

VERTRAGSRUNDLAGEN - BESONDERE BEDINGUNGEN DER RÜCKHOL- UND BERGKOSTENVERSICHERUNG FÜR BUSREISEN DES ÖÖ SENIORENBUNDES - SBBR2015

Inhaltsverzeichnis

- Art. 1: Gegenstand der Versicherung
- Art. 2: Versicherungsfall
- Art. 3: Örtlicher Geltungsbereich
- Art. 4: Zeitlicher Geltungsbereich
- Art. 5: Leistungen
- Art. 6: Fälligkeit unserer Leistung und Verjährung
- Art. 7: Ausschlüsse
- Art. 8: Obliegenheiten
- Art. 9: Gerichtsstand
- Art. 10: Form der Erklärungen
- Art. 11: Anwendbares Recht

Anhang: Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz

Artikel 1 - Gegenstand der Versicherung

Wir bieten Versicherungsschutz für Kosten wegen notwendiger Bergung, Rücktransport oder Überführung infolge eines Unfalles oder schweren Krankheit der versicherten Person.

Artikel 2 - Versicherungsfall

Versicherungsfall ist der Eintritt eines Unfalles, einer schweren Krankheit oder der Todesfall.

1. Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.
2. 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.
3. Als schwere Krankheit im Sinne dieser Bedingungen gelten:
Herzinfarkt, Schlaganfall, akutes Nierenversagen sowie eine vergleichbare schwere Krankheit, die eine sofortige medizinische stationäre Krankenhausbehandlung erfordert.

Artikel 3 - Örtlicher Geltungsbereich

Die Versicherung gilt bei abgeschlossener **Variante 1** in Österreich und den unmittelbar angrenzenden Ländern (Deutschland, Tschechien, Slowakei, Ungarn, Slowenien, Italien, Liechtenstein, Schweiz) sowie in Kroatien.

Bei abgeschlossener **Variante 2** besteht zusätzlich Versicherungsschutz in den Ländern Frankreich, Belgien, Spanien, Monaco, Luxemburg und Andorra.

Artikel 4 - Zeitlicher Geltungsbereich

Die Versicherung erstreckt sich auf Versicherungsfälle, die während der Wirksamkeit des Versicherungsschutzes eingetreten sind. Der Versicherungsschutz wird mit der Einzahlung des Zahlscheines wirksam und gilt für die beantragte Reisedauer.

Artikel 5 - Leistungen

1. Bergungskosten/Hubschrauberkosten

Ersetzt werden die nachgewiesenen Kosten (bis zur vereinbarten Versicherungssumme), die notwendig werden, wenn der Versicherte einen Unfall erlitten hat, in Berg- oder Wassernot geraten ist oder aufgrund einer schweren Krankheit geborgen werden muss. Versicherungsschutz besteht auch, wenn der Versicherte durch einen Unfall oder infolge von Berg- oder Wassernot oder aufgrund einer schweren Krankheit den Tod erleidet und seine Bergung erfolgen muss.

2. Rücktransportkosten

Versichert sind die nachgewiesenen Transportkosten bei einem ärztlich empfohlenen Rücktransport mittels Rettungswagen bei medizinisch notwendiger stationärer Krankenhausbehandlung außerhalb Ihres Wohnortes - in Folge Beeinträchtigung wegen Unfall oder schwerer Krankheit - in das dem Wohnsitz nächstgelegene Krankenhaus.

Voraussetzung dafür ist die Transportfähigkeit des Versicherten; Überstellungsflüge sind nicht versichert.

3. Überführungskosten

Wenn der Versicherte infolge eines Unfalles oder einer schweren Krankheit den Tod erleidet, werden die nachgewiesenen Kosten der Überführung des Toten zu dessen letzten Wohnsitz in Österreich ersetzt.

4. Kostenersatz

Die in Artikel 5, Pkt.1-3 angeführten Leistungen werden von uns ersetzt, sofern nicht von einem Sozialversicherungsträger oder von einem sonstigen Leistungsträger Ersatz zu leisten ist.

Artikel 6 - Fälligkeit unserer Leistung und Verjährung (§ 12 VersVG)

1. Unsere Geldleistungen werden mit Beendigung der Erhebungen fällig, die zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung nötig sind.
2. Die Fälligkeit tritt jedoch unabhängig davon ein, wenn Sie nach Ablauf zweier Monate seit dem Begehren nach einer Geldleistung eine Erklärung von uns verlangen, aus welchen Gründen die Erhebungen noch nicht beendet werden konnten, und wir diesem Verlangen nicht binnen eines Monats entsprechen.
3. Steht unsere Leistungspflicht fest, lässt sich aber aus Gründen, die Sie nicht verschuldet haben, die Höhe der Versicherungsleistung innerhalb eines Monats nach Eingang der Schadensanzeige nicht feststellen, haben wir auf Ihr Verlangen angemessene Vorschüsse zu leisten.
4. Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Steht der Anspruch einem Dritten zu, so beginnt die Verjährung zu laufen, sobald diesem sein Recht auf die Leistung des Versicherers bekanntgeworden ist; ist dem Dritten dieses Recht nicht bekanntgeworden, so verjähren seine Ansprüche erst nach zehn Jahren.

Artikel 7 - Ausschlüsse

Ausgeschlossen von der Versicherung sind Versicherungsfälle:

1. die beim Versuch oder der Begehung gerichtlich strafbarer Handlungen durch die versicherte Person eintreten, für die Vorsatz Tatbestandsmerkmal ist;
2. die unmittelbar oder mittelbar mit Kriegereignissen jeder Art zusammenhängen;
3. durch innere Unruhen, wenn die versicherte Person daran auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;
4. die mittelbar oder unmittelbar
 - durch jegliche Einwirkung von Nuklearwaffen, chemischen oder biologischen Waffen,
 - durch Kernenergie,
 - oder durch den Einfluss ionisierender Strahlen im Sinne der jeweils geltenden Fassung des Strahlenschutzgesetzes,
 - außer jene, die durch Heilbehandlungen aufgrund eines Versicherungsfalles veranlasst waren, verursacht werden;
5. welche die versicherte Person infolge einer wesentlichen Beeinträchtigung ihrer psychischen Leistungsfähigkeit durch Alkohol, Suchtgifte oder Medikamente sowie durch epileptische Anfälle erleidet.

Eine wesentliche Beeinträchtigung der psychischen Leistungsfähigkeit durch Alkohol liegt jedenfalls ab einem Blutalkoholgehalt von 0,8 ‰ im Zeitpunkt des Versicherungsfalles vor. Eine Verweigerung des Alkohol-Tests oder der Blutabnahme zur Feststellung des Blutalkoholgehaltes wird einer wesentlichen Beeinträchtigung der psychischen Leistungsfähigkeit gleichgestellt.

Artikel 8 - Obliegenheiten

Nachstehende Verpflichtungen werden als Obliegenheiten, die nach Eintritt des Versicherungsfalles uns gegenüber zu erfüllen sind, vereinbart und zwar:

1. Ein Versicherungsfall ist uns unverzüglich, spätestens innerhalb einer Woche, in geschriebener Form anzuzeigen, außerdem sind uns alle verlangten sachdienlichen Auskünfte zu erteilen.
2. 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 uns verlangten Auskünfte gemäß § 11a VersVG (siehe Anhang) zu erteilen und Berichte zu liefern.
3. Die mit dem Versicherungsfall befassten Sozialversicherer und Behörden sind zu ermächtigen und zu veranlassen, die von uns verlangten Auskünfte gemäß § 11a VersVG (siehe Anhang) zu erteilen.

Es wird vereinbart, dass die Verletzung dieser Verpflichtungen zu unserer Leistungsfreiheit gemäß den Voraussetzungen und Begrenzungen des § 6 Abs. 3 VersVG (siehe Anhang) führt.

Artikel 9 - Gerichtsstand

Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach dem für unseren Sitz oder unserer für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung.

Wir können Klagen gegen Sie bei dem für Ihren Wohnsitz zuständigen Gericht erheben.

Artikel 10 - Form der Erklärungen

Rücktrittserklärungen gemäß §§ 3, 3a KSchG können in jeder beliebigen Form abgegeben werden.

Für sonstige Anzeigen und Erklärungen des Versicherungsnehmers an den Versicherer ist die geschriebene Form erforderlich, sofern nicht die Schriftform ausdrücklich und mit gesonderter Erklärung vereinbart wurde. Der geschriebenen Form wird durch Zugang eines Textes in Schriftzeichen entsprochen, aus dem die Person des Erklärenden hervorgeht (z.B. E-Mail oder -; sofern vereinbart – elektronische Kommunikation gem. § 5a VersVG). Schriftform bedeutet, dass dem Erklärungsempfänger das Original der Erklärung mit eigenhändiger Unterschrift des Erklärenden zugehen muss.

Artikel 11 - Welches Recht ist anzuwenden?

Für diesen Vertrag gilt österreichisches Recht.

Anhang

Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz (VersVG)

§ 6.(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.

§ 11a. (1) Der Versicherer darf im Zusammenhang mit Versicherungsverhältnissen, bei welchen der Gesundheitszustand des Versicherten oder eines Geschädigten erheblich ist, personenbezogene Gesundheitsdaten verwenden, soweit dies

1. zur Beurteilung, ob und zu welchen Bedingungen ein Versicherungsvertrag abgeschlossen oder geändert wird, oder
2. zur Verwaltung bestehender Versicherungsverträge oder
3. zur Beurteilung und Erfüllung von Ansprüchen aus einem Versicherungsvertrag unerlässlich ist. Das Verbot der Ermittlung genanalytischer Daten gemäß § 67 Gentechnikgesetz bleibt unberührt.

(2) Versicherer dürfen personenbezogene Gesundheitsdaten für die in Abs. 1 genannten Zwecke nur auf folgende Art ermitteln:

1. durch Befragung der Person, die versichert werden soll oder bereits versichert ist, beziehungsweise durch Befragung des Geschädigten oder
2. anhand der vom Versicherungsnehmer oder vom Geschädigten beigebrachten Unterlagen oder
3. durch Auskünfte von Dritten bei Vorliegen einer für den Einzelfall erteilten ausdrücklichen Zustimmung des Betroffenen oder
4. zur Beurteilung und Erfüllung von Ansprüchen aus einem konkreten Versicherungsfall durch Auskünfte von untersuchenden oder behandelnden Ärzten, Krankenanstalten oder sonstigen Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge über Diagnose sowie Art und Dauer der Behandlung, sofern der Betroffene dem ausdrücklich schriftlich zugestimmt und dies im Einzelfall nicht untersagt hat, oder
5. durch Heranziehung sonstiger, dem Versicherer rechtmäßigerweise bekanntgewordener Daten; diese sind dem Betroffenen mitzuteilen; es steht ihm das Widerspruchsrecht gemäß § 28 Datenschutzgesetz 2000 zu.

(3) Soweit eine ausdrückliche, den einzelnen Übermittlungsfall betreffende Zustimmung des Betroffenen nicht vorliegt, dürfen Versicherer Gesundheitsdaten für die in Abs. 1 genannten Zwecke nur an folgende Empfänger übermitteln:

1. untersuchende oder behandelnde Ärzte, Krankenanstalten oder sonstige Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge oder
2. Sozialversicherungsträger, Rückversicherer oder Mitversicherer oder
3. andere Versicherer, die bei Abwicklung von Ansprüchen aus einem Versicherungsfall mitwirken, oder
4. vom Versicherer herangezogene befugte Sachverständige oder
5. gewillkürte oder gesetzliche Vertreter des Betroffenen oder
6. Gerichte, Verwaltungsbehörden, Schlichtungsstellen und sonstige Einrichtungen der Streitbeilegung und ihre Organe, einschließlich der von ihnen bestellten Sachverständigen.

(4) Der Versicherer ist verpflichtet, auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder jedes Versicherten Auskunft über und Einsicht in Gutachten zu geben, die auf Grund einer ärztlichen Untersuchung eines Versicherten erstattet worden sind, wenn die untersuchte Person der Auskunfterteilung beziehungsweise der Einsichtgewährung zustimmt.

(5) Gemäß Abs. 1 und 2 erhobene Gesundheitsdaten unterliegen dem besonderen Geheimnisschutz des § 108a VAG mit der Maßgabe, dass das Vorliegen eines berechtigten privaten Interesses an der Weitergabe außerhalb der Fälle der Abs. 1 und 3 ausgeschlossen ist. Derartige Daten sind umgehend zu löschen, sobald sie nicht mehr für einen rechtlich zulässigen Zweck aufbewahrt werden; dies gilt insbesondere im Zusammenhang mit Gesundheitsdaten, die in Vorbereitung eines nicht zustande gekommenen Versicherungsvertrages erhoben wurden.

§ 12.(1) Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Steht der Anspruch einem Dritten zu, so beginnt die Verjährung zu laufen, sobald diesem sein Recht auf die

Leistung des Versicherers bekanntgeworden ist; ist dem Dritten dieses Recht nicht bekannt geworden, so verjähren seine Ansprüche erst nach zehn Jahren.

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

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