2. Neben diesem besonderen Ausschluss vom Versicherungsschutz sind die allgemeinen Ausschlüsse im Artikel 4 geregelt.

Artikel 33

Was ist vor und nach Eintritt des Versicherungsfalles zu tun? Welche Obliegenheiten bestehen?

1. Obliegenheiten vor Eintritt des Versicherungsfalles: Als Obliegenheit, deren Verletzung die Leistungsfreiheit des Versicherers gemäß § 6 Abs 2 VersVG bewirkt, wird bestimmt, dass der Versicherte die jeweilige kraftfahrrechtliche Berechtigung, die zum Lenken dieses oder eines typengleichen Kraftfahrzeuges erforderlich wäre, besitzt; dies gilt auch dann, wenn das Fahrzeug nicht auf Straßen mit öffentlichem Verkehr gelenkt wird.
2. Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalles: Als Obliegenheiten, deren Verletzung die Leistungsfreiheit des Versicherers gemäß § 6 Abs 3 VersVG bewirkt, werden bestimmt:
 - 2.1. Ein Unfall ist dem Versicherer unverzüglich, spätestens innerhalb einer Woche, schriftlich anzuzeigen.
 - 2.2. Ein Todesfall ist dem Versicherer innerhalb von 3 Tagen anzuzeigen, und zwar auch dann, wenn der Unfall bereits gemeldet ist.
 - 2.3. Dem Versicherer ist das Recht einzuräumen, die Leiche durch Ärzte obduzieren und nötigenfalls exhumieren zu lassen.
 - 2.4. 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.
 - 2.5. Die schriftliche Unfallanzeige ist dem Versicherer unverzüglich zuzusenden; außerdem sind dem Versicherer alle verlangten sachdienlichen Auskünfte zu erteilen. Weitere Personenversicherungen sind dem Versicherer bekanntzugeben.

- 2.6. Der behandelnde Arzt oder die behandelnde Krankenanstalt sowie diejenigen Ärzte oder Krankenanstalten, von denen der Versicherte aus anderen Anlässen behandelt oder untersucht worden ist, sind zu ermächtigen und aufzufordern, die von dem Versicherer verlangten Auskünfte zu erteilen und Berichte zu liefern. Ist der Unfall einem Sozialversicherer gemeldet, so ist auch dieser im vorstehenden Sinne zu ermächtigen.
- 2.7. Die mit dem Unfall befassten Behörden sind zu ermächtigen und zu veranlassen, die vom Versicherer verlangten Auskünfte zu erteilen.
- 3. Der Versicherer kann verlangen, dass sich der Versicherte durch die vom Versicherer bezeichneten Ärzte untersuchen lässt.
- 4. Neben diesen besonderen Obliegenheiten sind die allgemeinen Obliegenheiten im Art. 5 geregelt.

**Artikel 34
Dauernde Invalidität – was ist versichert?**

- 1. Voraussetzung für die Leistung ist:
 - a) Der Versicherte ist durch den Unfall auf Dauer in seiner körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt.
 - b) Die Invalidität ist innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten und von einem Arzt schriftlich festgestellt und bei dem Versicherer geltend gemacht worden.

Kein Anspruch auf Invaliditätsleistung besteht, wenn der Versicherte unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall stirbt.
- 2. Für die Leistungsfeststellung gilt:
 - 2.1. Ergibt sich innerhalb eines Jahres vom Unfalltag an gerechnet, dass als Folge des Unfalles eine dauernde Invalidität von mindestens 50% zurückbleibt, wird aus der Reiseunfallversicherung 100% der vereinbarten Versicherungssumme geleistet. Für einen Invaliditätsgrad unter 50% wird keine Leistung erbracht.

Bei völligem Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane gelten ausschließlich, soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, die folgenden Invaliditätsgrade

eines Armes	70%
eines Daumens	20%
eines Zeigefingers	10%
eines anderen Fingers	5%
eines Beines	70%
einer großen Zehe	5%
einer anderen Zehe	2%
der Sehkraft beider Augen	100%
der Sehkraft eines Auges	40%
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	7%
der Stimme	30%
der Milz	10%
der Niere	20%

Bei Verlust oder Funktionsbeeinträchtigung der zweiten Niere vor Eintritt des Versicherungsfalles oder als

Unfallfolge, ist Artikel 34 Pkt. 3, Dauernde Invalidität, anzuwenden.

- 2.2. Bei Teilverlust oder Funktionsbeeinträchtigung gilt der entsprechende Teil des jeweiligen Prozentsatzes.
- 3. Für andere Körperteile und Sinnesorgane bemisst sich der Invaliditätsgrad danach, inwieweit die normale körperliche oder geistige Funktionsfähigkeit insgesamt beeinträchtigt ist. Dabei sind ausschließlich medizinische Gesichtspunkte zu berücksichtigen. Waren betroffene Körperteile oder Sinnesorgane oder deren Funktion bereits vor dem Unfall dauernd beeinträchtigt, wird der Invaliditätsgrad um die Vorinvalidität gemindert.
- 4. Sind mehrere Körperteile oder Sinnesorgane durch den Unfall beeinträchtigt, werden die nach den vorstehenden Bestimmungen ermittelten Invaliditätsgrade zusammengerechnet. Mehr als 100 % werden jedoch nicht berücksichtigt.
- 5. Für einen Invaliditätsgrad unter 50% wird keine Leistung erbracht. Sollte sich durch Vorerkrankung oder Vorgebrechen in Anwendung des Art. 34, Pkt. 3 der unfallkausale Invaliditätsgrad auf weniger als 50% vermindern, erfolgt keine Leistung.
- 6. Im ersten Jahr nach dem Unfall wird eine Invaliditätsleistung vom Versicherer nur erbracht, wenn Art und Umfang der Unfallfolgen aus ärztlicher Sicht eindeutig feststehen.
- 7. Steht der Grad der 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.
- 8. Stirbt der Versicherte
 - 8.1. unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall, besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung.
 - 8.2. aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach dem Unfall, ist nach dem Grad der dauernden Invalidität zu leisten, mit dem aufgrund der zuletzt erstellten ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.
 - 8.3. unfallbedingt oder aus unfallfremder Ursache später als ein Jahr nach dem Unfall, ist ebenfalls nach dem Grad der dauernden Invalidität zu leisten, mit dem aufgrund der zuletzt erstellten ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

**Artikel 35
Todesfall – was ist versichert**

- 1. Tritt innerhalb eines Jahres vom Unfalltag an gerechnet der Tod als Folge des Unfalles ein, wird die für den Todesfall versicherte Summe gezahlt.
- 2. Auf die Todesfallleistung werden nur Zahlungen, die für dauernde Invalidität lt. Art. 34 aus demselben Ereignis geleistet worden sind, angerechnet. Einen Mehrbetrag an Leistung für dauernde Invalidität kann der Versicherer nicht zurückverlangen.
- 3. Für Personen unter 15 Jahren werden im Rahmen der Versicherungssumme nur die aufgewendeten angemessenen Begräbniskosten ersetzt. Der Ersatz der Begräbniskosten wird an den Überbringer der Originalrechnung geleistet.

Artikel 36

Wann ist die Leistung des Versicherers fällig?

Der Versicherer ist verpflichtet, innerhalb eines Monats, 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, welche der anspruchserhebende Versicherte zur Feststellung des Unfallherganges und der Unfallfolgen und über den Abschluss des Heilverfahrens beizubringen hat.

Artikel 37

Wie sieht das Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten aus? (Ärzteliste)

1. Im Fall von Meinungsverschiedenheiten über Art und Umfang der Unfallfolgen oder darüber, in welchem Umfang die eingetretene Beeinträchtigung auf den Versicherungsfall zurückzuführen ist, entscheidet die Ärztekommision. Auch über die Beeinflussung der Unfallfolgen durch Krankheiten oder Gebrechen entscheidet die Ärztekommision.
2. In den nach Pkt. 1 der Ärztekommision zur Entscheidung vorbehaltenen Meinungsverschiedenheiten kann der Anspruchsberechtigte innerhalb von 6 Monaten nach Zugang der Erklärung des Versicherers ob und in welcher Höhe der Versicherer seine Leistungspflicht anerkennt (Fälligkeit der Leistung des Versicherers) Widerspruch erheben und mit Vorlage eines medizinischen Gutachtens unter Bekanntgabe seiner Forderung die Entscheidung der Ärztekommision beantragen.
3. Das Recht, die Entscheidung der Ärztekommision zu beantragen, steht auch dem Versicherer zu.
4. Für die Ärztekommision bestimmen der Anspruchsberechtigte und der Versicherer je einen in der österreichischen Ärzteliste eingetragenen Arzt mit ius practicandi (Recht zur Berufsausübung). Wenn eine der beiden Parteien innerhalb von zwei Wochen nach schriftlicher Aufforderung keinen Arzt benennt, wird dieser von der österreichischen 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 ein für den Versicherungsfall zuständiger medizinischer Sachverständiger durch die österreichische Ärztekammer als Obmann bestellt.
5. 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 ihre Tätigkeit ein Protokoll zu führen; in diesem ist die Entscheidung schriftlich zu begründen.

Einigen sich die Ärzte nicht, hat jeder Arzt seine Auffassung im Protokoll gesondert darzustellen. Ist eine Entscheidung durch den Obmann erforderlich, begründet auch er sie in einem Protokoll. Die Akte des Verfahrens werden vom Versicherer verwahrt.
6. Die Entscheidung der Ärztekommision ist dann nicht verbindlich, wenn sie offenbar von der wirklichen Sachlage erheblich abweicht. Die Feststellung erfolgt in diesem Fall durch gerichtliches Urteil. Das Gleiche gilt, wenn die Sachverständigen die Feststellung nicht treffen können oder wollen oder sie verzögern.

7. Die Kosten der Ärztekommision werden von ihr festgesetzt und sind im Verhältnis des Obsiegens der beiden Parteien zu tragen. Im Fall des Pkt. 2, trägt derjenige die Kosten, der die Neufeststellung verlangt hat. Der Anteil der Kosten, den der Anspruchsberechtigte zu tragen hat, ist mit 5% der für Tod und Invalidität zusammen versicherten Summe, höchstens jedoch mit 50% des strittigen Betrages, begrenzt.

Artikel 38

Bergungskosten

Das sind die Kosten die notwendig waren, wenn der Versicherte lt. Art. 1, Pkt. 2.2:

- a) einen Unfall erlitten hat oder in Berg- oder Wassernot geraten ist und verletzt oder unverletzt geborgen werden muss;
- b) durch einen Unfall oder infolge Berg- oder Wassernot den Tod erleidet und seine Bergung erfolgen muss.

Bergungskosten sind die nachgewiesenen Kosten des Suchens nach dem Versicherten und seinem Transport bis zur nächsten befahrbaren Straße oder bis zum, dem Unfallort nächstgelegenen, Spital.

Artikel 39

Hubschrauberprimärrettungskosten

Nur bei medizinischer Notwendigkeit ab NACA 3 (beschreibt den Grad einer Verletzung) werden zusätzlich zu den Bergungskosten die tatsächlich aufgewendeten Kosten einer Bergung mittels Rettungshubschrauber ersetzt. Die medizinische Notwendigkeit gilt jedenfalls bei Organisation durch die Rettungsleitstelle als gegeben.

Artikel 40

Rückholkosten nach einem Unfall

Das sind die unfallbedingten Kosten eines medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten Verletztentransportes mittels einer vom Versicherer beauftragten Organisation, wenn der Versicherte auf einer Reise außerhalb Österreichs verunfallt ist und von der Unfallstelle bzw. dem Krankenhaus, in das er eingeliefert wurde, an seinen Wohnort bzw. zu seinem Wohnort nächstgelegenen Krankenhaus gebracht wird. Bei Ambulanzflügen mit Linienmaschinen aus dem Ausland werden die Mehrkosten für ein mitreisendes Familienmitglied in unbegrenzter Höhe übernommen. Unter Mehrkosten sind jene Ausgaben zu verstehen, die durch die Nichtverwendbarkeit oder nur teilweise Verwendbarkeit gebuchter und bezahlter Rückflugtickets bzw. sonstiger Fahrausweise entstehen. Bei Ambulanzflügen mit Rettungsjet wird eine Begleitperson mitgenommen, falls ausreichend Platz im Flugzeug ist.

Artikel 41

Überführungskosten bei Todesfall

Bei einem tödlichen Unfall werden die nachgewiesenen Kosten der Überführung des verstorbenen Versicherten lt. Art. 1, Pkt. 2.2 zu dessen letzten Wohnort bezahlt. IV. Privathaftpflichtversicherung

Artikel 42

Was gilt als Versicherungsfall?

1. Als Versicherungsfall gilt ein Schadenereignis, das vom Versicherten und mitreisenden Familienmitgliedern lt. Art. 1, Pkt. 2.1 als Privatperson während einer Reise verursacht wird und aus welchem dem Versicherten Schadenersatzverpflichtungen erwachsen oder erwachsen könnten. Eingeschlossen sind Mietsachschäden an vorübergehend (max. 90 Tage) zu Wohnzwecken oder sonstigen privaten Zwecken angemieteten Räumen wie Hotelzimmer oder Ferienwohnungen.

Ausgeschlossen sind Haftpflichtansprüche wegen

- a) Abnutzung, Verschleiß und übermäßiger Beanspruchung;
 - b) Schäden an Heizungs-, Maschinen-, Kessel- und Warmwasseraufbereitungsanlagen sowie an Elektro- und Gasgeräten;
2. Mehrere auf derselben oder gleichartigen Ursache beruhende Schadenereignisse gelten als ein Versicherungsfall.

Artikel 43

Wie sieht der Versicherungsschutz aus?

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 Schadenersatzverpflichtungen genannt). Reine Vermögensschäden sind nicht versichert.
 - 1.2. die Kosten der Feststellung und der Abwehr einer von einem Dritten behaupteten Schadenersatzverpflichtung.
2. Personenschäden sind die Gesundheitsschädigung, Körperverletzung oder Tötung von Menschen. Sachschäden sind die Beschädigung oder die Vernichtung, nicht jedoch Verlust oder Abhandenkommen von körperlichen Sachen. Verlust, Veränderung oder Nichtverfügbarkeit von Daten auf elektronischen Speichermedien gelten nicht als Sachschäden.
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 nicht berufsmäßiger Sportausübung, ausgenommen die Jagd;
 - 3.3. aus erlaubtem Besitz von Hieb-, Stich- und Schusswaffen und aus deren Verwendung als Sportgerät und für Zwecke der Selbstverteidigung;
 - 3.4. aus Haltung von Kleintieren, ausgenommen Hunde und exotische Tiere;
 - 3.5. aus gelegentlicher Verwendung, nicht jedoch aus Haltung von Elektro- und Segelbooten, vorausgesetzt der Lenker besitzt die zur Benützung des Bootes erforderliche Lenkerberechtigung;
 - 3.6. aus der Haltung und Verwendung von sonstigen nicht motorisch angetriebenen Wasserfahrzeugen sowie von nicht motorisch angetriebenen Schiffsmodellen (letztere bis 5 kg);
 - 3.7. aus der Haltung und Verwendung von sonstigen nicht motorisch angetriebenen Flugmodellen bis zu einem Fluggewicht von 5 kg.
 - 3.8. aus der Beschädigung (ausgenommen Abnutzungs- und Verschleißschäden und übermäßige Beanspruchung) von bis zu einer Mietdauer von höchstens 90 Tagen gemieteten Wohnräumen und sonstigen gemieteten Räumen sowie des darin befindlichen Inventars (ausgenommen Schäden an Heizungs-, Maschinen-, Kessel- und Warmwasseraufbereitungsanlagen sowie Elektro- und Gasgeräten).

Artikel 44

Welche Leistungen sind versichert?

1. Die Versicherungssumme gilt pauschal 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.

Artikel 45

Was ist nicht versichert?

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 Anhängern, die ein behördliches Kennzeichen tragen bzw. nach den in Österreich geltenden Bestimmungen tragen müssten.
 - 1.3. Land- oder Wasserfahrzeugen oder deren Anhängern, die ein behördliches Kennzeichen tragen bzw. nach den in Österreich geltenden Bestimmungen tragen müssten;
 - 1.4. motorisch angetriebenen Wasserfahrzeugen
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. Erfüllung von Verträgen und die an deren Stelle tretende Ersatzleistung;
 - 2.3. Schäden, die dem Versicherten selbst und dessen Angehörigen (Ehepartner, 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 oder Störung der Umwelt
 - 2.5. Schäden, die in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit Auswirkungen von Atomenergie, Asbest oder asbesthaltigen Materialien, elektromagnetischen Feldern oder Veränderungen des Erbguts von menschlichen Keimzellen oder Embryonen oder gentechnisch veränderten Organismen stehen oder darauf zurückzuführen sind.
 - 2.6. Schäden, die vom Versicherten durch Übertragung von ansteckenden Krankheiten verursacht wurden
3. Schäden, die im Zusammenhang mit einer psychischen Erkrankung des Versicherten stehen.
4. Die Versicherung erstreckt sich nicht auf Schadenersatzverpflichtungen wegen Schäden an
 - 4.1. Sachen, die der Versicherte oder die für ihn handelnden Personen entliehen, gemietet, geleast, gepachtet oder in Verwahrung genommen haben;
 - 4.2. Sachen, die bei oder infolge ihrer Benützung, Beförderung, Bearbeitung oder sonstigen Tätigkeit an

oder mit ihnen entstehen;

- 4.3. Sachen, die durch allmähliche Emission oder allmähliche Einwirkung von Temperatur, Gasen, Dämpfen, Flüssigkeiten, Feuchtigkeit oder nicht atmosphärischen Niederschlägen, nukleare Ereignisse sowie Verseuchung durch radioaktive Stoffe entstehen.
5. Schadenersatzverpflichtungen aus Verlust oder Abhandenkommen körperlicher Sachen sind nicht gedeckt.
6. Schadenereignisse, deren Ursache in die Zeit vor Versicherungsbeginn fällt, sind nicht gedeckt.
7. Neben diesen besonderen Ausschlüssen vom Versicherungsschutz sind die allgemeinen Ausschlüsse im Art. 5 geregelt.

Artikel 46

Was ist im Schadenfall vom Versicherten unbedingt zu tun?

Der Versicherte hat alles ihm Zumutbare zu tun, um Ursachen, Hergang und Folgen des Versicherungsfalles aufzuklären und den entstandenen Schaden gering zu halten. Er hat den Versicherer umfassend und unverzüglich, spätestens innerhalb einer Woche ab Kenntnis, schriftlich zu informieren, falls erforderlich auch fernmündlich oder fernschriftlich.

Der Versicherte hat dem Versicherer insbesondere anzuzeigen:

1. den Versicherungsfall;
2. die Geltendmachung einer Schadenersatzforderung;
3. die Zustellung einer Strafverfügung sowie die Einleitung eines Straf-, Verwaltungsstraf- oder Disziplinarverfahrens gegen den Versicherten;
4. alle Maßnahmen Dritter zur gerichtlichen Durchsetzung von Schadenersatzforderungen. Es sind alle Vorkehrungen zu veranlassen, die zur Aufklärung des Tatbestandes, Beweissicherung und Minderung des Schadens beitragen. Es ist jedes Ereignis, das einen Schaden verursacht hat, jeder Anspruch, der tatsächlich erhoben wird, jede gerichtliche oder polizeiliche Maßnahme dem Versicherer zu melden. Der Entscheidung des Versicherers über die Haftpflichtfrage ist nicht vorzugreifen, insbesondere durch Anerkennung oder Befriedigung der Ansprüche des Geschädigten, da dadurch der Versicherungsschutz gefährdet wird. Neben diesen besonderen Obliegenheiten sind die allgemeinen Obliegenheiten im Art. 5 geregelt.

Artikel 47

Bevollmächtigung des Versicherers

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

V. Reise-Stornoversicherung

Artikel 48

Was ist versichert?

Die vom Versicherten bzw. mitreisenden Familienmitgliedern lt. Art. 1, Pkt. 2.1 dem Reiseunternehmen oder Vermieter vertraglich geschuldeten Rücktrittskosten, maximal jedoch die vertraglich vereinbarte Versicherungssumme. Allfällige Rückerstattungen oder Ersatzleistungen an den Versicherten

werden von den Forderungen an den Versicherer abgezogen. Versichert sind zwei Stornofälle pro Jahr.

Artikel 49

Welche Ereignisse sind versichert?

1. Versicherte Ereignisse sind:

- 1.1. Plötzlich eintretende schwere Krankheit, schwerer Unfall oder Tod des Versicherten
- 1.2. Verschlechterung eines bestehenden Leidens des Versicherten, vorausgesetzt es lag bei Buchung und Versicherungsabschluss die ärztlich bestätigte Beschwerdefreiheit vor.
- 1.3. Schwangerschaft der Versicherten
- 1.4. Impfunverträglichkeit des Versicherten
- 1.5. Unerwartete Kündigung des Versicherten durch den Arbeitgeber
- 1.6. Unerwartete Einberufung des Versicherten zum ordentlichen Präsenzdienst für die Zeit der gebuchten Reise
- 1.7. Einreichung der Scheidungsklage durch den Ehepartner des Versicherten
- 1.8. Wenn ein Elementarschaden oder Einbruchdiebstahl das Eigentum des Versicherten am Wohnort schwer beeinträchtigt und deshalb dessen Anwesenheit unerlässlich ist
- 1.9. Wenn der Versicherte die Matura vor einer unmittelbar danach geplanten versicherten Reise nicht besteht
- 1.10. Plötzlich eintretende schwere Krankheit, schwerer Unfall oder Tod einer der folgenden Personen: Ehepartner/Lebensgefährten, Eltern, Schwiegereltern, Kinder, Schwiegerkinder, Geschwister, Großeltern, Enkel, Schwager und Schwägerin des Versicherten
- 1.11. Für bis zu sechs Personen, die gemeinsam eine Reise gebucht haben und versichert sind, liegt auch dann ein Versicherungsfall vor, wenn einer der Gründe gemäß Pkt. 1.1 bis 1.10 nur für eine von diesen sechs Personen eintritt.

Artikel 50

In welchen Fällen besteht kein Versicherungsschutz?

1. Wenn ein Ereignis oder Leiden zum Zeitpunkt des Versicherungsabschlusses oder bei Buchung bereits eingetreten war oder voraussehbar gewesen ist.
2. Wenn der Reiseunternehmer vom Reisevertrag zurücktritt.

Artikel 51

Was ist im Schadenfall vom Versicherten unbedingt zu tun?

1. Die Obliegenheiten lt. Art. 5 sind einzuhalten.
2. Sobald ein versichertes Ereignis bekannt wird, ist – bei sonstigem Verlust des Entschädigungsanspruches – die Buchungsstelle (Reiseunternehmen) unverzüglich zu benachrichtigen.
3. Dem Versicherer sind alle für die Begründung des Entschädigungsanspruches notwendigen Angaben zu machen und alle erforderlichen Beweismittel auf Kosten des Versicherten zur Verfügung zu stellen.

Artikel 52

Welche Entschädigung leistet der Versicherer?

Bei Eintritt eines versicherten Ereignisses lt. Art. 49 werden die vertraglichen Rücktrittskosten bis zur vereinbarten Versicherungssumme übernommen (die Ansprüche der mitreisenden, versicherten Familienmitglieder lt. Art. 1, Pkt. 2.1 eingerechnet).

ANHANG

Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz (VersVG in der Fassung BGBl I Nr 34/2012)

§ 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.