

ALLGEMEINE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN

für „Versicherungsschutz im Rahmen des Reisepakets zur Raiffeisen Firmenkreditkarte“

Gültig ab 09/2023

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 – Welche Entschädigung leistet der Versicherer?
- Artikel 16 – Was muss die versicherte Person im Schadenfall unbedingt unternehmen?
- Artikel 17 – Verzögerung bei der Auslieferung des Reisegepäckes – was wird ersetzt?
- Artikel 18 – Abschleppkosten-Versicherung – welche Kosten werden ersetzt?
- Artikel 19 – Kfz-Rückholung – was ist versichert?
- Artikel 20 – Reiserückruf-Versicherung – was ist versichert?
- Artikel 21 – Außerplanmäßige Rückreisekosten nach Österreich – was ist versichert?
- Artikel 22 – Flugverspätungs-Mehrkostenversicherung – was ist versichert?

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

- Artikel 23 – Was ist versichert?
- Artikel 24 – Welche Leistung wird erbracht?
- Artikel 25 – Welche Leistungen sind nicht gedeckt?
- Artikel 26 – Was ist im Schadenfall unbedingt zu unternehmen?

III. Reiseunfall-Versicherung

- Artikel 27 – Was ist versichert?
- Artikel 28 – Wie ist der Begriff des Unfalls definiert?
- Artikel 29 – Sachliche Begrenzungen des Versicherungsschutzes
- Artikel 30 – Was ist nicht versichert?
- Artikel 31 – Was ist vor und nach Eintritt des Versicherungsfalles zu tun? Welche Obliegenheiten bestehen?
- Artikel 32 – Dauernde Invaldität – was ist versichert?
- Artikel 33 – Todesfall – was ist versichert?
- Artikel 34 – Wann ist die Leistung des Versicherers fällig?
- Artikel 35 – Wie sieht das Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten aus?
(Ärztekommission)
- Artikel 36 – Bergungskosten
- Artikel 37 – Hubschrauberprimärrettungskosten
- Artikel 38 – Rückholkosten nach einem Unfall
- Artikel 39 – Überführungskosten bei Todesfall

IV. Privathaftpflichtversicherung

- Artikel 40 – Was gilt als Versicherungsfall?
- Artikel 41 – Wie sieht der Versicherungsschutz aus?
- Artikel 42 – Welche Leistungen sind versichert?
- Artikel 43 – Was ist nicht versichert?
- Artikel 44 – Was ist im Schadenfall von der versicherten Person unbedingt zu tun?
- Artikel 45 – Bevollmächtigung des Versicherers

V. Reise-Stornoversicherung

- Artikel 46 – Was ist versichert?
- Artikel 47 – Welche Ereignisse sind versichert?
- Artikel 48 – In welchen Fällen besteht kein Versicherungsschutz?
- Artikel 49 – Was ist im Schadenfall von der versicherten Person unbedingt zu tun?
- Artikel 50 – Welche Entschädigung leistet der Versicherer?

VI. Beraubung

- Artikel 51 – Was ist versichert?
- Artikel 52 – Welche Leistung wird erbracht?
- Artikel 53 – Welche Leistungen sind nicht versichert?
- Artikel 54 – Was ist im Schadenfall unbedingt zu unternehmen?

VII. Assistance-Leistungen (Business Mobilitätspaket)

- Artikel 55 – Welche Auskünfte erhält die versicherte Person?

ALLGEMEINER TEIL – Gemeinsame Bestimmungen

Leistungsübersicht	Maximalleistungen
	Reisepaket zur Raiffeisen Firmenkreditkarte
I) Reisegepäck-/Reiseschutz-Versicherung	
Reisegepäck	2.100 €
Gegenstände, die der Berufsausübung dienen	1.000 €
Dokumenten-Ersatz	240 €
Kfz-Rückholung (20% Selbstbehalt)	1.000 €
Verzögerte Auslieferung des Reisegepäcks (ab 4 Stunden)	250 €
Kfz-Abschleppkosten	250 €
Reiserückruf	100%
Außerplanmäßige Rückreise	300 €
Flugverspätung (ab 4 Stunden)	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)	250 €
Überführung im Todesfall	100%
III) Reiseunfall-Versicherung	
Reiseunfall (ab 50% Invalidität)	100.000 €
Reiseunfall (Todesfall)	21.000 €
Bergungskosten	100%
Hubschrauberprimärkosten	100%
IV) Privathaftpflichtversicherung	
Haftpflicht	750.000 €
Mietsachschäden	25.000 €
V) Reise-Stornoversicherung	
5 Stornofälle pro Jahr (je)	1.500 €
VI) Beraubung	
Gegenstände, die der Berufsausübung dienen, je Schadenfall (maximal 2 Schadenfälle pro Jahr)	1.000 €

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

Artikel 1 – Begriffsbestimmungen

1. Allgemeine Begriffsbestimmungen

- 1.1. Versicherer: UNIQA Österreich Versicherungen AG, Untere Donaustraße 21, 1029 Wien
- Kontakt im Schadenfall: siehe Art. 5, 1.2.
- 1.2. Versicherungsnehmerin: Raiffeisen Bank International („RBI“), Am Stadtpark 9, 1030 Wien
- 1.3. Karteninhaber:in: Inhaber:in einer gültigen Raiffeisen Firmenkreditkarte der Kartenherausgeberin RBI
- 1.4. call us Assistance International GmbH („Raiffeisen Assistance“) führt die Schadenregulierung durch und erbringt die Assistance-Leistungen (Art. 55).
- 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. Zweitwohntort: Ort des fallweisen, gewöhnlichen Aufenthalts (Aufenthalt nicht länger als 70 Tage pro Kalenderjahr).
- 1.9. Arbeitsstätte: Ort der gewöhnlichen Berufsausübung. Der Begriff „Ausbildungsstätte“ ist 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 von der versicherten Person als Fahrgast (Passagier:in) benützt werden sowie der, von der versicherten Person als Lenker:in oder Passagier:in 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 von der versicherten Person bei gewerblich berechtigten Fahrzeugvermietern für den privaten Personentransport angemietet werden.

2. Versicherte Person

Als versichert gilt der:die Karteninhaber:in.

3. Versicherungsfall

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

4. Reisebegriff

Als Reise gilt das Verlassen des Wohnortes, Zweitwohntortes oder Ortes der Arbeitsstätte, zu dienstlichen/geschäftlichen Zwecken (Dienstreise/ Geschäftsreise), bis zur Rückkehr dorthin, wenn das Ziel außerhalb eines Bereiches von 20 km ab Ortsgrenze dieser Orte liegt. Dienstreisen/Geschäftsreisen zwischen den vorgenannten Orten sowie innerhalb eines Bereiches von 20 km ab Ortsgrenze sind nicht versichert.

Nicht unter den Reisebegriff des Reisepaketes zur Raiffeisen Firmenkreditkarte fallen private Reisen. Schließt die versicherte Person eine Privatreise vor oder nach der Geschäftsreise an, so ist der Zeitraum der Privatreise nicht vom Versicherungsschutz umfasst. Beginnt die Geschäftsreise untertäglich, so beginnt der Versicherungsschutz am Antrittstag der Geschäftsreise um 0 Uhr. Endet die Geschäftsreise untertäglich, dann endet der Versicherungsschutz an diesem Tag um 24 Uhr. Ein geeigneter Nachweis, dass es sich um eine Geschäftsreise handelt, bzw. über den genauen Zeitraum der Geschäftsreise, ist im Versicherungsfall von der versicherten Person zu erbringen (z. B. Bestätigung des Dienstgebers).

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 mit dem Datum der Beantragung des Reisepaketes, frühestens jedoch mit Zugang der unterzeichneten Beitrittserklärung bei der RBI (Beitrittstag).

Ein Schadenfall ist nur gedeckt, wenn die Kreditkarte innerhalb von zwei Monaten vor Schadeneintritt entweder für Bargeldbehebungen oder Zahlungen verwendet wurde. Die Bezahlung der Kartengebühr oder 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 Kündigung des Reisepaketes, weiters mit Ablauf der Gültigkeitsdauer der Raiffeisen Firmenkreditkarte oder bei Kündigung des Kartenvertrages oder bei Ableben der versicherten Person.

3. Örtlicher Geltungsbereich

Der Versicherungsschutz gilt weltweit.
Der im Besonderen Teil unter II Behandlungskosten-Versicherung Art. 24 angeführte 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, die länger als 90 Tage dauern, sind in ihrer Gesamtheit nicht versichert.

Artikel 3 – Welche Versicherungssummen gelten?

Als versichert gelten die in der Leistungsaufstellung angeführten Maximalleistungen zum Reisepaket zur Raiffeisen Firmenkreditkarte für die versicherte Person.

Artikel 4 – In welchen Fällen besteht kein Versicherungsschutz?

1. Es besteht kein Versicherungsschutz im Zuge einer privaten Reise.
2. Weiters besteht kein Versicherungsschutz für Ereignisse, die
 - 2.1. durch die versicherte Person vorsätzlich oder grob fahrlässig herbeigeführt werden; in der Privathaftpflichtversicherung (Besonderer Teil IV) erstreckt sich der Versicherungsschutz nicht auf Schadenersatzverpflichtungen von Personen, die den Schaden, für den sie von einem Dritten verantwortlich gemacht werden, rechtswidrig und vorsätzlich herbeigeführt haben; dem Vorsatz wird gleichgehalten eine Handlung oder Unterlassung, bei welcher der Schadeneintritt mit Wahrscheinlichkeit erwartet werden musste, jedoch in Kauf genommen wurde (z. B. im Hinblick auf die Wahl einer kosten- oder zeitsparenden Arbeitsweise);
 - 2.2. unmittelbar oder mittelbar mit Kriegereignissen jeder Art, inneren Unruhen, feindlicher Besetzung zusammenhängen;
 - 2.3. bei Versuch oder Begehung gerichtlich strafbarer Handlungen durch die versicherte Person eintreten, für die Vorsatz Tatbestandsmerkmal ist;
 - 2.4. durch Gewalttätigkeiten anlässlich einer öffentlichen Ansammlung oder Kundgebung entstehen, sofern die versicherte Person aktiv an diesen teilnimmt;
 - 2.5. durch Selbstmord oder Selbstmordversuch der versicherten Person ausgelöst werden;
 - 2.6. 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;

- 2.7. aufgrund behördlicher Verfügungen hervorgerufen werden;
- 2.8. durch Ausübung einer beruflich bedingten manuellen Tätigkeit entstehen;
- 2.9. mittelbar oder unmittelbar durch Einfluss ionisierender Strahlen im Sinne des Strahlenschutzgesetzes in der jeweils geltenden Fassung oder durch Kernenergie verursacht werden;
- 2.10. die versicherte Person infolge einer wesentlichen Beeinträchtigung ihres psychischen und physischen Gesundheitszustandes durch Alkohol, Suchtgifte oder Medikamente erleidet;
- 2.11. bei Benützung von Luftfahrtgeräten und Luftfahrzeugen jeglicher Art sowie bei Fallschirmabsprünge 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;
- 2.12. bei Beteiligung an motorsportlichen Wettbewerben (auch Wertungsfahrten und Rallyes) und an dazugehörigen Trainingsfahrten entstehen;
- 2.13. bei der Teilnahme an Landes-, Bundes- oder internationalen Wettbewerben auf dem Gebiet des nordischen und alpinen Schisports, des Snowboardens sowie Freestylings, Bob-, Schibob-, Skeletonfahrens oder Rodelns sowie am offiziellen Training für diese Veranstaltungen entstehen;
- 2.14. bei Tauchgängen bis max. 40 m entstehen, wenn die versicherte Person selbst oder der sie begleitende, ausbildende Tauchlehrer die international gültige Berechtigung für die betreffende Tiefe des Tauchganges nicht besitzt; Tauchgänge über 40 m Tiefe sind nicht versichert.
3. Neben diesen allgemeinen Ausschlüssen vom Versicherungsschutz sind die besonderen Ausschlüsse in den Artikeln 13, 25, 30, 43, 48 und 53 der Besonderen Bedingungen geregelt.

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

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

Die versicherte Person 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 in geschriebener Form 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 Website 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 ihr 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 abhandengekommenen 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 16, 26, 31, 44, 49 und 54 der Besonderen Bedingungen geregelt.

Artikel 6 – In welcher Form sind Erklärungen abzugeben?

Anzeigen und Erklärungen der versicherten Person an den Versicherer haben in geschriebener Form (z.B. per E-Mail) zu erfolgen.

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 die versicherte Person verpflichtet, dem Versicherer diesen Anspruch abzutreten, soweit dieser Dritte der versicherten Person Ersatz leistet.

Artikel 8 – Wann und in welcher Währung sind die Leistungen des Versicherers fällig?

1. Die versicherte Person kann ihre 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 Bankenwechsellkurs.
4. Zur Beantragung der Leistung ist das vom Versicherer zur Verfügung gestellte Schadenformular zu verwenden und sämtliche zur Überprüfung des Anspruchs benötigten Unterlagen beizulegen bzw. ehestmöglich nachzureichen.

Artikel 9 – Wann geht der Anspruch verloren?

1. Wird der Anspruch auf die Entschädigung nicht spätestens ein Jahr nach der (mit der Angabe der Rechtsfolgen verbundenen) 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 die versicherte Person 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 der versicherten Person.
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 sowie andere Sportgeräte einschließlich Zubehör sind je Versicherungsfall bis max. 50% der Versicherungssumme versichert. Sie sind nur versichert, solange sie sich nicht in bestimmungsgemäßem Gebrauch befinden.
4. Schmuck, Uhren, Pelze, technische Geräte aller Art samt Zubehör (z. B. Foto-, Film-, Videogeräte, Laptops, optische Geräte, Unterhaltungselektronik, Mobiltelefone), Jagd- und Sportwaffen sind je Versicherungsfall in ihrer Gesamtheit bis max. 50% der Versicherungssumme versichert, sofern 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 einsehbaren Behältnissen einem Beförderungsunternehmen übergeben sind.
 - f) Kraftfahrzeug: siehe Art. 14.
5. Gegenstände des persönlichen Reisebedarfs, die auf der Reise gekauft werden, sind bis zu 10% der Versicherungssumme versichert.
6. Schäden an Geschenken und Reiseandenken, die auf der Reise erworben wurden, werden bis zu 10% der Versicherungssumme ersetzt.
7. Gegenstände, die der Berufsausübung dienen, wie beispielsweise Handelswaren, Musterkollektionen, Werkzeuge, Instrumente und PCs, sind bis zur vereinbarten Versicherungssumme versichert.

8. Für die Wiederbeschaffung von Personalausweisen, Reisepässen, Kraftfahrzeugpapieren und sonstigen für die Reise benötigten Dokumenten werden die anfallenden amtlichen Gebühren bis zur vereinbarten Versicherungssumme ersetzt.
9. Nicht versichert sind
 - 9.1. 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. 8. Versichert;
 - 9.2. 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?

- Zusätzlich zu den allgemeinen Ausschlüssen in Art. 4 gilt: Der Versicherer leistet keinen Ersatz für Schäden, die
1. verursacht werden durch die natürliche oder mangelhafte Beschaffenheit der versicherten Sachen, namentlich innerer Verderb und Bruch, Abnutzung, Verschleiß, mangelhafte Verpackung oder mangelhaftem Verschluss von Gepäckstücken;
 2. verursacht werden durch Selbstverschulden wie Vergessen, Liegenlassen, Verlieren, Verlegen, Fallen-, Hängen- oder Stehenlassen sowie mangelhafte Verwahrung oder mangelhafte Beaufsichtigung;
 3. eine Folge von Versicherungsfällen darstellen (z. B. Schlossänderungskosten, Sperrgebühren).

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 die versicherte Person eine Unterkunft, so

sind die in Art. 11, Pkt. 4 angeführten Gegenstände in die Unterkunft mitzunehmen. Benützt die versicherte Person eine Unterkunftsstätte für mehr als eine Übernachtung, so ist für die Dauer der Übernachtung im Kraftfahrzeug oder im 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 – Welche Entschädigung leistet der Versicherer?

1. Im Versicherungsfall ersetzt der Versicherer bis zur vereinbarten Versicherungssumme
 - 1.1. für zerstörte oder abhandengekommene 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 der versicherten Person 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. 8.).

Artikel 16 – Was muss die versicherte Person im Schadenfall unbedingt unternehmen?

Zusätzlich zu den Obliegenheiten in Art. 5 gilt:

1. Schäden, die im Gewahrsam eines Beförderungsunternehmens oder Beherbergungsbetriebes eingetreten sind, müssen diesem unverzüglich gemeldet werden. Dem Versicherer ist hierüber eine Bescheinigung zu übermitteln. 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 die versicherte Person 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.

Artikel 17 – 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 Bedarfes (gilt nicht am Wohnsitz) werden bis zur vereinbarten Versicherungssumme ersetzt. Die Kosten der Ersatzkäufe müssen nachgewiesen werden.

Artikel 18 – Abschleppkosten-Versicherung – welche Kosten werden ersetzt?

Ein Versicherungsfall liegt vor, wenn die versicherte Person als Lenker:in eines auf sie oder ein Familienmitglied (Ehepartner:in, mit der versicherten Person im gemeinsamen Haushalt lebende:r Lebenspartner:in) zugelassenen Personenkraftwagens oder Motorrades die 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 19 – 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% der Versicherungsleistung)
 - 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 die versicherte Person.

Artikel 20 – Reiserückruf-Versicherung – was ist versichert?

Die notwendigen Kosten für die Verständigung einer auf Reise befindlichen versicherten Person werden unter der Voraussetzung übernommen, dass ein naher Angehöriger (Ehepartner:in, Lebensgefährt:in, Eltern, Schwiegereltern, Kinder, Enkelkinder, Geschwister) entweder unerwartet schwer erkrankt, oder einen schweren Unfall erleidet oder stirbt, oder am Eigentum der versicherten Person oder der Arbeitsstätte ein erheblicher Schaden eintritt.

Artikel 21 – Außerplanmäßige Rückreisekosten nach Österreich – was ist versichert?

1. Ein Versicherungsfall liegt vor, wenn die versicherte Person 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 Behandlungskosten-Versicherung (Besonderer Teil II) versichert wäre, im Ausland notwendig war oder in Österreich bevorsteht;
 - 1.2. weil ihre Anwesenheit in Österreich dringend erforderlich ist wegen plötzlich eintretender schwerer Erkrankung, schwerer gesundheitlicher Unfallfolgen oder Tod ihres Ehepartners, ihrer Ehepartnerin (Lebensgefährte/Lebensgefährtin) oder nahen Verwandten (Eltern, Kinder oder Geschwister);
 - 1.3. wenn ein Elementarschaden oder Einbruchdiebstahl die Arbeitsstätte der versicherten Person schwer beeinträchtigt und deshalb deren Anwesenheit unerlässlich ist.
2. Der Versicherer ersetzt die durch die vorzeitige oder verspätete Rückreise nach Österreich entstandenen zusätzlichen Fahrtkosten der versicherten Person. 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 preisgünstigste in Betracht kommende Verkehrsmittel ersetzt.

Artikel 22 – 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 zu übermitteln.

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 23 – 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. Hiezu zählen auch die nach ärztlicher Verordnung notwendigen Kosten des Krankentransportes, des Aufenthaltes und der Verpflegung in einem Krankenhaus.

Artikel 24 – 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 der verstorbenen versicherten Person zu deren 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. 24 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. 24 Pkt. 1.1. bis 1.5. für die versicherte Person eine Sozialversicherung, so hat sie dort ihre Ansprüche geltend zu machen und an den Versicherer abzutreten. Unterlässt sie dies, so reduziert sich die Ersatzleistung des Versicherers um 20%, mindestens aber um 75 €.

Artikel 25 – 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, prophylaktische Impfungen;
- j) Unfallfolgen aus der aktiven Teilnahme gegen Entgelt an öffentlich stattfindenden Wettbewerben und dem Training hiezu;
- k) Heilbehandlungen von Krankheiten und Unfallfolgen, die auf Reisen entstehen, die trotz Reisewarnung des österreichischen Außenministeriums angetreten werden.

Artikel 26 – Was ist im Schadenfall unbedingt zu unternehmen?

Zusätzlich zu den Obliegenheiten in Art. 5 gilt:

Die versicherte Person ist verpflichtet, den Versicherungsfall dem Versicherer ehestmöglich zu melden, jedenfalls spätestens zum Zeitpunkt der Leistungsanspruchnahme entsprechend des Leistungsumfanges laut Art. 24.

III. Reiseunfall-Versicherung

Artikel 27 – Was ist versichert?

Der Versicherer bietet Versicherungsschutz, wenn der versicherten Person auf einer Reise ein Unfall zustößt.

Artikel 28 – Wie ist der Begriff des Unfalls definiert?

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren 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 infolge 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 der versicherten Person 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 29 – 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 (z. B. 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 Raiffeisen Firmenkreditkarte Kreditkartenversicherung versicherte Personen dasselbe Flugzeug, so gilt für das Fluggastrisiko ein Betrag von 3 Mio. € als Höchstgrenze der Versicherungsleistungen. Überschreitet die Summe der Ansprüche dieser versicherten Personen den Betrag von 3 Mio. €, so wird die Leistung für jede einzelne versicherte Person im Verhältnis der Summe der vertraglichen Einzelansprüche zu diesem Betrag gekürzt.

Artikel 30 – Was ist nicht versichert?

Zusätzlich zu den allgemeinen Ausschlüssen im Art. 4 gilt:

Ausgeschlossen sind Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person, soweit nicht ein Versicherungsfall hierzu Anlass war.

Artikel 31 – Was ist vor und nach Eintritt des Versicherungsfalles zu tun? Welche Obliegenheiten bestehen?

Zusätzlich zu den Obliegenheiten in Art. 5 gilt:

1. Obliegenheiten vor Eintritt des Versicherungsfalles: Als Obliegenheit, deren Verletzung die Leistungsfreiheit des Versicherers gemäß § 6 Abs. 2 VersVG bewirkt, wird bestimmt, dass die versicherte Person 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, in geschriebener Form

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 die versicherte Person 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 die versicherte Person durch die vom Versicherer bezeichneten Ärzte untersuchen lässt.

Artikel 32 – Dauernde Invalidität – was ist versichert?

1. Voraussetzung für die Leistung ist:
 - a) Die versicherte Person ist durch den Unfall auf Dauer in ihrer 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 die versicherte Person 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, werden 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 32 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. 32, 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 die versicherte Person 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 die versicherte Person

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 33 – 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 Todesfalleistung werden nur Zahlungen, die für dauernde Invalidität laut 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 34 – 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 die anspruchserhebende versicherte Person zur Feststellung des Unfallherganges und der Unfallfolgen und über den Abschluss des Heilverfahrens beizubringen hat.

Artikel 35 – Wie sieht das Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten aus? (Ärztekommision)

1. Im Fall von Meinungsverschiedenheiten über Art und Umfang der Unfallfolgen oder darüber, in welchem Umfang die eingetretene Beeinträchtigung auf den Unfall zurückzuführen ist, ferner über die Be-

- einflussung der Unfallfolgen durch Krankheiten oder Gebrechen entscheidet verbindlich ein Schiedsgutachter, sofern dies die versicherte Person bzw. die bezugsberechtigte Person (im Folgenden: der Anspruchsberechtigte) oder der Versicherer verlangen und diese Meinungsverschiedenheiten auf insofern abweichenden medizinischen Gutachten des vom Versicherer im Anlassfall beigezogenen sowie eines vom Anspruchsberechtigten beauftragten Gutachterarztes beruhen.
2. Gemäß § 184 VersVG ist die Entscheidung des Schiedsgutachters nur dann nicht verbindlich, wenn sie offenbar von der wirklichen Sachlage erheblich abweicht. In diesem Fall entscheidet ein ordentliches Gericht über die strittige Frage. Letzteres gilt auch, wenn der Schiedsgutachter die Feststellung nicht treffen kann oder will oder sie länger als drei Monate verzögert.
 3. Das Recht, die Entscheidung eines Schiedsgutachters zu verlangen, steht sowohl dem Anspruchsberechtigten als auch dem Versicherer zu. Das Verlangen einer Entscheidung des Schiedsgutachters hat binnen 6 Monaten ab Zugang der in geschriebener Form übermittelten Entscheidung des Versicherers über die jeweils strittige Fragestellung im Sinne von Punkt 1 unter Bekanntgabe der Forderung bzw. Auffassung und unter Vorlage eines diese Forderung/Auffassung begründenden medizinischen Gutachtens zu erfolgen. Auf dieses Recht sowie die dafür geltenden Erfordernisse und Rahmenbedingungen wird der Versicherer den Anspruchsberechtigten in seiner Entscheidung über den Anspruch und/oder die strittige Fragestellung in geschriebener Form hinweisen.
 4. Als Schiedsgutachter bestellen der vom Versicherer im Anlassfall beigezogene sowie der vom Anspruchsberechtigten mit der bisherigen Fallbeurteilung beauftragte Gutachterarzt einvernehmlich einen in der österreichischen Ärzteliste eingetragenen Arzt mit ius practicandi (Recht zur Berufsausübung), welcher in die Liste der in Österreich gerichtlich zertifizierten medizinischen Sachverständigen eingetragen ist. Einigen sich die beiden Ärzte über die Person des Schiedsgutachters nicht, wird ein für die Beurteilung der strittigen Fragen zuständiger medizinischer Sachverständiger durch die österreichische Ärztekammer als Schiedsgutachter bestellt.
 5. Die Obliegenheiten gemäß Artikel 31 gelten sinngemäß für das Schiedsgutachterverfahren. Die versicherte Person trifft demnach auch die Obliegenheit, sich vom Schiedsgutachter untersuchen zu lassen.
 6. Der Schiedsgutachter hat ein Gutachten zu erstatten und über die strittigen Tatsachen im Sinne des Punktes 1. zu entscheiden. Diese Entscheidung des Schiedsgutachters hat eine schriftliche Begründung zu umfassen, die sich mit den vorhandenen Gutachten auseinandersetzt.
 7. Verlangt der Versicherer die Entscheidung des Schiedsgutachters, so trägt der Versicherer dessen Kosten allein. Verlangt der Anspruchsberechtigte die Entscheidung des Schiedsgutachters, hat der Versicherer dem Anspruchsberechtigten vor Aufnahme der Tätigkeit des Schiedsgutachters in geschriebener Form den Maximalbetrag der vom Anspruchsberechtigten zu tragenden Kosten mitzuteilen. Dieser Maximalbetrag ist vom Versicherer unter Bedachtnahme auf die zu erwartenden objektiv notwendigen Kosten des Schiedsgutachters zu bestimmen und darf nicht mehr als 5% der für Tod und Invalidität zusammen versicherten Summe, höchstens jedoch 50% des strittigen Betrages betragen. Der Schiedsgutachter wird nur dann tätig, wenn der Anspruchsberechtigte innerhalb von vier Wochen ab Erhalt der Mitteilung erklärt, mit dem ihm mitgeteilten Maximalbetrag einverstanden zu sein. Die endgültigen Kosten des Schiedsgutachters werden von ihm anhand der im Rahmen seiner Tätigkeit angefallenen objektiv notwendigen Kosten festgesetzt und sind im Verhältnis des Obsiegens der beiden Parteien zu tragen, vom Anspruchsberechtigten jedoch maximal bis zur Höhe des ihm mitgeteilten Maximalbetrags. Bei Unverbindlichkeit der Entscheidung des Schiedsgutachters (siehe Pkt. 2) trägt der Versicherer die Kosten des Schiedsgutachters allein.

Artikel 36 – Bergungskosten

Das sind die Kosten, die notwendig waren, wenn die versicherte Person:

- 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 der versicherten Person und ihrem Transport bis zur nächsten befahrbaren Straße oder bis zum dem Unfallort nächstgelegenen Spital.

Artikel 37 – 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 38 – Rückholkosten nach einem Unfall

Das sind die unfallbedingten Kosten eines medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten Verletztentransportes mittels einer vom Versicherer beauftragten Organisation, wenn die versicherte Person auf einer Reise außerhalb Österreichs verunfallt ist und von der Unfallstelle bzw. dem Krankenhaus, in das sie eingeliefert wurde, an ihren Wohnort bzw. zu dem ihrem Wohnort

nächstgelegenen Krankenhaus gebracht wird.

Artikel 39 – Überführungskosten bei Todesfall

Bei einem tödlichen Unfall werden die nachgewiesenen Kosten der Überführung der verstorbenen versicherten Person zu deren letzten Wohnort bezahlt.

IV. Privathaftpflichtversicherung

Artikel 40 – Was gilt als Versicherungsfall?

1. Als Versicherungsfall gilt ein Schadenereignis, das von der versicherten Person als Privatperson während einer Reise verursacht wird und aus welchem der versicherten Person Schadenersatzverpflichtungen erwachsen oder erwachsen könnten. Eingeschlossen sind Mietsachschäden an vorübergehend (max. 90 Tage) zu Wohnzwecken dienenden 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 41 – Wie sieht der Versicherungsschutz aus?

1. Im Versicherungsfall übernimmt der Versicherer
 - 1.1. die Erfüllung von Schadenersatzverpflichtungen, die der versicherten Person 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 der versicherten Person 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 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 42 – 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 43 – Was ist nicht versichert?

Zusätzlich zu den allgemeinen Ausschlüssen im Art. 4 gilt:

1. Die Versicherung erstreckt sich nicht auf Schadenersatzverpflichtungen aus Schäden, die die versicherte Person oder die für sie 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 der versicherten Person selbst und deren Angehörigen (Ehepartner:in, 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 von der versicherten Person durch Übertragung von ansteckenden Krankheiten verursacht wurden;
 - 2.7. Schäden, die im Zusammenhang mit einer psychischen Erkrankung der versicherten Person stehen.
3. Die Versicherung erstreckt sich nicht auf Schadenersatzverpflichtungen wegen Schäden an
 - 3.1. Sachen, welche die versicherte Person oder die für sie handelnden Personen entliehen, gemietet, geleast, gepachtet oder in Verwahrung genommen haben;
 - 3.2. Sachen, die bei oder infolge ihrer Benützung, Beförderung, Bearbeitung oder sonstigen Tätigkeit an oder mit ihnen entstehen;
 - 3.3. Sachen, die durch allmähliche Emission oder allmähliche Einwirkung von Temperatur, Gasen, Dämpfen, Flüssigkeiten, Feuchtigkeit oder nicht atmosphärischen Niederschlägen, nuklearen Ereignissen sowie Verseuchung durch radioaktive Stoffe entstehen.
4. Schadenersatzverpflichtungen aus Verlust oder Abhandenkommen körperlicher Sachen sind nicht gedeckt.

5. Schadenereignisse, deren Ursache in die Zeit vor Versicherungsbeginn fällt, sind nicht gedeckt.

Artikel 44 – Was ist im Schadenfall von der versicherten Person unbedingt zu tun?

Zusätzlich zu den Obliegenheiten in Art. 5 gilt:

Die versicherte Person hat alles ihr Zumutbare zu tun, um Ursachen, Hergang und Folgen des Versicherungsfalles aufzuklären und den entstandenen Schaden gering zu halten. Sie hat den Versicherer umfassend und unverzüglich, spätestens innerhalb einer Woche ab Kenntnis, in geschriebener Form zu informieren, falls erforderlich auch fernmündlich oder fernschriftlich.

Die versicherte Person 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 die versicherte Person;
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.

Artikel 45 – Bevollmächtigung des Versicherers

Der Versicherer ist bevollmächtigt, im Rahmen seiner Leistungsverpflichtung alle ihm zweckmäßig erscheinenden Erklärungen namens der versicherten Person abzugeben.

V. Reise-Stornoversicherung

Artikel 46 – Was ist versichert?

Versichert sind die von der versicherten Person dem Reiseunternehmen oder Vermieter vertraglich geschuldeten Rücktrittskosten einer Geschäfts-/Dienstreise, maximal jedoch die vertraglich vereinbarte Versicherungssumme. Allfällige Rückerstattungen oder Ersatzleistungen an die versicherte Person werden von den Forderungen an den Versicherer abgezogen. Versichert sind bis zu fünf Stornofälle pro Jahr.

Artikel 47 – Welche Ereignisse sind versichert?

1. Versicherte Ereignisse sind:
 - 1.1. plötzlich eintretende schwere Krankheit, schwerer Unfall oder Tod der versicherten Person;
 - 1.2. Verschlechterung eines bestehenden Leidens der versicherten Person, vorausgesetzt es lag bei Buchung und Versicherungsabschluss die ärztlich bestätigte Beschwerdefreiheit vor;
 - 1.3. Schwangerschaft der versicherten Person;
 - 1.4. Impfunverträglichkeit der versicherten Person;
 - 1.5. unerwartete Kündigung der versicherten Person durch den Arbeitgeber;
 - 1.6. unerwartete Einberufung der versicherten Person zum ordentlichen Präsenzdienst für die Zeit der gebuchten Reise;
 - 1.7. Einreichung der Scheidungsklage durch die Ehepartnerin, den Ehepartner der versicherten Person;
 - 1.8. Einreichung der Auflösungsklage der eingetragenen Partnerschaft durch die eingetragene Partnerin, den eingetragenen Partner der versicherten Person;
 - 1.9. wenn ein Elementarschaden oder Einbruchdiebstahl das Eigentum der versicherten Person am Wohnort schwer beeinträchtigt und deshalb deren Anwesenheit unerlässlich ist;
 - 1.10. wenn ein Elementarschaden oder Einbruchdiebstahl die Arbeitsstätte der versicherten Person schwer beeinträchtigt und deshalb deren Anwesenheit unerlässlich ist;
 - 1.11. wenn die versicherte Person die Matura vor einer unmittelbar danach geplanten versicherten Reise nicht besteht;
 - 1.12. plötzlich eintretende schwere Krankheit, schwerer Unfall oder Tod einer der folgenden Personen: Ehepartner:in/Lebensgefährte/Lebensgefährtin, Eltern, Schwiegereltern, Kinder, Schwiegerkinder, Geschwister, Großeltern, Enkel, Schwager und Schwägerin der versicherten Person.

Artikel 48 – 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 49 – Was ist im Schadenfall von der versicherten Person unbedingt zu tun?

Zusätzlich zu den Obliegenheiten in Art. 5 gilt:

1. Sobald ein versichertes Ereignis bekannt wird, ist – bei sonstigem Verlust des Entschädigungsanspruches – die Buchungsstelle (Reiseunternehmen) unverzüglich zu benachrichtigen.
2. Dem Versicherer sind alle für die Begründung des Entschädigungsanspruches notwendigen Angaben zu machen und alle erforderlichen Beweismittel auf Kosten der versicherten Person zur Verfügung zu stellen.

Artikel 50 – Welche Entschädigung leistet der Versicherer?

Bei Eintritt eines versicherten Ereignisses laut Art. 49 werden die vertraglichen Rücktrittskosten bis zur vereinbarten Versicherungssumme übernommen

VI. – Beraubung

Artikel 51 – Was ist versichert?

Versichert gelten Gegenstände, die der Berufsausübung dienen, wie Handelswaren, Musterkollektionen, Werkzeuge, Instrumente und PCs, welche im Zuge der Beraubung abhandenkommen.

Artikel 52 – Welche Leistung wird erbracht?

Gegenstände, die der Berufsausübung dienen, sind bis zu 1.000 € versichert. Diese Leistungen stehen jeweils maximal zwei Mal pro Jahr zur Verfügung.

Artikel 53 – Welche Leistungen sind nicht versichert?

1. Schäden durch Verwandte beziehungsweise im Auftrag der versicherten Person handelnde Personen sowie
2. Schäden, die aufgrund von Krieg, Aufstand oder Terrorismus verursacht werden.

Artikel 54 – Was ist im Schadenfall unbedingt zu unternehmen?

Die Obliegenheiten laut Art. 5 sind einzuhalten. Insbesondere ist die unmittelbare Anzeige des Vorfalles bei der zuständigen Sicherheitsdienststelle vorzunehmen und durch eine Anzeigebestätigung nachzuweisen.

VII. Assistance-Leistungen (Business Mobilitätspaket)

Artikel 55 – Welche Auskünfte erhält die versicherte Person?

Die versicherte Person erhält rund um die Uhr Auskünfte zu folgenden Themen:

1. Mobilitätsinformationen
 - 1.1. Pannenhilfe, Abschleppdienste, Reparaturwerkstätten, Fahrzeug-Vermietstationen
 - 1.2. Informationen zu E-Tankstellen
 - 1.3. Informationen zu Autobahn-, Maut- und Parkgebühren
 - 1.4. Unterstützung zur Bewältigung einer Unfallsituation
 - 1.5. Verhalten, wenn das Fahrzeug abgeschleppt wurde
 - 1.6. Routenplanung, Reisewege, Verkehrsmittel, Fahrtkosten, Fahrverbindungen
 - 1.7. Informationen zu Zugfahrplänen
 - 1.8. Informationen zu Flugverspätungen und alternativen Flugoptionen
2. Länderinformationen
 - 2.1. Konsulate und Botschaften
 - 2.2. geografische/klimatische Verhältnisse, Sehenswürdigkeiten, Landeswährung, Feiertage, Status Reisewarnung
 - 2.3. Visa-Bestimmungen
 - 2.4. Zollbestimmungen
3. Medizinische Informationen
 - 3.1. Medizinische Versorgungsmöglichkeiten vor Ort (z.B. Ärzte, Krankenhäuser, Ambulanzen)
 - 3.2. Ärztenotdienst, Notrufnummern, Apothekenbereitschaftsdienste
 - 3.3. Impfvorschriften und Corona-Regelungen
 - 3.4. Medikamentenzustelldienst
 - 3.5. Allergieberatung, Polleninformationsdienst

Die versicherte Person kann diese Informationen bei Kontaktaufnahme über die Raiffeisen-Assistance (siehe Artikel 5, 1.2.) erhalten.

ANHANG – Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz 1958

(VersVG in der Fassung BGBl. I Nr. 70/2022) (Wiedergabe der in den Bedingungen erwähnten Bestimmungen des Gesetzes.)

§ 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.

§ 6 (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.

§ 6 (2) Ist eine Obliegenheit verletzt, die vom Versicherungsnehmer zum Zwecke der Verminderung der Gefahr oder der Verhütung einer Erhöhung der Gefahr dem Versicherer gegenüber - unabhängig von der Anwendung 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 Leistungen gehabt hat.

§ 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.

§ 6 (4) Eine Vereinbarung, nach welcher der Versicherer bei Verletzung einer Obliegenheit zum Rücktritt berechtigt sein soll, ist unwirksam.

§ 6 (5) Der Versicherer kann aus der fahrlässigen Verletzung einer vereinbarten Obliegenheit Rechte nur ableiten, wenn dem Versicherungsnehmer vorher die Versicherungsbedingungen oder eine andere Urkunde zugegangen sind, in der die Obliegenheit mitgeteilt wird.