

ALLGEMEINE INFORMATIONEN (VERTRIEBSINFORMATIONEN) FÜR DEN ONLINE-ABSCHLUSS VON VERSICHERUNGEN DER WIENER STÄDTISCHE VERSICHERUNG AG VIENNA INSURANCE GROUP (KURZ: WIENER STÄDTISCHE)

Version: 58KW101 (24.11)

Personenbezogene Bezeichnungen in diesem Dokument beziehen sich auf alle Geschlechter in gleicher Weise.

INHALTSVERZEICHNIS

- | | |
|---|--|
| 1. Angaben zum Versicherer (Anbieter) | 8. Rücktrittswirkungen |
| 2. Geltungsbereich | 9. Wesentliche Merkmale des Versicherungsschutzes |
| 3. Zustandekommen des Versicherungsvertrages
(Vertragsabschluss) | 10. Gültigkeitsdauer der Produktinformationen |
| 4. Information zur Prämie | 11. Vertragsgrundlagen, anwendbares Recht, Gerichtsstand |
| 5. Vertragslaufzeit, Prämienzahlungsdauer und
Kündigungsrechte | 12. Beschwerdestellen |
| 6. Zahlungsbedingungen | 13. Sprache |
| 7. Belehrung über Rücktrittsrechte | 14. Vertragsspeicherung |

1. Angaben zum Versicherer (Anbieter)

Name und Anschrift: WIENER STÄDTISCHE Versicherung AG Vienna Insurance Group, 1010 Wien, Schottenring 30

Rechtsform und Sitz: Aktiengesellschaft mit Sitz in Wien

24-Stunden-Telefon-Service: +43 (0) 50 350 350

E-Mail: kundenservice@wienerstaetische.at

Website: <http://www.wienerstaetische.at>

Firmenbuchnummer: FN 333376i

Firmenbuchgericht: Handelsgericht Wien

Umsatzsteuer-Identifikations-Nummer: ATU 65254066

Hauptgeschäftstätigkeit: Die Wiener Städtische betreibt direkt und indirekt die Lebensversicherung einschließlich Zusatzversicherung, die Krankenversicherung, die Unfallversicherung sowie die Schadensversicherung (Sach- und Vermögensschadenversicherung) in den Versicherungszweigen, deren Betrieb ihr von der Versicherungsaufsichtsbehörde genehmigt ist.

Aufsichtsbehörde: Finanzmarktaufsicht (FMA), 1090 Wien, Otto-Wagner-Platz 5.

Die Wiener Städtische ist Mitglied der Wirtschaftskammer Österreich, der Landeskammern in allen Bundesländern und des Verbandes der Versicherungsunternehmen Österreichs. Als Versicherungsunternehmen unterliegt die Wiener Städtische den Bestimmungen des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG).

2. Geltungsbereich

Diese Informationen gelten für alle Versicherungsverträge, die Sie mit der Wiener Städtischen über die Website oder durch die Nutzung einer App der Wiener Städtischen abschließen. Darüber hinaus gelten die für das jeweilige Versicherungsprodukt vorgesehenen Versicherungsbedingungen.

3. Zustandekommen des Versicherungsvertrages (Vertragsabschluss)

Sie haben die Möglichkeit, online einen Antrag auf Abschluss einer Versicherung zu stellen. Einfach das interaktiv erstellte Online-Formular vollständig und korrekt ausfüllen und abschicken. Die Antragstellung begründet noch keinen Versicherungsschutz. Sollte aufgrund Ihrer Angaben keine Antragstellung möglich sein, werden sie darüber unverzüglich auf der Website oder in der App informiert. Nach erfolgreicher Antragstellung erhalten Sie von uns unverzüglich ein E-Mail mit der Bestätigung des Zugangs sowie der Annahme des Antrages. Mit Zugang dieses E-Mails ist der Versicherungsvertrag abgeschlossen. Außerdem werden Ihnen der digitale Versicherungsvertrag (die Polizze), die dem Versicherungsvertrag zugrunde liegenden Versicherungsbedingungen und diese Allgemeinen Informationen als Pflichtdownload sowie per E-Mail zur Verfügung gestellt. Wir empfehlen, den elektronischen Versicherungsvertrag (die Polizze) bzw. das E-Mail aufzubewahren (elektronisch oder ausgedruckt in Papierform). Diese Unterlagen enthalten die Daten zum Versicherungsvertrag, die im Versicherungsfall benötigt werden. Es ist zusätzlich empfehlenswert, die Versicherungsbedingungen auszudrucken, da aus diesen der genaue Inhalt und Umfang des Versicherungsschutzes sowie das erforderliche Verhalten bei Eintritt eines Versicherungsfalles entnommen werden kann.

4. Information zur Prämie

Die Prämie finden Sie auf Ihrem online erstellten Versicherungsantrag. Die Prämien beinhalten die Versicherungssteuer und stellen eine Gesamtprämie dar. Sie gelten zum Zeitpunkt der Online-Antragstellung. Wenn der Abschluss über die Website eines Beraters erfolgt, erhält dieser eine Provision, die in der Prämie enthalten ist. Die Prämie ist in Euro angegeben. Für den Abschluss ist ein aufrechter Internetzugang erforderlich, der zusätzlich Kosten verursachen kann, die gegebenenfalls von Ihnen zu tragen sind. Sonst fallen keine Zusatzkosten an.

5. Vertragslaufzeit, Prämienzahlungsdauer und Kündigungsrechte

Reiseversicherungsverträge auf bestimmte Laufzeit (befristete PLUS RISK Reiseversicherungen, befristete Reisekasko-Versicherung, befristete Auslandsreise-Krankenversicherung nach Tarif RV, befristete Auslandsreise-Krankenversicherung Austria nach Tarif RVV)

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem von Ihnen beantragten Versicherungsbeginn und endet mit dem Ablauf der beantragten Laufzeit, wenn diese weniger als ein Jahr beträgt. Die befristete Reiseversicherungen (Versicherungsschutz für eine Reise bis zu 42 Tage), die befristete Reisekasko-Versicherung (Versicherungsschutz bis zu 180 Tage), die befristete Auslandsreise-Krankenversicherung nach dem Tarif RV (bis zu 12 Monate) und die befristete Auslandsreise-Krankenversicherung Austria nach Tarif RV/RVV (bis zu 12 Monate) enden daher mit dem Ablauf der gewählten Vertragsdauer von selbst.

Zusätzlicher Hinweis für die befristete Auslandsreise-Krankenversicherung nach Tarif RV und die befristete Auslandsreise-Krankenversicherung Austria nach Tarif RV/RVV:

Eine Rückzahlung der Prämie bei Abbruch des Auslandsaufenthaltes ist nicht möglich. Eine Prämienrückgewähr nach Ablauf der gesetzlichen Rücktrittsfrist und bei Nichtantritt des Auslandsaufenthaltes ist ausgeschlossen.

Reiseversicherungsverträge auf unbestimmte Laufzeit (PLUS RISK Jahresreiseversicherung)

Jede Vertragspartei kann den Vertrag unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode kündigen.

Auslandsreise-Krankenversicherung Jahresschutz auf unbestimmte Laufzeit (wie z.B. Tarif RE/RF)

Der Versicherungsnehmer ist berechtigt, die Versicherung zum Ende eines jeden Versicherungsjahres unter Einhaltung einer dreimonatigen Frist schriftlich zu kündigen. Der Versicherer hat das Recht, den Versicherungsvertrag entsprechend den

Versicherungsbedingungen (Informationen für den Versicherungsnehmer) einseitig zu beenden.

6. Zahlungsbedingungen

Sie können in Abhängigkeit des jeweiligen Produktes folgende Zahlungsformen auswählen: Kreditkarte, EPS-Online-Überweisung oder Bankeinzug (SEPA-Lastschrift).

Bei der Zahlform Kreditkarte und EPS-Online-Überweisung erfolgt die Belastung Ihres Kontos unmittelbar nach Vertragsabschluss. Bei der gewählten Zahlungsart Bankeinzug (SEPA-Lastschrift) wird der Zahlungsbetrag von Ihrem angegebenen Konto eingezogen.

7. Belehrung über Rücktrittsrechte

7.1. Nach § 5c Versicherungsvertragsgesetz (VersVG)

- a) Sie können von Ihrem Versicherungsvertrag innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in geschriebener Form (z. B. Brief, Fax, E-Mail) zurücktreten.
- b) Die Rücktrittsfrist beginnt mit der Verständigung vom Zustandekommen des Versicherungsvertrages (= Zusendung der Polizze bzw. Versicherungsschein), jedoch nicht, bevor Sie den Versicherungsschein und die Versicherungsbedingungen einschließlich der Bestimmungen über die Prämienfestsetzung oder -änderung und diese Belehrung über das Rücktrittsrecht erhalten haben.
- c) Die Rücktrittserklärung ist zu richten an: WIENER STÄDTISCHE Versicherung AG Vienna Insurance Group, Schottenring 30, Postfach 80, 1010 Wien, oder per E-Mail an kundenservice@wienerstaedtsche.at oder per Fax an +43 (0) 50 350 99 20000. Zur Wahrung der Rücktrittsfrist reicht es aus, dass Sie die Rücktrittserklärung vor Ablauf der Rücktrittsfrist absenden. Die Erklärung ist auch wirksam, wenn sie in den Machtbereich Ihres Versicherungsvertreters gelangt.
- d) Mit dem Rücktritt enden ein allfällig bereits gewährter Versicherungsschutz und Ihre künftigen Verpflichtungen aus dem Versicherungsvertrag. Hat der Versicherer bereits Deckung gewährt, so gebührt ihm eine der Deckungsdauer entsprechende Prämie. Wenn Sie bereits Prämien an den Versicherer geleistet haben, die über diese Prämie hinausgehen, so hat sie Ihnen der Versicherer ohne Abzüge zurückzuzahlen.
- e) Das Rücktrittsrecht erlischt spätestens einen Monat, nachdem Sie den Versicherungsschein einschließlich dieser Belehrung über das Rücktrittsrecht erhalten haben, es sei denn, diese Belehrung wäre derart fehlerhaft, dass sie Ihnen die Möglichkeit nimmt, Ihr Rücktrittsrecht im Wesentlichen unter denselben Bedingungen wie bei zutreffender Belehrung auszuüben.

7.2. Nach § 8 Fern-Finanzdienstleistungs-Gesetz (FernFinG)

- a) Wurde der Vertrag ausschließlich im Wege des Fernabsatzes (z. B. Telefon, Internet, E-Mail, SMS, Direct-Mail) abgeschlossen, kann ein Verbraucher vom Vertrag oder seiner Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen zurücktreten.
- b) Die Rücktrittsfrist beginnt mit dem Tag des Vertragsabschlusses. Hat aber der Verbraucher die Vertragsbedingungen und Vertriebsinformationen erst nach Vertragsabschluss erhalten, so beginnt die Rücktrittsfrist mit dem Erhalt aller dieser Bedingungen und Informationen.
- c) Die Frist ist jedenfalls gewahrt, wenn der Rücktritt schriftlich oder auf einem anderen, dem Empfänger zur Verfügung stehenden und zugänglichen dauerhaften Datenträger erklärt und diese Erklärung vor dem Ablauf der Frist abgesendet wird.
- d) Das Rücktrittsrecht besteht nicht bei kurzfristigen Versicherungen mit einer Laufzeit von weniger als einem Monat.
- e) Macht der Verbraucher von seinem Rücktrittsrecht keinen Gebrauch, bleibt der Vertrag aufrecht.

8. Rücktrittswirkungen

Tritt der Verbraucher vom Vertrag zurück, so hat

- 8.1. der Unternehmer dem Verbraucher unverzüglich, spätestens aber binnen 30 Tagen ab Erhalt der Rücktrittserklärung, jeden Betrag, den er von diesem vertragsgemäß erhalten hat, abzüglich einer anteiligen Prämie, zu erstatten;
- 8.2. der Verbraucher unverzüglich, spätestens aber innerhalb von 30 Tagen ab Absendung der Rücktrittserklärung, dem Unternehmer von diesem erhaltene Geldbeträge und Gegenstände zurückzugeben.

Der Rücktritt ist zu richten an:
WIENER STÄDTISCHE Versicherung AG
Vienna Insurance Group
1010 Wien, Schottenring 30
E-Mail: kundenservice@wienerstaedtsche.at

Die Rücktrittsfrist ist jedenfalls gewahrt, wenn der Rücktritt schriftlich (z. B. per unterschriebenem Brief) oder auf einem anderen uns zur Verfügung stehenden und zugänglichen dauerhaften Datenträger oder in geschriebener Form (z. B. per E-Mail) erklärt wird und diese Erklärung vor Ablauf der Frist abgesendet wird.

9. Wesentliche Merkmale des Versicherungsschutzes

Eine Leistungsbeschreibung über das von Ihnen gewählte Versicherungsprodukt ist dem elektronischen Versicherungsvertrag (der Polizze) und den Versicherungsbedingungen zu entnehmen. Im Versicherungsfall werden Leistungen der Wiener Städtischen mit Beendigung der Erhebungen fällig, die zur Feststellung der Leistungen notwendig sind.

10. Gültigkeitsdauer der Produktinformationen

Produktinformationen bleiben so lange gültig, wie sie auf der Website oder in der App der Wiener Städtischen eingesehen

werden können.

11. Vertragsgrundlagen, anwendbares Recht, Gerichtsstand

Für den Vertragsinhalt sind der Antrag, die Versicherungsbedingungen sowie diese Allgemeinen Informationen maßgebend. Für die gesamte vorvertragliche und vertragliche Rechtsbeziehung gilt österreichisches Recht. Für etwaige Rechtsstreitigkeiten aus dem Rechtsverhältnis stehen Ihnen die gesetzlichen Gerichtsstände zur Verfügung.

12. Beschwerdestellen

Bei Beschwerden wenden Sie sich bitte an die Serviceline +43 (0)50 350 350 oder kundenservice@wienersaetdtische.at oder an die Beschwerdestelle beim Bundesminister für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Stubenring 1, 1010 Wien, versicherungsbeschwerde@sozialministerium.at.

Die Möglichkeit den Rechtsweg zu bestreiten, bleibt davon unberührt. Im Falle von Streitigkeiten können Sie sich an die Verbraucherschlichtungsstelle www.verbraucherschlichtung.at wenden. Die Teilnahme an einem Schlichtungsverfahren ist freiwillig.

13. Sprache

Die in der gesamten Geschäftsbeziehung angewendete Sprache ist Deutsch.

Bestätigungen für die Reiseversicherung erhalten Sie in deutscher, englischer und spanischer Sprache.

Bestätigungen für die Krankenversicherung erhalten Sie bei Reisen ins Ausland in deutscher, englischer und spanischer Sprache, bei Reisen nach Österreich in deutscher und englischer Sprache.

14. Vertragsspeicherung

Ihre Vertragsdaten werden von uns elektronisch gespeichert, jedoch nicht in einer Weise, die Ihnen den Zugriff darauf ermöglichen würde.

LEVEL UP HELP MIT SONDERKLASSE NACH UNFÄLLEN ALLGEMEINE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN FÜR DIE KRANKENHAUS-TAGEGELD- VERSICHERUNG BZW. SONDERKLASSE-VERSICHERUNG NACH TARIF WWHL (VERSICHERUNGSSCHUTZ FÜR UNMITTELBARE UNFALLFOLGEN)

Version: 58KKON3 (16.02)

Personenbezogene Bezeichnungen in diesem Dokument beziehen sich auf alle Geschlechter in gleicher Weise.
Versicherungsnehmer ist die Person, die mit der WIENER STÄDTISCHE Versicherung AG Vienna Insurance Group den
Versicherungsvertrag abschließt. Versicherte Personen sind jene Personen, deren Krankenhausaufenthalte versichert sind.
Versicherer ist die WIENER STÄDTISCHE Versicherung AG Vienna Insurance Group.

INHALTSVERZEICHNIS

1. Was ist versichert?
2. Was wird vom Versicherer geleistet?
3. Welche Informations- und Organisationsleistungen bieten wir Ihnen im Zusammenhang mit der medizinischen Behandlung Ihrer Unfallfolgen? Erhalten Sie auch Transportkosten ersetzt?
4. Welche zusätzlichen Serviceleistungen (Assistance-Leistungen) können Sie beanspruchen?
5. Wer kann nach diesem Tarif versichert werden?
6. Tarifumstellung im Alter von 29 Jahren
7. Was ist bei der Antragstellung zu beachten?
8. Wann beginnt der Versicherungsschutz?
9. Für welche Krankenanstalten besteht Versicherungsschutz?
10. Mit welchen Einschränkungen des Versicherungsschutzes müssen sie rechnen?
11. Was gilt für die Auszahlung der Versicherungsleistungen?
12. Kann Ruhen des Versicherungsschutzes vereinbart werden?
13. Wann endet der Versicherungsschutz?
14. Wie berechnet sich Ihre Prämie?
15. Was geschieht, wenn Sie eine Prämie nicht rechtzeitig bezahlen?
16. Welche Bedeutung haben Ihre Antworten bzw. Aussagen im Versicherungsantrag?
17. Welche sonstigen Auskunftspflichten sind von Ihnen zu erfüllen?
18. Wann können Sie den Versicherungsvertrag kündigen?
19. Wann kann der Versicherer den Versicherungsvertrag sonst noch einseitig beenden bzw. was ist die Folge, wenn Sie im Versicherungsfall unrichtige Angaben machen oder sich nicht an ärztliche Verhaltensmaßregeln halten?
20. Aus welchen sonstigen Gründen endet der Versicherungsvertrag? Kann der Versicherungsvertrag fortgeführt werden? Welche Prämie ist für die Fortführung zu zahlen?
21. Unter welchen Voraussetzungen erhalten Sie von uns eine Invaliditäts-Barleistung?
22. Was gilt für Erklärungen, die den Versicherungsvertrag betreffen?
23. Wo sind die Verpflichtungen aus dem Versicherungsvertrag zu erfüllen? Wo können Ansprüche gerichtlich geltend gemacht werden?
24. Unter welchen Voraussetzungen können die Prämie oder der Versicherungsschutz geändert werden (Anpassung)?

1. Was ist versichert?

- 1.1. Versichert sind stationäre Aufenthalte und auch ambulante Operationen zum Zweck der medizinisch notwendigen Heilbehandlung der versicherten Person wegen unmittelbarer Unfallfolgen. Als unmittelbare Unfallfolgen gelten solche Unfallfolgen, die direkt mit dem Unfall im Zusammenhang stehen und vom Arzt innerhalb von zwei Jahren nach dem Unfall behandelt werden. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung, er endet, wenn nach medizinischem Befund die Notwendigkeit der Heilbehandlung nicht mehr besteht. Heilbehandlung ist eine medizinische Behandlung, die nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft geeignet erscheint, die Gesundheit wieder herzustellen, den Zustand zu bessern oder eine Verschlechterung zu verhindern.
- 1.2. Unfall ist ein vom Willen der versicherten Person unabhängiges Ereignis, das plötzlich von außen mechanisch oder chemisch auf den Körper einwirkt und eine körperliche Schädigung nach sich zieht. Als Unfall gelten auch folgende vom Willen der versicherten Person unabhängige Ereignisse:
 - Ertrinken, Verbrennungen, Verbrühungen, Einwirkungen von Blitzschlag oder elektrischem Strom.
 - Einatmen von Gasen oder Dämpfen, Einnehmen von giftigen oder ätzenden Stoffen, es sei denn, dass diese Einwirkungen allmählich erfolgen.
 - Plötzlich eintretende Meniskusverletzungen, sofern keine Vorschädigung bestanden hat.
 - Plötzlich auftretende Verrenkungen von Gliedern sowie Zerrungen und Zerreißen von Gliedmaßen und an der Wirbelsäule befindlichen Muskeln, Sehnen, Bändern und Kapseln, sofern keine Vorschädigung bestanden hat.
- 1.3. Krankheiten gelten nicht als Unfälle, übertragbare Krankheiten auch nicht als Unfallfolgen. Haben Krankheiten oder Gebrechen, die schon vor dem Unfall bestanden haben, die Unfallfolgen beeinflusst, ist die Leistung entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens zu kürzen, sofern dieser Anteil mindestens 25 % beträgt.
- 1.4. Unfälle als Folge eines Herzinfarkts oder Schlaganfalls sind mitversichert. Ein Herzinfarkt oder Schlaganfall gelten jedoch in keinem Fall als Unfallfolge.
- 1.5. Für Bandscheibenhernien wird eine Leistung nur erbracht, wenn sie durch direkte mechanische Einwirkung auf die Wirbelsäule entstanden sind und es sich nicht um eine Verschlimmerung von vor dem Unfall bestandenen Krankheitserscheinungen handelt.
- 1.6. 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.
- 1.7. Als Versicherungsfälle gelten auch von einem Sozialversicherungsträger bewilligte Aufenthalte in Sonderkrankenanstalten zwecks Rehabilitation nach Unfällen. Der Unterbringung durch die Sozialversicherung gleichzustellen ist die Gewährung eines täglichen Zuschusses für einen Aufenthalt in einer derartigen Sonderkrankenanstalt.
- 1.8. Versichert sind auch:
 - Kosmetische Behandlungen und Operationen, soweit diese Maßnahmen stationär vorgenommen werden müssen und der Beseitigung von unmittelbaren Unfallfolgen dienen.
 - Zahnimplantationen sowie die damit in ursächlichem Zusammenhang stehenden Maßnahmen und Folgen, wenn sie der Beseitigung von unmittelbaren Unfallfolgen dienen.

2. Was wird vom Versicherer geleistet?

- 2.1. Die aus Ihrem Versicherungsschein ersichtliche Tagegeldsumme wird von uns für jeden Tag einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung wegen unmittelbarer Unfallfolgen gemäß Punkt 1. ausgezahlt.
- 2.2. Wahlweise können Sie von uns anstelle der Taggeldauszahlung auch den Ersatz der Aufzahlungskosten für die Sonderklasse-Zweibettzimmer für die medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung der versicherten Person wegen unmittelbarer Unfallfolgen bis zu den in der Ihrem Versicherungsschein beiliegenden Leistungsübersicht angeführten Beträgen für versicherte Heilbehandlungen in Österreich sowie in allen öffentlichen Krankenhäusern aller Staaten der Welt verlangen; in privaten Spitälern erbringen wir jene Leistung, die wir für die entsprechende Behandlung mit einem Wiener Vertragskrankenhaus vereinbart haben. In den USA ersetzen wir wahlweise für alle versicherten Krankenhausaufenthalte Ihre Krankenhausgebühren und Arzthonorare für Aufenthalte in einem Zweibettzimmer abzüglich der Leistung des Sozialversicherungsträgers, wenn die Kostenverrechnung über einen vom Versicherer beauftragten Assistenten erfolgt.
- 2.3. Im Übrigen werden im Versicherungsfall Leistungen bis zu den Beträgen erbracht, die sich aus der Ihrem Versicherungsschein beiliegenden Leistungsübersicht ergeben. Für die Einstufung von Operationen ist das jeweilige mit der Ärztekammer Wien zuletzt vereinbarte Operationsgruppen Verzeichnis maßgebend. Dieses wird dem Versicherungsnehmer auf Verlangen ausgehändigt. Bei Mehrfachoperationen wird die höchste Operationsgruppe abgegolten. Dies gilt auch für ambulante Operationen. Als Operationskosten gelten das Honorar des Operateurs, des Anästhesisten, der bei der Operation assistierenden Ärzte und die Kosten des Pflegepersonals für die Operation einschließlich Vor- und Nachbehandlung. Damit verbundene Sachkosten, wie zum Beispiel Kosten von Körperersatzstücken, Implantaten und sonstigen therapeutischen Behelfen wie insbesondere Apparaturen, die Organe ersetzen oder in ihrer Funktion unterstützen, werden nicht gesondert ersetzt.
- 2.4. Besteht Anspruch auf gleichartigen Kostenersatz aus einem anderen, bei welchem Versicherer auch immer bestehenden Versicherungsvertrag, aus der Sozialversicherung oder gegenüber sonstigen Dritten, sind wir berechtigt, diesen Ersatz auf unsere Leistungen anzurechnen. Sie sind verpflichtet, uns diese Ansprüche abzutreten, insoweit wir Kostenersatz geleistet haben.
- 2.5. Es werden nur angemessene und ortsübliche Behandlungskosten für ambulante und stationäre Behandlungen durch den Versicherer ersetzt.
- 2.6. Bei Behandlung durch Ehegatten, Lebensgefährten, Partner eingetragener Partnerschaften, Eltern oder Kinder, Stiefeltern oder Stiefkinder sowie Schwiegereltern oder Schwiegerkinder des Versicherten werden nur die nachgewiesenen Sachkosten erstattet.
- 2.7. Die versicherte Person hat die zumutbaren Vorgaben des Versicherers hinsichtlich der Leistungsverrechnung (insbesondere die Zustimmung zur Abwicklung über einen Assistenten des Versicherers etc.) zu beachten.
- 2.8. Bei planbaren Krankenhausaufenthalten ist der Versicherer so rechtzeitig vor Aufnahme der versicherten Person im

Krankenhaus zu verständigen, dass eine angemessene Prüfung des Leistungsanspruches gemäß Punkt 2.2. und gegebenenfalls die Anforderung und Übermittlung weiterer zur Prüfung notwendigen Unterlagen (Kostenvoranschlag etc.) erfolgen kann.

3. Welche Informations- und Organisationsleistungen bieten wir Ihnen im Zusammenhang mit der medizinischen Behandlung Ihrer Unfallfolgen? Erhalten Sie auch Transportkosten ersetzt?

Im Zusammenhang mit einem versicherten Unfallereignis stehen Ihnen die angeführten Informations- und Organisationsleistungen im Rahmen eines telefonischen 24-Stunden- Services zur Verfügung:

3.1. Die Informationsleistungen umfassen:

- a) die Erteilung detaillierter Auskünfte über Ärzte, Krankenhäuser, Reha-Einrichtungen und andere medizinische Dienstleistungsanbieter;
- b) die Erteilung ärztlicher Informationen und Auskünfte zu medizinischen Fragen, medizinischen Behandlungen aller Art (auch Komplementärmedizin), Medikamenten etc.;
- c) die Benennung von Notfalladressen, wie beispielsweise Apothekennotdienste, ärztliche Bereitschaftsdienste, Zahnarztendienste für den Raum Österreich.

3.2. Die Organisationsleistungen bestehen in der

- a) Organisation der Reise (Ticket- und/oder Hotelbuchung) zum Zweck einer medizinisch notwendigen Behandlung im Ausland;
- b) Organisation von medizinisch notwendigen Transporten mit Pkw, Kranken-, Rettungs- und Notarztwagen, per Stretcher, Helikopter oder Ambulanzflugzeug zur stationären Behandlung im In- und Ausland;
- c) Benachrichtigung von Angehörigen;
- d) Organisation von Bargeldvorlagen, Kautionen oder Kostenübernahmeerklärungen für stationäre Behandlungen;
- e) Organisation der Nachsendung von Bescheinigungen und Dokumenten;
- f) Organisation der Heimreise (z. B. Ticketumbuchung).

3.3. Vollen Kostenersatz erhalten Sie von der Wiener Städtischen auch für

- a) den Transport zur geplanten stationären Behandlung ins Ausland sowie den Rücktransport, wenn diese Behandlung aufgrund des medizinischen Standards in Österreich nicht durchführbar ist;
- b) einen medizinisch notwendigen Transport zur stationären Weiterbehandlung im Inland sowie den Rücktransport;
- c) die Bescheinigung der Flugtauglichkeit im Falle einer Rückholung aus dem Ausland;
- d) eine medizinische Begleitung auf der Heimreise aus dem Ausland, wenn diese aus ärztlicher Sicht notwendig ist;
- e) die Beschaffung und den Transport von Blutkonserven und Seren sowie Medikamenten ins Ausland bei deren Verlust;
- f) die Begleitung von Kindern bis 12 Jahren im Spital sowie für die Reise ins Ausland und zurück.

Die Leistungen nach Ziffer a) bis f) werden nur erbracht, wenn es sich um eine medizinisch notwendige Maßnahme im Zusammenhang mit einem versicherten Unfallereignis im Sinne der Allgemeinen Versicherungsbedingungen handelt. Weiters werden die Leistungen a) bis b) nur erbracht, wenn sie von einem von der Wiener Städtischen beauftragten Unternehmen organisiert werden.

4. Welche zusätzlichen Serviceleistungen (Assistance-Leistungen) können Sie beanspruchen?

- 4.1.** Mitversichert sind Organisation bzw. Kostenübernahme nachstehend angeführter Serviceleistungen. Voraussetzung für die Inanspruchnahme dieser Leistungen ist ein zumindest 24-stündiger Spitalaufenthalt einer versicherten Person wegen Unfallfolgen, für den aus diesem Tarif Versicherungsschutz besteht. Die nachfolgenden Leistungen können von Ihnen allerdings bereits ab dem Eintritt des Ereignisses in Anspruch genommen werden, wenn die Voraussetzung eines mindestens 24-stündigen Spitalaufenthalts mit großer Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist.

- 4.2.** Kosten für Serviceleistungen im Haushaltsbereich werden ersetzt, soweit diese notwendig sind und nicht von einer anderen in Ihrem Haushalt lebenden Person übernommen werden können. Darunter fallen z. B.

- häusliche Versorgung der versicherten Person,
- Essensversorgung,
- Wohnungsreinigung, Wohnungssicherung,
- Versorgung von Kindern im selben Haushalt,
- Versorgung von Haustieren im selben Haushalt,
- unaufschiebbare Behördenwege.

Diese Leistungen werden für Sie organisiert und die dadurch entstehenden Kosten bis zu dem in der Leistungsübersicht zum Versicherungsschein angeführten Betrag pro Tag übernommen. Dazu genügt ein kurzer Anruf unter unserer Service-Nummer. Der Servicedienst der Wiener Städtischen meldet sich – rund um die Uhr. Sollten Sie diese Leistungen von Professionisten eigenständig durchführen lassen, erhalten Sie Kostenersatz bis zu dem in der Leistungsübersicht zum Versicherungsschein angeführten Betrag pro Tag.

Im Falle der Betreuung von Kindern bis zum 15. Lebensjahr durch Nachbarn, Bekannte oder Verwandte, die nicht im gleichen Haushalt leben, werden nachgewiesene Kosten bis zu dem in der Leistungsübersicht zum Versicherungsschein angeführten Betrag pro Tag ersetzt.

Pro Kalenderjahr und Vertrag ist die Inanspruchnahme von Serviceleistungen auf insgesamt sechs Wochen beschränkt.

Diese Hilfeleistungen werden nur in Österreich übernommen. Pro Tag wird insgesamt maximal der in der Leistungsübersicht zum Versicherungsschein angeführte Betrag ersetzt. Wenn Sie Leistungen für einen durchgehenden Zeitraum von mehr als zwölf Tagen in Anspruch nehmen wollen, müssen Sie für die darüber hinausgehende Verlängerung von uns die vorherige Zustimmung einholen.

- 4.3.** Falls Ihnen aus einem versicherten Unfall für die erstmalige Rechtsberatung und/oder für einen Dolmetscher Kosten

erwachsen, ersetzen wir Ihnen Kosten bis zu dem in der Leistungsübersicht zum Versicherungsschein angeführten Betrag.

- 4.4. Nach einem versicherten Unfall mit Dauerfolgen organisiert unser Servicedienst auf Wunsch die nachstehenden Dienstleistungen:

- Beratung für Lebensplanung,
- psychologische Beratung,
- Beratung für Wohnungsumbau,
- Beratung für Berufsumschulung.

5. **Wer kann nach diesem Tarif versichert werden?**

Versichert können nur Personen werden, die erwerbsfähig und jünger als 27 Jahre sind, und ihren ordentlichen Wohnsitz in Österreich haben, sofern nicht eine andere Vereinbarung getroffen wird. Personen, die einen Anspruch auf Pension (Berufs- (Erwerbs-)unfähigkeits-, oder Invaliditätspension) oder auf eine Versehenrente haben, können nicht versichert werden. Auch Kinder können ab Vollendung des 14. Lebensjahres versichert werden.

6. **Tarifumstellung im Alter von 29 Jahren**

Zum Monatsersten vor dem 29. Geburtstag erfolgt automatisch eine Umstellung auf die „Krankenhaus-Taggeld-Versicherung bzw. Sonderklasse-Versicherung mit Wertanpassung nach Tarif WWH (Versicherungsschutz für unmittelbare Unfallfolgen)“ mit altersunabhängiger Einheitsprämie.

7. **Was ist bei der Antragstellung zu beachten?**

- 7.1. Als Versicherungsnehmer stellen Sie einen Antrag auf Abschluss der Versicherung in geschriebener Form. An diesen Antrag sind Sie sechs Wochen lang gebunden.
- 7.2. Vertragsgrundlagen sind Ihr Versicherungsantrag, der Versicherungsschein, die Leistungsübersichten und die Versicherungsbedingungen. Soweit nichts Abweichendes vereinbart ist, gilt österreichisches Recht, insbesondere das Versicherungsvertragsgesetz.

8. **Wann beginnt der Versicherungsschutz?**

Der Versicherungsschutz beginnt mit Abschluss des Versicherungsvertrags, jedoch nicht vor Bezahlung der ersten Prämie und nicht vor dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn).

9. **Für welche Krankenanstalten besteht Versicherungsschutz?**

- 9.1. Stationäre Heilbehandlung im Sinne dieser Versicherungsbedingungen ist eine Heilbehandlung im Rahmen eines medizinisch notwendigen stationären Aufenthalts in sanitätsbehördlich genehmigten Krankenanstalten oder Abteilungen von Krankenanstalten, sofern diese ständige ärztliche Anwesenheit vorsehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen, ausschließlich nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft arbeiten, nicht auf die Anwendung bestimmter Behandlungsmethoden ausgerichtet sind, sowie Krankengeschichten führen. Als stationär gilt ein Aufenthalt nur, wenn die Art der Heilbehandlung einen Aufenthalt von mindestens 24 Stunden erfordert. Als medizinisch notwendig gilt ein stationärer Aufenthalt insbesondere nicht, wenn er lediglich im Mangel an häuslicher Pflege oder sonstigen persönlichen Verhältnissen der versicherten Person begründet ist oder die Behandlung ambulant erfolgen kann.
- 9.2. In den nachstehend angeführten Krankenanstalten bzw. den entsprechenden Organisationseinheiten und Betriebsformen von Krankenanstalten aller Art werden Leistungen nur insoweit erbracht, als ein operativer Eingriff vorgenommen wird:
- die nicht nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft arbeiten;
 - in denen neben stationärer Heilbehandlung auch Rehabilitationsmaßnahmen oder Kurbehandlungen durchgeführt werden;
 - in denen Langzeitbehandlungen (durchschnittliche Behandlungsdauer von mehr als 28 Tagen) durchgeführt werden.
- 9.3. In den nachstehend angeführten Krankenanstalten bzw. den entsprechenden Organisationseinheiten und Betriebsformen von Krankenanstalten aller Art besteht kein Versicherungsschutz:
- für psychische Erkrankungen bzw. für psychosomatische Behandlungen oder in Zentren für seelische Gesundheit;
 - Geriatrie;
 - Hospizeinrichtungen;
 - in denen vornehmlich Maßnahmen der Palliativmedizin durchgeführt werden;
 - für Alkohol- und Drogenabhängige;
 - für geistig abnorme Rechtsbrecher;
 - zur Pflege wegen Alters oder mangels häuslicher Pflege; sowie in
 - Sanitätseinrichtungen des Bundesheers;
 - Krankenabteilungen in Justizanstalten (Inquisitenspitälern);
 - selbstständige Ambulatorien (auch wenn die durchzuführende Untersuchung oder Behandlung eine kurzfristige Unterbringung erforderlich macht);
 - Tag- und Nachtkliniken.

10. **Mit welchen Einschränkungen des Versicherungsschutzes müssen sie rechnen?**

- 10.1. Für Unfälle, die vor Versicherungsbeginn entstanden sind (= Vorunfälle), besteht kein Versicherungsschutz, auch nicht für später eintretende Folgen dieser Unfälle.
- 10.2. Kein Versicherungsschutz besteht für die Heilbehandlung

- von Folgen von Unfällen, die als Folge eines missbräuchlichen Genusses von Alkohol oder Suchtgiften eintreten;
- bei Unterbringung wegen Selbst- oder Fremdgefährdung;
- von Unfällen sowie deren Folgen, die durch aktive Beteiligung an Unruhen durch schuldhaftige Beteiligung an Schlägereien oder bei der Begehung einer gerichtlich strafbaren Handlung, die Vorsatz voraussetzt, entstehen;
- von Folgen von Selbstmordversuchen;
- von auf Vorsatz der versicherten Person beruhende Unfälle, einschließlich deren Folgen;
- von Unfällen sowie deren Folgen, die durch Kriegsereignisse jeder Art, einschließlich Neutralitätsverletzungen, entstehen;
- von Unfällen, die sich bei der Benützung von Paragleitern, Hängegleitern und ähnlichen Luftfahrzeugen bzw. -geräten sowie bei Fallschirmabsprüngen ereignen;
- von Unfällen, die sich bei Beteiligung an motorsportlichen Wettbewerben (auch Wertungsfahrten und Ralleys) und den dazugehörigen Trainingsfahrten ereignen;
- von Folgen von Unfällen, die sich bei der Teilnahme an Bundes- oder internationalen sportlichen Wettbewerben sowie am offiziellen Training für diese Veranstaltungen ereignen;
- von Unfällen die mittelbar oder unmittelbar durch den Einfluss ionisierender Strahlen im Sinne des Strahlenschutzgesetzes (BGBI. Nr. 227/1969) in der jeweils geltenden Fassung, durch Kernenergie verursacht werden.

11. Was gilt für die Auszahlung der Versicherungsleistungen?

- 11.1. Die Versicherungsleistung wird mit Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalls und des Umfangs der Leistung des Versicherers nötigen Erhebungen erbracht.
- 11.2. Die Versicherungsleistung ist mit Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalls und des Umfangs der Leistung nötigen Erhebungen fällig. Die Fälligkeit tritt jedoch unabhängig davon ein, wenn Sie nach Ablauf von zwei Monaten seit Anmeldung des Versicherungsfalls eine Erklärung verlangen, aus welchen Gründen die Erhebungen noch nicht beendet werden konnten, und wir diesem Verlangen nicht binnen eines Monats entsprechen.
- 11.3. Wir dürfen den jeweiligen Überbringer von Belegen als zum Empfang der darauf entfallenden Versicherungsleistungen berechtigt ansehen.
- 11.4. Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistung sowie Kosten für Übersetzungen sind von Ihnen zu tragen.
- 11.5. Die Ansprüche auf Versicherungsleistungen können ohne unsere Zustimmung weder verpfändet noch abgetreten werden. Sie können gegen Forderungen von uns nur aufrechnen, wenn Ihre Gegenforderungen gerichtlich festgestellt oder von uns anerkannt worden sind.
- 11.6. Die Ansprüche auf die Versicherungsleistungen verjähren in drei Jahren. Ist ein Anspruch bei uns angemeldet worden, so ist die Verjährung bis zum Einlangen einer Entscheidung in geschriebener Form von uns gehemmt, die zumindest mit der Anführung einer der Ablehnung zugrunde gelegten Tatsache und gesetzlichen oder vertraglichen Bestimmung begründet ist. Nach zehn Jahren tritt die Verjährung jedenfalls ein.

12. Kann Ruhen des Versicherungsschutzes vereinbart werden?

- 12.1. Sie können in begründeten Fällen für einen im Voraus bestimmten Zeitraum von nicht mehr als zwölf Monaten das Ruhen der Rechte und Pflichten aus dem Versicherungsvertrag beantragen.
- 12.2. Für Versicherungsfälle, die während des Ruhens des Versicherungsvertrags eingetreten sind, besteht kein Versicherungsschutz. Für die Fortsetzung der Heilbehandlung nach Ende des Ruhens besteht Versicherungsschutz ab dem Ende des Ruhens.
Für die Zeit des Ruhens ist von Ihnen ein Anerkennungsbeitrag im Ausmaß von 10 % der Prämie im Voraus für die vereinbarte Dauer des Ruhens zu entrichten. Eine Wiederinkraftsetzung der Versicherung vor Ablauf der vereinbarten Frist können wir von einer Gesundheitsprüfung abhängig machen.

13. Wann endet der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz endet mit der Beendigung des Versicherungsvertrags. Dies gilt auch für bereits vorher eingetretene Versicherungsfälle.

14. Wie berechnet sich Ihre Prämie?

- 14.1. Die Prämie ist eine Monatsprämie und am 1. eines jeden Monats fällig. Die erste Prämie ist spätestens bei Aushändigung des Versicherungsscheins fällig.
- 14.2. Die Prämien sind für uns kostenfrei zu entrichten.
- 14.3. Für allfällige durch den Versicherungsnehmer veranlasste Mehraufwendungen können Gebühren verrechnet werden.

15. Was geschieht, wenn Sie eine Prämie nicht rechtzeitig bezahlen?

- 15.1. Wenn Sie die erste Prämie nicht innerhalb von 14 Tagen nach der Zustellung des Versicherungsscheins und nach der Aufforderung zur Prämienzahlung bezahlen, sind wir leistungsfrei, es sei denn, dass Sie an der rechtzeitigen Zahlung ohne Verschulden verhindert waren. Wir können außerdem vom Versicherungsvertrag zurücktreten. Es gilt als Rücktritt, wenn wir die erste Prämie nicht innerhalb von drei Monaten vom Fälligkeitstag an gerichtlich geltend machen.
- 15.2. Wenn Sie eine Folgeprämie nicht rechtzeitig bezahlen, so erhalten Sie eine Mahnung in geschriebener Form. Bezahlen Sie den Rückstand nicht innerhalb der in der Mahnung gesetzten Frist von zwei Wochen, können wir den Versicherungsvertrag zum Ablauf der Frist kündigen. Außerdem entfällt Ihr Versicherungsschutz, es sei denn, dass Sie an der rechtzeitigen Zahlung ohne Verschulden verhindert waren.
- 15.3. Eingehende Prämienzahlungen werden auf die älteste Prämienschuld angerechnet.

16. Welche Bedeutung haben Ihre Antworten bzw. Aussagen im Versicherungsantrag?

- 16.1. Wir übernehmen den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, dass Sie alle mit dem Antrag verbundenen Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten bzw. dass Ihre Auskünfte richtig sind.
- 16.2. Wenn eine andere Person versichert werden soll, ist auch diese für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung und für die Richtigkeit dieser Auskünfte verantwortlich.
- 16.3. Sie und die versicherten Personen haben bei der Antragstellung und zwischen Antragstellung und Zustellung (Aushändigung) des Versicherungsscheins alle erheblichen Gefahrumstände anzuzeigen. Jeder Gefahrumstand, nach dem wir ausdrücklich und in geschriebener Form gefragt haben, gilt im Zweifel als erheblich.
- 16.4. Werden Fragen schuldhaft unrichtig oder unvollständig beantwortet bzw. falsche Auskünfte erteilt, können wir innerhalb der ersten drei Jahre nach Abschluss oder Änderung des Versicherungsvertrags vom Versicherungsvertrag zurücktreten. Das Gleiche gilt, wenn die Anzeige eines erheblichen Gefahrumstandes deshalb unterblieben ist, weil Sie sich der Kenntnis des Umstandes arglistig entzogen haben.
Wir werden den Rücktritt innerhalb eines Monats ab Kenntnis von der Unrichtigkeit oder Unvollständigkeit der Angaben erklären.
Der Rücktritt ist ausgeschlossen, wenn wir den nicht (vollständig) oder unrichtig angezeigten Umstand kannten. Er ist auch ausgeschlossen, wenn die Verletzung der Anzeigepflicht ohne Ihr Verschulden unterblieben ist; haben Sie jedoch einen Umstand nicht angezeigt, nach dem wir nicht ausdrücklich und genau umschrieben gefragt haben, so können wir vom Versicherungsvertrag nur dann zurücktreten, wenn die Anzeige vorsätzlich oder grob fahrlässig unterblieben ist. Hatten Sie die Gefahrumstände anhand von von uns in geschriebener Form gestellter Fragen anzuzeigen, so können wir wegen unterbliebener Anzeige eines Umstandes, nach dem nicht ausdrücklich und genau umschrieben gefragt worden ist, nur im Falle arglistiger Verschweigung zurücktreten.
Wird der Versicherungsvertrag von einem Bevollmächtigten oder von einem Vertreter ohne Vertretungsmacht abgeschlossen, so kommt für das Rücktrittsrecht des Versicherers nicht nur die Kenntnis und die Arglist des Vertreters, sondern auch die Kenntnis und die Arglist des Versicherungsnehmers in Betracht. Sie können sich darauf, dass die Anzeige eines erheblichen Umstandes ohne Verschulden unterblieben oder unrichtig gemacht ist, nur berufen, wenn weder dem Vertreter noch Ihnen selbst ein Verschulden zur Last fällt.
Diese Bestimmungen gelten sinngemäß auch für sonstige versicherte Personen.
- 16.5. Bei arglistiger Täuschung können wir den Versicherungsvertrag anfechten.
- 16.6. Wenn wir vom Versicherungsvertrag zurücktreten, bleiben wir für einen bereits eingetretenen Versicherungsfall leistungspflichtig, soweit der Umstand, in Ansehung dessen die Anzeigepflicht verletzt wurde, keinen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalles oder auf den Umfang unserer Leistung gehabt hat. Der Versicherungsschutz erstreckt sich jedoch keinesfalls über den Zeitpunkt des Rücktritts. Wir können die Rückzahlung der Leistungen verlangen, die sich auf Tatsachen beziehen, die zum Rücktritt geführt haben.
- 16.7. Im Falle des Rücktritts hat der Versicherer Anspruch auf die Prämie bis zum Ende des laufenden Versicherungsmonats.
- 16.8. Bei schuldloser Verletzung der Anzeigepflicht können wir, wenn unser Geschäftsplan bei Vorliegen der uns unbekannt gebliebenen Gefahrumstände eine höhere Prämie vorsieht, von Beginn des laufenden Versicherungsjahres an die entsprechend höhere Prämie verlangen. Ist der unbekannt gebliebene Gefahrumstand nach unserem Geschäftsplan auch gegen eine höhere Prämie nicht versicherbar, können wir den Versicherungsvertrag kündigen.
Das Gleiche gilt, wenn uns beim Abschluss des Versicherungsvertrages ein für die Übernahme der Gefahr erheblicher Umstand nicht angezeigt worden ist, weil er Ihnen nicht bekannt war. Wird die höhere Gefahr nach den für unseren Geschäftsbetrieb maßgebenden Grundsätzen auch gegen eine höhere Prämie nicht übernommen, so können wir das Versicherungsverhältnis unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von einem Monat kündigen. Der Anspruch auf die höhere Prämie erlischt, wenn er nicht innerhalb eines Monats von dem Zeitpunkt an geltend gemacht wird, in welchem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht oder von dem nicht angezeigten Umstand Kenntnis erlangt haben. Das Gleiche gilt für das Kündigungsrecht, wenn es nicht innerhalb des bezeichneten Zeitraums ausgeübt wird.
- 16.9. Wir können aus der fahrlässigen Verletzung einer vereinbarten Obliegenheit Rechte nur ableiten, wenn Ihnen vorher die Versicherungsbedingungen oder eine andere Urkunde zugegangen sind, in der die Obliegenheit mitgeteilt wird.

17. Welche sonstigen Auskunftspflichten sind von Ihnen zu erfüllen?

- 17.1. Sie und die Versicherten haben uns auf Verlangen jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder des Umfangs der Versicherungsleistung erforderlich ist. Dies umfasst auch die Verpflichtung
- sich auf Verlangen durch einen von uns beauftragten Arzt untersuchen zu lassen,
 - von uns geforderte Unterlagen zur Verfügung zu stellen, sowie - falls dies nicht bereits im Antrag erfolgt ist - Dritte (z. B. Ärzte, Versicherungseinrichtungen, Behörden) von ihrer ärztlichen oder sonstigen Schweigepflicht zu entbinden.
- 17.2. Wird für eine versicherte Person bei einem anderen Versicherer ein Krankenversicherungsvertrag abgeschlossen, so sind wir vom weiteren Versicherungsvertrag unverzüglich zu unterrichten.
- 17.3. Verletzt der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person die Auskunftspflicht des Punktes 17.1., so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei. Dies gilt jedoch nicht, 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. Punkt 16.9. gilt sinngemäß.
- 17.4. Wird die in Punkt 17.2. genannte Informationspflicht verletzt, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Erbringung von Summenleistungen, wie z. B. Krankenhaus-Tagegeld, Krankenhaus-Ersatztaggeld, Krankengeld oder Kurzuschüssen frei. Der Versicherer kann überdies den Versicherungsvertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Obliegenheitsverletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen. Kündigt der Versicherer innerhalb eines Monats nicht, so kann er sich auf die Leistungsfreiheit nicht berufen. Leistungsfreiheit und Kündigungsrecht bestehen nicht, wenn die Verletzung als eine unverschuldete anzusehen ist. Punkt 16.9. gilt sinngemäß.

18. **Wann können Sie den Versicherungsvertrag kündigen?**
- 18.1. Der Versicherungsvertrag wird auf unbestimmte Zeit abgeschlossen. Sie haben das Recht, den Versicherungsvertrag nach Ablauf des ersten Versicherungsjahrs jeweils zum Monatsende unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten zu kündigen.
- 18.2. Das Versicherungsjahr richtet sich nach dem ursprünglichen Versicherungsbeginn.
- 18.3. Die Kündigung muss schriftlich erfolgen.
19. **Wann kann der Versicherer den Versicherungsvertrag sonst noch einseitig beenden bzw. was ist die Folge, wenn Sie im Versicherungsfall unrichtige Angaben machen oder sich nicht an ärztliche Verhaltensmaßregeln halten?**
- 19.1. Der Versicherer hat nur in folgenden Fällen das Recht, den Versicherungsvertrag einseitig zu beenden:
- Prämienzahlungsverzug gemäß Punkt 15.1. und 15.2.;
 - Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht gemäß Punkt 16.;
 - Verletzung von Obliegenheiten gemäß Punkt 17.;
 - schuldhaftes Verhalten des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person gemäß dem nachfolgenden Punkt 19.2.
- Werden Prämien gemäß Punkt 16.8. erhöht, hat der Versicherungsnehmer das Recht, den Versicherungsvertrag hinsichtlich der betroffenen Personen innerhalb eines Monats vom Zugang der Mitteilung über die Änderung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung zu kündigen.
- 19.2. Wenn Sie oder eine versicherte Person durch wissentlich falsche Angaben, insbesondere durch Vortäuschung einer Krankheit, Versicherungsleistungen erschleichen oder zu erschleichen versuchen oder bei einer solchen Handlung mitwirken, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei und haben das Recht, den Versicherungsvertrag innerhalb eines Monats, nachdem wir von der Verletzung Kenntnis erlangt haben, ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist zu kündigen. Das Gleiche gilt, wenn Sie bzw. eine versicherte Person im Krankheitsfall den vom Arzt oder von uns gegebenen zumutbaren Verhaltensmaßregeln vorsätzlich oder grob fahrlässig nicht Folge leisten.
- Der Versicherer kann sich im Fall der Verletzung zumutbarer Verhaltensmaßregeln auf die Leistungsfreiheit bzw. das Kündigungsrecht nicht berufen, soweit die Verletzung keinen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalles gehabt hat. Punkt 16.9. gilt sinngemäß.
20. **Aus welchen sonstigen Gründen endet der Versicherungsvertrag? Kann der Versicherungsvertrag fortgeführt werden? Welche Prämie ist für die Fortführung zu zahlen?**
- 20.1. Der Versicherungsvertrag endet mit Ihrem Tod. Eine versicherte Person hat jedoch das Recht, den Versicherungsvertrag unter Benennung eines künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach Ihrem Tod abzugeben.
- 20.2. Mit dem Tod der versicherten Person endet der Versicherungsvertrag.
- 20.3. Der Versicherungsvertrag endet ferner durch Verlegung Ihres Wohnsitzes oder des Wohnsitzes der versicherten Person ins Ausland, es sei denn, dass eine andere Vereinbarung getroffen wird. Die Bestimmungen des Punktes 20.1. gelten sinngemäß.
21. **Unter welchen Voraussetzungen erhalten Sie von uns eine Invaliditäts-Barleistung?**
- Wenn aufgrund eines versicherten Unfalls
- eine zumindest 50%ige Minderung ihrer Erwerbsunfähigkeit eintritt und deshalb
 - ein Anspruch auf Berufs-(Erwerbs-)unfähigkeits-, oder Invaliditätspension oder auf eine Schwerversehrtenrente entsteht, zahlen wir einmalig eine Invaliditäts-Barleistung aus.
22. **Was gilt für Erklärungen, die den Versicherungsvertrag betreffen?**
- 22.1. Für Ihre sämtlichen Anzeigen und Erklärungen an uns 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. Telefax oder E-Mail). Schriftform bedeutet, dass dem Erklärungsempfänger das Original der Erklärung mit eigenhändiger Unterschrift des Erklärenden zugehen muss. Die qualifizierte elektronische Signatur gemäß § 4 Signaturgesetz ist der eigenhändigen Unterschrift nicht gleichgestellt.
- 22.2. Haben Sie Ihre Anschrift geändert, dies uns aber nicht mitgeteilt, so genügt zur Rechtswirksamkeit unserer Erklärungen an Sie die Absendung eines Briefes an die Anschrift, die Sie uns zuletzt bekannt gegeben haben. Die Erklärung wird in dem Zeitpunkt wirksam, in welchem sie Ihnen ohne die Änderung der Anschrift bei regelmäßiger Beförderung zugegangen wäre. Bei vereinbarter elektronischer Kommunikation gilt dies nur, wenn wir Sie rechtzeitig elektronisch von der Zusendung eines Briefes und von den genannten Folgen einer unterbleibenden Mitteilung der Anschriftsänderung verständigt haben (sofern die elektronische Verständigung möglich war). Dies gilt sinngemäß für Erklärungen gegenüber einer versicherten Person.
23. **Wo sind die Verpflichtungen aus dem Versicherungsvertrag zu erfüllen? Wo können Ansprüche gerichtlich geltend gemacht werden?**
- 23.1. Erfüllungsort für die beiderseitigen Verpflichtungen aus dem Versicherungsvertrag ist unsere Generaldirektion in Wien.
- 23.2. Klagen bei uns können bei dem Gericht an unserem Sitz oder bei dem Gericht des Orts anhängig gemacht werden, wo der Vermittlungsagent zur Zeit der Vermittlung seine gewerbliche Niederlassung oder in Ermangelung einer solchen seinen Wohnsitz hatte.
- 23.3. Für Klagen gegen Sie ist das Gericht örtlich zuständig, in dessen Sprengel Sie Ihren Wohnsitz bzw. Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben oder der Ort Ihrer Beschäftigung liegt.
24. **Unter welchen Voraussetzungen können die Prämie oder der Versicherungsschutz geändert werden (Anpassung)**

- 24.1. Als für Änderungen der Prämie oder des Versicherungsschutzes maßgebende Umstände im Sinne des § 178 f. Versicherungsvertragsgesetz gelten die Veränderungen folgender Faktoren:
- der durchschnittlichen Lebenserwartung
 - der Häufigkeit der Inanspruchnahme von Leistungen nach Art der vertraglich vorgesehenen und deren Aufwendigkeit, bezogen auf die zu diesem Tarif Versicherten
 - des Verhältnisses zwischen den vertraglich vereinbarten Leistungen und den entsprechenden Kostenersätzen der gesetzlichen Sozialversicherungen
 - der durch Gesetz, Verordnung, sonstigen behördlichen Akt oder durch Vertrag zwischen dem Versicherer und im Versicherungsvertrag bezeichneten Einrichtungen des Gesundheitswesens festgesetzten Entgelte für die Inanspruchnahme dieser Einrichtungen; bei der Festsetzung der Höhe der Anpassung bleiben jedoch Gebühren und/oder Honorare, über deren Höhe ein Einvernehmen mit dem Versicherer nicht hergestellt worden ist, außer Betracht.
 - des Gesundheitswesens oder der dafür geltenden gesetzlichen Bestimmungen.
- 24.2. Die Erklärung einer rückwirkenden Änderung der Prämie oder des Versicherungsschutzes ist unwirksam; die Erklärung wirkt erst ab dem der Absendung folgenden Monatsersten vom Zeitpunkt der Anpassung an.
- 24.3. Vom Zeitpunkt der Anpassung an ändert sich die Prämie entsprechend den geänderten Versicherungsleistungen.
- 24.4. Eine Anpassung ist nicht durchzuführen, wenn Sie ihr innerhalb eines Monats nach Empfang unserer Mitteilung, die die Möglichkeit der Ablehnung der Anpassung zu enthalten hat, schriftlich widersprechen.
- 24.5. Im Falle eines Widerspruchs sind wir später nicht mehr verpflichtet, eine Anpassung der Versicherungsleistungen durchzuführen.
- 24.6. Der Widerspruch gegen die Anpassung kann jedoch von Ihnen innerhalb von drei Monaten ab dem Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Anpassung zurückgezogen werden. In diesem Falle tritt die Anpassung in der ursprünglichen Form und zum ursprünglichen Zeitpunkt in Kraft.

INFORMATIONEN FÜR DEN VERSICHERUNGSNEHMER FÜR DIE KRANKENHAUSKOSTEN-VERSICHERUNG NACH TARIF WWHL (VERSICHERUNGSSCHUTZ FÜR UNMITTELBARE UNFALLFOLGEN)

Version: 58KKWHL (16.02)

Personenbezogene Bezeichnungen in diesem Dokument beziehen sich auf alle Geschlechter in gleicher Weise.

Versicherte Risiken und Leistungen

Die Informationen über das zu versichernde Risiko bzw. die damit im Zusammenhang stehenden Versicherungsleistungen entnehmen Sie bitte den Ihrem Versicherungsantrag beiliegenden Unterlagen.

Vertragsspitäler in der Krankenhauskostenversicherung

Bitte entnehmen Sie die aktuelle Vertragsspitalsliste unserer Homepage www.wienerstaedtsche.at/privat/gesundheits/krankenhaus/sonderklasseversicherung. Sollte eine Änderung der Vertragsspitalsliste nach Vertragsabschluss erforderlich sein, werden Sie gesondert informiert. Die Leistungen für Nichtvertragsspitäler entnehmen Sie bitte der jeweils aktuellen Leistungsübersicht für den von Ihnen gewählten Tarif. Sie erhalten beide Unterlagen gemeinsam mit dem Versicherungsvertrag, sollten Sie diese Unterlagen vorher wünschen, senden wir sie Ihnen gerne zu.

Änderung der Prämie oder des Versicherungsschutzes:

- eines vereinbarten Index,
- der durchschnittlichen Lebenserwartung,
- der Häufigkeit der Inanspruchnahme von Leistungen und deren Aufwändigkeiten, bezogen auf die zu diesem Tarif Versicherten,
- des Verhältnisses zwischen den vertraglich vereinbarten Leistungen und den entsprechenden Kostenersätzen der gesetzlichen Sozialversicherungen,
- der durch Gesetz, Verordnung, sonstigen behördlichen Akt oder durch Vertrag zwischen dem Versicherer und im Versicherungsvertrag bezeichneten Einrichtungen des Gesundheitswesens festgesetzten Entgelte für die Inanspruchnahme dieser Einrichtungen und des Gesundheitswesens oder der dafür geltenden gesetzlichen Bestimmungen.

Eine Anpassung ist nicht durchzuführen, wenn ihr der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach Empfang der Mitteilung des Versicherers, die die Möglichkeit der Ablehnung der Anpassung zu enthalten hat, schriftlich widerspricht. Bei Widerspruch erfolgt die Fortsetzung des Vertrages mit idR gleichbleibender Prämie und entsprechend geänderten/angepassten Leistungen. Im Falle eines Widerspruches ist der Versicherer später nicht mehr verpflichtet, eine Anpassung der Versicherungsleistungen zu vorzunehmen.

Bloß vom Älterwerden des Versicherten oder von der Verschlechterung seines Gesundheitszustandes abhängige Anpassungen dürfen jedenfalls nicht vereinbart werden.

Gewinnbeteiligung

Der gewählte Tarif unterliegt keiner Gewinnbeteiligung.

Ende des Versicherungsvertrages

Der Versicherungsvertrag wird grundsätzlich auf unbestimmte Zeit abgeschlossen.

Der Versicherungsvertrag endet jedoch in nachstehenden Fällen:

- Fristgerechte Kündigung durch den Versicherungsnehmer frühestens zum Ablauf des ersten Versicherungsjahres.
 - Kündigung des Versicherers wegen
 - Prämienzahlungsverzuges des Versicherungsnehmers.
- Wird die erste Prämie oder die erste Prämienrate nicht innerhalb von 14 Tagen nach dem Abschluss des

Versicherungsvertrages und nach der Aufforderung zur Prämienzahlung gezahlt, kann der Versicherer so lange die erste Zahlung nicht bewirkt ist, vom Vertrag zurücktreten. Es gilt als Rücktritt, wenn der Anspruch auf die Prämie nicht innerhalb dreier Monate vom Fälligkeitstag an gerichtlich geltend gemacht wird.

Wird in der Folge eine fällige Prämie oder eine fällige Prämienrate nicht rechtzeitig bezahlt, kann der Versicherer den Versicherungsnehmer auffordern, die Schuld innerhalb einer Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen zu bezahlen.

Der Versicherer ist berechtigt, den Versicherungsvertrag ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist zu kündigen, wenn der Versicherungsnehmer nach Ablauf der Frist mit der Zahlung in Verzug ist.

Die Wirkungen der Kündigung fallen fort, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach dem Ablauf der Zahlungsfrist die Zahlung nachholt.

- Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit.

Obliegenheiten vor Abschluss des Versicherungsvertrages:

Der Versicherungsnehmer und der Versicherte haben vor Abschluss des Vertrages alle erheblichen Gefahrenumstände anzuzeigen. Jeder Gefahrenumstand, nach dem der Versicherer ausdrücklich gefragt hat, gilt im Zweifel als erheblich. Hat der Versicherungsnehmer oder ein Versicherter die Anzeigepflicht über erhebliche Gefahrenumstände schuldhaft verletzt, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten.

Bei schuldloser Verletzung der Anzeigepflicht kann der Versicherer von Beginn des laufenden Versicherungsjahres an die entsprechend höhere Prämie verlangen. Der Versicherer kann das Versicherungsverhältnis unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von einem Monat kündigen, wenn die höhere Gefahr nach den für den Geschäftsbetrieb des Versicherers maßgebenden Grundsätzen auch gegen eine höhere Prämie nicht übernommen wird.

Obliegenheiten während des Bestehens des Versicherungsvertrages:

Wird für eine versicherte Person bei einem anderen Versicherer ein Krankenversicherungsvertrag abgeschlossen, ist der Versicherer vom weiteren Versicherungsvertrag unverzüglich zu unterrichten. Wird diese Informationspflicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt, kann der Versicherer den Versicherungsvertrag kündigen.

- Erschleichung der Versicherungsleistung, deren Versuch bzw. Mitwirkung.
- Wenn der Versicherte im Krankheitsfall den vom Arzt oder vom Versicherer gegebenen zumutbaren Verhaltensmaßregeln vorsätzlich oder grob fahrlässig nicht Folge leistet.
- Tod des Versicherungsnehmers.
Bei Tod des Versicherungsnehmers hat der Versicherte das Recht, den Versicherungsvertrag unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tod des Versicherungsnehmers abzugeben.
- Wohnsitzverlegung des Versicherungsnehmers ins Ausland ohne Sondervereinbarung.
Bei entsprechender Wohnsitzverlegung des Versicherungsnehmers hat der Versicherte, der seinen Wohnsitz nicht ins Ausland verlegt, das gleiche Fortsetzungsrecht wie beim Tod des Versicherungsnehmers.

Rechtliche und wirtschaftliche Folgen einer Kündigung

Eine Kündigung ist mit folgenden nachteiligen Konsequenzen verbunden:

Sollte in der Zukunft ein Neuabschluss gewünscht werden, ist einerseits eine neuerliche Gesundheitsprüfung erforderlich und wird andererseits die Prämie nach dem dann aktuellen Lebensalter des Versicherten berechnet.

Für die Versicherung geltende steuerliche Regelungen

Die Prämien der Krankenversicherung unterliegen einer 1%igen Versicherungssteuer (§ 6 Abs. 1 VersStG).

Unter bestimmten Voraussetzungen besteht für Selbstständige die Möglichkeit, Werbungskosten geltend zu machen.

Die jeweilige abgabenrechtliche Behandlung ist von Ihren persönlichen Verhältnissen abhängig und kann künftigen Änderungen unterworfen sein. Offene abgabenrechtliche Fragen richten Sie bitte an Ihren Steuerberater.

Dienstgeber können auch bis zu EUR 300,- als steuerfreie Zukunftssicherung für ihre Mitarbeiter geltend machen, die in eine Lebens-, Unfall- und/oder Krankenversicherung investiert werden kann.

Bericht über die Solvabilität und Finanzlage

Der Bericht ist auf unserer Homepage unter wienerstaedtsche.at/unternehmen/investor-relations/berichte abrufbar.

VERZEICHNIS DER VERTRAGSKRANKENHÄUSER ÖSTERREICHS 1) (GILT FÜR DIE SONDERKLASSE ZWEIBETTZIMMER)

Version: Stand Jänner 2022

BESONDERER HINWEIS:

Die private Krankenversicherung hat in den meisten Bundesländern Vereinbarungen mit Tageskliniken über die Durchführung ambulanter Eingriffe abgeschlossen. Die zuständige Landesdirektion erteilt Ihnen gerne nähere Auskünfte.

¹⁾ Allfällige Änderungen im Krankenhausverzeichnis sind ab der diesbezüglich schriftlichen Verständigung des Versicherungsnehmers verbindlich. Versicherungsschutz wird im Rahmen der Versicherungsbedingungen gewährt.

²⁾ Nach den Versicherungsbedingungen ist eine Vorbewilligung erforderlich; die Ausstellung einer Kostenverpflichtungserklärung ersetzt diese Vorbewilligung für Sonderklassetarife.

Wien:
Evangelisches Krankenhaus Wien
Franziskus Spital - Hartmannspital und St. Elisabeth
Hanusch-Krankenhaus Wien
Herz-Jesu-Krankenhaus
Klinik Donauspital
Klinik Favoriten
Klinik Floridsdorf
Klinik Hietzing ²⁾
Klinik Landstraße
Klinik Ottakring
Klinik Penzing (ausgenommen Heilstättenfälle) ²⁾
Krankenhaus Barmherzige Brüder Wien
Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Wien
Krankenhaus Göttlicher Heiland
Orthopädisches Spital Speising
Privatklinik Confraternität
Privatklinik Döbling
Privatklinik Goldenes Kreuz
Rudolfinerhaus Privatklinik
Sanatorium Hera
St. Anna Kinderspital
St. Josef-Krankenhaus
Traumazentrum Wien, Standorte Meidling und Lorenz Böhler
Universitätsklinikum AKH Wien
Wiener Privatklinik

Niederösterreich:
St. Pölten / Lilienfeld, Universitätsklinikum
Amstetten, Landesklinikum
Baden / Mödling, Landesklinikum
Gmünd / Waidhofen / Zwettl, Landesklinikum
Grimmenstein ²⁾ , Landesklinikum Hochegg (ausgenommen orthop., neurolog. und Heilstättenfälle)
Hainburg/Donau, Landesklinikum
Hollabrunn, Landesklinikum
Horn, Landesklinikum
Klosterneuburg, Landesklinikum
Korneuburg / Stockerau, Landesklinikum
Krems/Donau, Universitätsklinikum
Mauer b. Amstetten ²⁾ , Landesklinikum
Melk/Donau, Landesklinikum
Mistelbach, Landesklinikum
Neunkirchen, Landesklinikum
Scheibbs, Landesklinikum
Tulln, Universitätsklinikum
Waidhofen/Ybbs, Landesklinikum
Wiener Neustadt, Landesklinikum
Burgenland:
Eisenstadt, A.ö. Krankenhaus d. Barmh. Brüder
Güssing, A.ö. Krankenhaus
Kittsee, A.ö. Krankenhaus
Oberpullendorf, A.ö. Krankenhaus
Oberwart, A.ö. Krankenhaus
Oberösterreich:
Linz, Kepler Universitätsklinikum, Med Campus III (vormals AKH Linz)
Linz, Kepler Universitätsklinikum, Med Campus IV (vormals Frauen- und Kinderklinik Linz)
Linz ²⁾ , Kepler Universitätsklinikum, Neuromed Campus (vormals Wagner-Jauregg KH)
Linz, Klinik Diakonissen
Linz, Konventhospital der Barmh. Brüder
Linz, Ordensklinikum Krankenhaus der Barmh. Schwestern und Krankenhaus der Elisabethinen
Linz, Unfallkrankenhaus
Bad Ischl, Salzkammergut-Klinikum (ausgenommen Konsiliarstation für Multiple-Sklerose-Patienten)
Braunau, A.ö. Krankenhaus St. Josef
Freistadt, Landeskrankenhaus
Gmunden, Salzkammergut-Klinikum
Kirchdorf/Krems, Phyrn-Eisenwurzen Klinikum
Ried/Innkreis, Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern
Rohrbach, Landeskrankenhaus

Schärding, Landeskrankenhaus
Sierning/Steyr, Krankenhaus
Steyr, Phyrn-Eisenwurzen Klinikum
Vöcklabruck, Salzkammergut-Klinikum
Wels-Grieskirchen, Klinikum
Wels, Privatklinik St. Stephan
Kärnten:
Klagenfurt, Klinikum (ausgenommen heilpäd. Abteilung)
Klagenfurt, Krankenhaus der Elisabethinen
Klagenfurt, Privatklinik Maria Hilf
Klagenfurt, Unfallkrankenhaus
Villach, Landeskrankenhaus
Villach, Privatklinik
Feldkirchen, Krankenhaus Waiern
Friesach, Krankenhaus d. Deutschen Ordens
Hermagor ²⁾ , Gailtal-Klinik Landessonderkrankenanstalt (gilt für operative Fälle und frisch Verunfallte)
Laas ²⁾ , Landeskrankenhaus (ausgenommen Heilstätte)
Spittal/Drau, A.ö. Krankenhaus
St. Veit/Glan, A.ö. Krankenhaus der Barmh. Brüder
Wolfsberg, Landeskrankenhaus
Steiermark:
Graz, Landeskrankenhaus-Univ.Klinikum (ausgenommen Sonderhonorar gem. § 46 KAG in den Universitätskliniken)
Graz ²⁾ , Landeskrankenhaus Süd-West
Graz, Krankenhaus der Barmh. Brüder (vormals Eggenberg und Marschallgasse)
Graz, Krankenhaus der Elisabethinen
Graz, Privatklinikum Hansa
Graz, Privatklinikum Kastanienhof
Graz, Privatklinikum der Kreuzschwestern
Graz, Privatklinik Leech
Graz, Sanatorium St. Leonhard
Graz, Unfallkrankenhaus Steiermark
Graz-Ragnitz, Privatklinik
Bad-Radkersburg, Landeskrankenhaus Südsteiermark
Bruck/Mur, Landeskrankenhaus Hochsteiermark
Deutschlandsberg, Landeskrankenhaus Weststeiermark
Feldbach-Fürstenfeld, Landeskrankenhaus
Frohnleiten ²⁾ , Klinikum Theresienhof
Hartberg, Landeskrankenhaus
Hörgas-Enzenbach ²⁾ , Landeskrankenhaus
Judenburg-Knittelfeld, Landeskrankenhaus Murtal
Kalwang, Unfallkrankenhaus Steiermark
Lassnitzhöhe, Privatklinik

Leoben, Landeskrankenhaus Hochsteiermark
Mürzzuschlag - Mariazell, Landeskrankenhaus
Rottenmann - Bad Aussee, Landeskrankenhaus
Schladming, Klinik Diakonissen
Stolzalpe ²⁾ , Landeskrankenhaus Murtal
Voitsberg, Landeskrankenhaus Weststeiermark
Vorau, Marienkrankenhaus
Wagna, Landeskrankenhaus Südsteiermark
Weiz, Landeskrankenhaus
Salzburg:
Salzburg, Landeskrankenhaus, Universitätsklinikum der PMU
Salzburg ²⁾ , Christian Doppler Klinik, Universitätsklinikum der PMU
Salzburg, A.ö. Krankenhaus der Barmh. Brüder
Salzburg, Privatklinik Salzburg
Salzburg, Privatklinik Wehrle - Diakonissen
Salzburg, Unfallkrankenhaus
Bad Dürnberg, EMCO Privatklinik
Bad Vigaun, med. Zentrum / Privatklinik (ausgenommen Augenklinik Dr. Stiegler)
Hallein, Landesklinik
Oberndorf, A.ö. Krankenhaus
Saalfelden, Privatklinik Ritzensee
Schwarzach, Kard. Schwarzenbg. KH.
St. Veit/Pongau ²⁾ , Landesklinik
Tamsweg, Landesklinik
Zell/See - Mittersill, Tauernklinikum
Tirol:
Innsbruck, A.ö. Landeskrankenhaus Univ.Kliniken
Innsbruck, Sanatorium Kettenbrücke
Innsbruck-Rum, Privatklinik Hochrum
Hall ²⁾ , A.ö. Landeskrankenhaus
Hochzirl-Natters ²⁾ , A.ö. Landeskrankenhaus
Kufstein, A.ö. Bezirkskrankenhaus
Lienz, A.ö. Bezirkskrankenhaus
Reutte, A.ö. Bezirkskrankenhaus
Schwaz, Bezirkskrankenhaus
St. Johann/Tirol, A.ö. Bezirkskrankenhaus
Zams, A.ö. Krankenhaus St. Vinzenz
Vorarlberg:
Bregenz, Landeskrankenhaus
Bludenz, Landeskrankenhaus
Dornbirn, Krankenhaus der Stadt Dornbirn

Feldkirch, Landeskrankenhaus, inklusive Interne Abteilung "Maria Rast" ²⁾
Hohenems, Landeskrankenhaus
Rankweil ²⁾ , Landeskrankenhaus

ANHANG ZUR POLIZZE, GÜLTIG BEI INANSPRUCHNAHME EINES VERTRAGSKRANKENHAUSES IM GESAMTEN BUNDESGBIET FÜR VERSICHERUNGEN NACH TARIF LEVEL UP HELP

Version: 53.PK.347(21.01)

Personenbezogene Bezeichnungen in diesem Dokument beziehen sich auf alle Geschlechter in gleicher Weise.

Bei Heilbehandlung wegen unmittelbarer Unfallfolgen in der Sonderklasse-Zweibettzimmer (2. Verpflegsklasse) eines Vertragskrankenhauses gibt die WIENER STÄDTISCHE im Rahmen der Versicherungsbedingungen auf Anforderung nach Erteilung eines gültigen Auftrags zur Direktverrechnung und bei gesetzlich erforderlicher Einwilligung zur Datenübermittlung entsprechend einem diesbezüglichen zur Leistungsprüfung unerlässlichen Ersuchen eine

KOSTENÜBERNAHMEERKLÄRUNG

ab, nach der wir anstelle aller anderen Leistungen die vollen Aufzahlungskosten auf die Leistungen der Pflichtkrankenkasse (= Kostendifferenz auf Sonderklasse-Zweibettzimmer / 2. Verpflegsklasse) direkt mit der Krankenhausverwaltung verrechnen. Wir gehen davon aus, dass die Pflichtversicherung den von ihr bisher getragenen Kostenanteil auch künftig übernimmt. Reduziert die Pflichtversicherung ihre Leistungen, so bezieht sich unsere Kostenverpflichtungserklärung nicht auf den dadurch ungedeckten Kostenanteil.

Diese Kostendeckungszusage gilt für Krankenhausgebühren und Arzthonorare, die durch Gesetz, Verordnung oder Vertrag mit dem Versicherer geregelt sind. Sie behält ihre Gültigkeit, solange die für unsere Vertragskrankenhäuser festgelegten Gebühren und Honorarsätze in Kraft sind und die künftigen Tarifierpassungen angenommen werden. Bei Nichtannahme der Anpassung durch den Versicherungsnehmer gelten sämtliche Kostendeckungszusagen zum Ende des laufenden Kalenderjahres als widerrufen. Das aktuelle Verzeichnis unserer Vertragskrankenhäuser finden Sie auf unserer Homepage unter:
www.wienerstaedtische.at/krankenhaeuser

Die Kostendeckungszusage ist - auch hinsichtlich einzelner von dieser Kostendeckungsgarantie umfassten Krankenhäuser - widerrufbar. Ein Widerruf ist insbesondere dann notwendig, wenn mit unseren Vertragspartnern kein Einvernehmen über die weitere Festsetzung der Gebühren und Honorare hergestellt werden kann. Wir garantieren Ihnen aber in jedem Fall, dass unsere Zusage frühestens mit Wirkung zum 31.12.2022 widerrufen werden kann.

Sollte ein Auslaufen der Kostendeckungszusage wirklich unumgänglich sein, werden wir Sie drei Wochen vorher in geschriebener Form informieren. Auch nach erfolgter Verständigung gilt unsere Zusage also noch drei Wochen lang.

Weltweite Kostendeckung *)

In öffentlichen Krankenhäusern in den sonstigen Staaten der Welt ersetzen wir im Rahmen der Versicherungsbedingungen Ihre Krankenhausgebühren und Arzthonorare für Aufenthalte in einem Zweibettzimmer wegen unmittelbarer Unfallfolgen abzüglich der Leistung des Sozialversicherungsträgers; in privaten Spitälern erbringen wir jene Leistung, die wir für die entsprechende Behandlung mit einem Wiener Vertragskrankenhaus vereinbart haben. In den USA ersetzen wir wahlweise für alle Krankenhausaufenthalte wegen unmittelbarer Unfallfolgen im Rahmen der Versicherungsbedingungen Ihre Krankenhausgebühren und Arzthonorare für Aufenthalte in einem Zweibettzimmer abzüglich der Leistung des Sozialversicherungsträgers, wenn die Kostenverrechnung über einen vom Versicherer beauftragten Assistenten erfolgt. Diese Zusage kann nur bei aktuell angepassten Tarifen aufrecht erhalten werden.

Für die Organisation oder für medizinische Auskünfte in diesem Zusammenhang steht Ihnen unsere 24h-Serviceline unter der Tel. Nr. 050 350 357 (innerhalb Österreichs zum Ortstarif) oder +43 50 350 357 (aus dem Ausland) zur Verfügung.

*) Diese Garantie gilt nicht für Länder außerhalb Österreichs und Deutschlands, in denen Sie einen Wohnsitz haben.

1258K - SANKTIONSKLAUSEL/SANCTION CLAUSE (2025)

Version: 1258K (2025)

- für Versicherungsnehmer mit Sitz in Österreich

Es besteht - unbeschadet der übrigen Vertragsbestimmungen - Versicherungsschutz nur, soweit und solange dem keine auf die Vertragsparteien direkt anwendbaren Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Europäischen Union oder der Republik Österreich entgegenstehen.

Dies gilt auch für Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos, die durch die Vereinigten Staaten von Amerika oder andere Länder erlassen werden, soweit dem nicht europäische oder österreichische Rechtsvorschriften entgegenstehen.

Diese Bestimmungen gelten nicht für Verbraucher im Sinne des §1 des Konsumentenschutzgesetzes (KSchG).

- for Insured registered outside of Austria

No (re)insurer shall be deemed to provide cover and no (re)insurer shall be liable to pay any claim or provide any benefit hereunder to the extent that the provision of such cover, payment of such claim or provision of such benefit would expose that (re)insurer to any sanction, prohibition or restriction under United Nations resolutions or the trade or economic sanctions, laws or regulations of the European Union, Austria or the United States of America (provided that this does not violate any regulation or specific national law applicable to the undersigned (re)insurer).

These provisions do not apply to consumers within the meaning of §1 of the Consumer Protection Act (KSchG).