

## **Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Reiseversicherung**

### **Allgemeiner Teil**

#### **1. Einleitende Bestimmung**

1.1. Die Reiseversicherungen, die mit der UNIQA pojišťovna, a.s., (weiter nur der „Versicherer“) abgeschlossen werden, richten sich nach der Rechtsordnung der Tschechischen Republik (weiter nur die „Tschechische Republik“). Für diese Versicherung gilt das Gesetz über den Versicherungsvertrag, das Gesetz über das Versicherungswesen, die entsprechenden Bestimmungen des Bürgerlichen Gesetzbuchs, diese Allgemeinen Versicherungsbedingungen (weiter nur „AVB“) und die vertraglichen Abmachungen. Sofern einige der vorgenannten Bedingungen im Einklang mit dem Gesetz eine abweichende Regelung enthalten, gelten die in den Versicherungsbedingungen oder direkt im Versicherungsvertrag angeführten Bestimmungen.

1.2 Im Rahmen der Reisesversicherung können folgende Versicherungsarten vereinbart werden, die weiter im Sonderteil dieser AVB geregelt sind.

- A) Versicherung von Behandlungsauslagen
- B) Versicherung von Assistenzdienstleistungen
- C) Unfallversicherung
- D) Haftpflichtversicherung
- E) Versicherung von Reisegepäck
- F) Versicherung von Stornogebühren

1.3. Die im Punkt 1.2. unter lit. A), B), D), E) und F) angeführten Versicherungen werden als Schadenversicherungen vereinbart, die unter lit. C) angeführte Versicherung wird als Betragversicherung vereinbart.

#### **2. Allgemeine Bestimmungen**

2.1. Auf der Grundlage des abgeschlossenen Versicherungsvertrags verpflichtet sich der Versicherer, nach dem Eintritt eines Versicherungsfalls Leistungen im vereinbarten Umfang zu erbringen und der Versicherungsnehmer verpflichtet sich, dem Versicherer die Prämien zu zahlen.

2.2. Die Versicherungsbeträge und die Höhe der Selbstbeteiligung des Versicherten bei den einzelnen Arten der Reiseversicherung sind im Versicherungsvertrag angeführt. Unter Selbstbeteiligung ist der Betrag zu verstehen, mit dem sich der Versicherte an den Leistungen aus jedem Versicherungsfall beteiligt und den der Versicherer von der zuerkannten Versicherungsleistung abzieht.

2.3. Die Rechtshandlungen, die die Versicherung betreffen, bedürfen der Schriftform. Sämtliche Änderungen müssen schriftlich vorgenommen werden, anders sind sie ungültig.

#### **3. Dauer der Versicherung, Versicherungsperiode**

3.1. Alle Arten der Reiseversicherung, mit Ausnahme der Versicherung von Stornogebühren, treten ab 0.00 Uhr des im Versicherungsvertrag als Beginn der Versicherung vereinbarten Tages in Kraft, frühestens jedoch ab dem Tage und der Uhrzeit der Vereinbarung der Versicherung, der im Versicherungsvertrag angeführt ist, und sie erlöschen um 24.00 Uhr des Tages, der im Versicherungsvertrag als Ende der Versicherung vereinbart wurde. Die Versicherung von Stornogebühren entsteht am Tage und zu der Uhrzeit der Vereinbarung der Versicherung und erlischt um 24.00 Uhr des Tages, der im Versicherungsvertrag als Beginn der Versicherung vereinbart wurde.

3.2. Der Versicherungsvertrag wird frühestens zum Zeitpunkt der Entrichtung des gesamten Betrags der einmaligen Versicherungsprämie wirksam, sofern im Versicherungsvertrag nichts anderes vereinbart wurde.

3.3. Die Reiseversicherung kann nicht unterbrochen werden, sofern nichts anderes vereinbart wurde.

#### **4. Gebietsgültigkeit der Versicherung**

4.1. Alle Arten der Reiseversicherung mit Ausnahme der Versicherung von Stornogebühren sind in der geographischen Zone gültig, die im Versicherungsvertrag vereinbart wurde – allerdings stets mit Ausnahme des Gebiets der Tschechischen Republik und der Staaten, in denen der Versicherte einen festen Wohnsitz oder vorübergehenden Aufenthalt hat oder deren Bürger er ist, sofern im Versicherungsvertrag nichts anderes vereinbart wurde.

4.2. Die für die geographische Zone 1 vereinbarte Versicherung bezieht sich nur auf die Versicherungsfälle, die im geographischen Gebiet Europas inklusive aller Inseln, die zu europäischen Staaten gehören, und im Gebiet von Ägypten, Israel, Marokko, Tunesien und der Türkei entstehen. Die für die geographische Zone 2 vereinbarte Versicherung bezieht sich auf Versicherungsfälle, die im Gebiet aller Staaten der Welt eingetreten sind.

#### **5. Prämien**

5.1. Die Prämien sind Entgelt für die Gewährung der Versicherung. Die Höhe der Prämien wird auf der Grundlage der Sätze bestimmt, die vom Versicherer für die einzelnen Versicherungsarten gemäß den Grundsätzen der Versicherungsmathematik festgelegt wurden.

5.2. Die Prämien werden für die gesamte vereinbarte Versicherungsdauer (einmalige Prämie) festgelegt, sofern im Versicherungsvertrag nichts anderes vereinbart wurde.

#### **6. Versicherungsleistung**

6.1. Der Versicherer gewährt die Versicherungsleistung höchstens bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssummen. Im Versicherungsvertrag kann die Selbstbeteiligung des Versicherten an der Leistung vereinbart werden.

6.2. Die Versicherungsleistung ist innerhalb von 15 Tagen ab dem Tage zu zahlen, an dem der Versicherer die zur Feststellung des Umfangs seiner Pflicht zur Erbringung von Leistungen erforderlichen Ermittlungen beendet. Der Versicherer ist verpflichtet, die Ermittlungen innerhalb von 3 Monaten zu beenden, nachdem ihm das Ereignis, mit dem die Forderung bezüglich der Erbringung von Leistungen zusammenhängt, mitgeteilt wurde. Kann der Versicherer die Ermittlungen nicht in dieser Frist beenden, ist der Versicherer verpflichtet, derjenigen Person, der das Recht auf Versicherungsleistung entstehen soll oder entstanden ist, die Gründe mitzuteilen, in deren Folge die Ermittlungen nicht beendet werden können, und ihr auf ihr Ersuchen einen angemessenen Vorschuss zu gewähren. Die Frist kann durch Vereinbarung verlängert werden. Diese Frist läuft dann nicht, wenn die Ermittlungen durch Verschulden der berechtigten Person, des Versicherungsnehmers oder des Versicherten verhindert oder eingeschränkt wurden.

6.3. Die Versicherungsleistung ist in der Tschechischen Republik und in der Inlandswährung zu zahlen, sofern im Versicherungsvertrag nichts anderes vereinbart wurde. Für die Umrechnung von Fremdwährungen ist der Devisenkurs der Tschechischen Nationalbank am 1. Werktag in dem Monat zu verwenden, in dem der Versicherungsfall reguliert wird.

6.4. Der Versicherer ist berechtigt, die Versicherungsleistung bei Schadenversicherungen um den Schadenersatz herabzusetzen, der von einem Dritten gezahlt wurde, der den sich aus dem Versicherungsfall ergebenden Schaden zu ersetzen hatte.

#### **7. Erlöschung der Versicherung**

7.1. Der Versicherer oder Versicherungsnehmer darf die Versicherung innerhalb von zwei Monaten ab dem Tage des Abschlusses des Versicherungsvertrags kündigen. Am Tage des

Zugangs des Kündigungsschreibens beginnt die achttägige Kündigungsfrist zu laufen, durch deren Ablauf die Versicherung erlischt.

7.2. Der Versicherer oder Versicherungsnehmer darf die Schadenversicherung innerhalb von drei Monaten ab dem Tage des Zugangs der Mitteilung über den Eintritt des Versicherungsfalls kündigen. Am Tage der Kündigung beginnt die einmonatige Kündigungsfrist zu laufen, durch deren Ablauf die Versicherung erlischt.

7.3. Die Versicherung erlischt auch an dem in der schriftlichen Vereinbarung des Versicherungsnehmers mit dem Versicherungsnehmer angeführten Tag oder durch Ablauf der Dauer, für die die Versicherung vereinbart wurde.

## **8. Rechte und Pflichten des Versicherungsnehmers und des Versicherten**

8.1. Im Falle der Versicherung eines fremden Versicherungsrisikos ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, den Versicherten mit dem Inhalt des Versicherungsvertrags bekannt zu machen, den dessen Risiko betrifft.

8.2. Der Versicherungsnehmer, ggf. der Versicherte ist zusätzlich zu den in den Rechtsvorschriften festgelegten Pflichten verpflichtet:

- a) sich zu bemühen, dass kein Versicherungsfall eintritt und alle Bemühungen zur Abwendung oder Minderung der Folgen des Versicherungsfalls zu entfalten (insbesondere sich ohne unnötige Verzögerung medizinisch behandeln zu lassen);
- b) sich nach den Weisungen des Assistenzdienstes, des Versicherers im Carnet, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen und dem Versicherungsvertrag zu richten;
- c) Falls keine direkte Kostenerstattung für den Assistenzdienst oder durch den Versicherer erfolgt, ist dem Versicherer unmittelbar nach Rückkehr in die Tschechische Republik der Versicherungsfall zu melden – spätestens jedoch innerhalb von 30 Tagen nach Beendigung der Reise;
- d) ohne unnötige Verzögerung die Meldung zu dem Versicherungsfall und die geforderten Unterlagen auszufüllen und dem Versicherer zu übersenden, eventuell auf Ersuchen des Versicherers die Informationen über den Versicherungsfall zu ergänzen und weitere erforderliche Unterlagen vorzulegen; sämtliche vorzulegenden Unterlagen sind in englischer, deutscher oder tschechischer Sprache auszustellen – anderenfalls stellt der Versicherer die Übersetzung dieser Unterlagen auf Kosten des Versicherten sicher;
- e) dem Versicherer sämtliche wahrheitsgemäße Informationen über den Eintritt, den Verlauf und die Folgen des Versicherungsfalls zu gewähren und im Zweifelsfall dem Versicherer den Anspruch auf Versicherungsleistung nachzuweisen;
- f) dem Versicherer bei den Ermittlungen bezüglich des Versicherungsfalls sämtliche erforderliche Mitwirkung zu gewähren, insbesondere dem Versicherer eventuelle weitere Versicherer und Versicherungsbeträge mitzuteilen, die in weiteren Versicherungsverträgen vereinbart wurden, und dies samt den in den Kartenprogrammen enthaltenen Reiseversicherungen;
- g) auf Ersuchen des Versicherers den betreffenden Dritten (insbesondere Ärzte) von der Schweigepflicht betreffend die Tatsachen zu entbinden, die mit dem Versicherungsfall zusammenhängen;
- h) das Recht auf den durch den Versicherungsfall entstandenes Recht auf Schadensersatz oder ein anderes ähnliches Recht gegenüber Dritten abzusichern, und dieses Recht schriftlich auf den Versicherer bis zu dem Betrag zu übertragen, der den Leistungen entspricht, die der Versicherer gewährt hat oder voraussichtlich gewähren wird.

8.3. Der Versicherungsnehmer, der Versicherte, ggf. die berechnigte Person hat das Rechts, sich mit einer Beschwerde an die Kontrollabteilung des Versicherers, ggf. an das Finanzministerium der Tschechischen Republik zu wenden.

## **9. Rechte und Pflichten des Versicherers**

9.1. Der Versicherer hat das Recht, die Versicherungsleistung dann herabzusetzen, wenn der Versicherte die vertraglich vereinbarten Pflichten nicht eingehalten hat, insbesondere im Falle einer verspäteten Meldung des Versicherungsfalls und im Falle der Unvollständigkeit der Angaben in der Meldung des Versicherungsfalls, sofern die Ermittlung des Schadenumfangs dadurch erschwert wird.

## **10. Zustellung**

10.1. Die Schriftstücke werden vom Versicherer auf dem Postweg, ggf. in einer anderen geeigneten Art und Weise zugestellt.

10.2. Sofern der Empfänger des Schriftstücks nicht erreicht wurde, obwohl er sich an dem Zustellungsort aufhält, ist das betreffende Schriftstück einem anderen Erwachsenen zuzustellen, der in derselben Wohnung oder in demselben Haus wohnt, der an demselben Unternehmensort oder an derselben Arbeitsstätte tätig ist, sofern die betreffende Person sich bereit erklärt, die Überbringung des Schriftstücks sicherzustellen. Ist die Zustellung auch auf dieser Art und Weise nicht möglich, so wird das Schriftstück beim Postamt aufgegeben, wobei das Postamt den Empfänger in einer geeigneten Art und Weise zur Abholung des Schriftstücks auffordert. Holt der Empfänger die Sendung nicht innerhalb von 10 Tagen nach dem Aufgeben bei der Post ab, ist der letzte Tag dieser Frist als Tag der Zustellung anzusehen, auch wenn der Empfänger von der Verwahrung der Sendung nicht erfahren hat. Sofern keine gegenteiligen Feststellungen gemacht werden, ist davon auszugehen, dass der Empfänger sich am Zustellungsort aufgehalten hat.

## **Sonderteil**

### **Teil A – Versicherung von Heilbehandlungskosten**

#### **Artikel 1 – Versicherungsgegenstand**

1. Gegenstand der Versicherung sind die notwendigen und nachweisbaren Kosten, die dem Versicherten im Rahmen der unerlässlichen Heilbehandlung in Folge eines Unfalls oder einer plötzlich aufgetretenen Erkrankung des Versicherten entstanden sind.

#### **Artikel 2 – Versicherungsfall**

1. Der Versicherungsfall bei Versicherung von Heilbehandlungskosten ist ein Unfall oder eine unvorhersehbare akute Erkrankung des Versicherten im Ausland, die eine ambulante oder stationäre Betreuung oder Behandlung erfordert.

2. Der Versicherer oder der Assistenzdienst des Versicherers stellt die Kostenerstattung sicher, die dem Versicherten im Zusammenhang mit der erforderlichen und angemessenen medizinischen Behandlung in Folge eines Unfalls oder einer plötzlich aufgetretenen Erkrankung des Versicherten entstanden sind. Sofern im Versicherungsvertrag nichts anderes vereinbart wurde, ist unter diesen Kosten zu verstehen:

- a) ambulante medizinische Behandlung;
- b) Krankenhausaufenthalt in einem Zimmer mit Bett für die unerlässlich erforderliche Dauer, wobei der Krankenhausaufenthalt mit einem Arztbericht zu belegen ist; d. h. Heilbehandlung, Eingriffe und Operationen, die im Hinblick auf den Gesundheitszustand des Versicherten nicht erst nach der Rückkehr des Versicherten in die Tschechische Republik vorgenommen werden konnten;
- c) zahnärztliche Behandlung in Folge eines Unfalls des Versicherten oder der ersten Hilfe für den Versicherten, es wird nur die Behandlung zum Stillen der Schmerzen gezahlt (einfache Füllung oder Extraktion);
- d) ärztlich vorgeschriebene Arzneimittel, wobei als Arzneimittel keine Nahrungsmittel, Stärkungsmittel oder Vitaminpräparate, keine Präventionsmittel, keine unterstützenden Mittel oder suchterzeugend eingenommenen Mittel und keine Kosmetika zugelassen werden;

e) der Transport in die nächstliegende geeignete medizinische Einrichtung (auch die Bestellung eines Arztes für den Kranken), sofern der Versicherte außerstande ist, den Transport mit den üblichen Verkehrsmitteln zu absolvieren; der Transport vom Arzt zum nächstgelegenen spezialisierten Krankenhaus, alles im Rahmen der unerlässlichen und unaufschiebbaren medizinischen Behandlung; der Transport mit Hubschrauber kommt nur bei Unfallzuständen in Frage, die eine unaufschiebbare stationäre Behandlung des Versicherten erfordern.

### **Artikel 3 – Versicherungsleistung**

1. Sofern der Versicherte eine ambulante Behandlung benötigt, darf er sich an den Assistenzdienst des Versicherers wenden, der ihm bei der Suche nach ärztlicher Behandlung mit Rat oder Hilfe zur Seite steht. Im Falle, dass der ambulante Arzt die Zahlungsgarantie des Versicherers mittels des Assistenzdienstes nicht akzeptiert, zahlt der Versicherte die Kosten für die ambulante ärztliche Behandlung im Sinne dieser Versicherung dem Arzt oder der medizinischen Einrichtung direkt vor Ort selbst und in bar. Die Belege über diese Zahlung legt der Versicherte nach seiner Rückkehr in die Tschechische Republik dem Versicherer vor. Der Versicherer wird selbst oder mittels des Assistenzdienstes die Versicherungsleistung in der Inlandswährung dem Versicherten überweisen.

2. Bei stationärer Behandlung ist der Versicherte verpflichtet, sich mit dem Assistenzdienst des Versicherers, der im Versicherungsvertrag angeführt ist, unverzüglich in Verbindung zu setzen. Der Versicherte ist verpflichtet, im Krankenhaus seine Assistenzkarte vorzulegen. Der Versicherer wird selbst oder mittels des Assistenzdienstes für die Auslagen des Versicherten zahlen, die mit der Heilbehandlung im Krankenhaus verbunden sind.

### **Artikel 4 – Ausschlüsse**

1. Der Versicherer ist nicht verpflichtet, in folgenden Fällen Versicherungsleistungen zu gewähren:

- a) bei Krankheiten und Unfällen, zu denen es bei Ausschreitungen oder einer Straftat gekommen ist, die der Versicherte bei einer Handlung begangen hat, durch die er die gesetzlichen Bestimmungen des betreffenden Landes nicht eingehalten hat, im Zusammenhang mit Kriegsereignissen oder Unruhen, bei Selbstmordversuch oder bei Selbstverstümmelung; bei Krankheiten und Unfällen, zu denen es nach Konsum von Alkohol oder Rauschmitteln gekommen ist, darf der Versicherer die Versicherungsleistung einschränken;
- b) für Untersuchungen zur Feststellung der Schwangerschaft, für einen Schwangerschaftsabbruch, bei jedweden Komplikationen nach dem sechsten Schwangerschaftsmonat, für die Entbindung, die Untersuchung und Behandlung der Unfruchtbarkeit, für künstliche Befruchtungen, Heilbehandlung der Sterilität, Empfängnisverhütung,
- c) für Aufenthalte in Kurorten, Sanatorien, Heilanstalten, usw.
- d) für Leistungen, die nicht unbedingt erforderlich waren, wie z. B. Präventions- und Kontrolluntersuchungen, prophylaktische Impfungen, kosmetische Behandlungen und deren Folgen, chiropraktische Leistungen oder Therapien, Behandlung von Zähnen und Kiefer, Anfertigung von Prothesen, Orthesen, Epithesen, Brillen, Kontaktlinsen, Hörgeräten;
- e) bei Geisteskrankheiten und psychischen Krankheiten (z. B. psychoanalytische oder psychotherapeutische Heilbehandlung u. ä.);
- f) bei Geschlechtskrankheiten oder AIDS;
- g) für Leistungen außerhalb der medizinischen Einrichtung, die nicht von einem Arzt oder von einer Krankenschwester vorgenommen werden, die über die erforderliche Qualifikation verfügen, oder bei nicht wissenschaftlich oder ärztlich anerkannten Heilmethoden;
- h) für standardüberschreitende Betreuung, physikalische Heilbehandlung oder Rehabilitationen;

- i) fachliche zahnärztliche Behandlung – Leistungen werden nur bei der Gewährung der ersten Hilfe bei unaufschiebbaren schmerzhaften Zuständen erbracht (Extraktion, einfache Füllung);
- j) für Heilbehandlung oder Operation einer chronischen Erkrankung, sofern in Folge der Krankheit in den vorhergehenden zwölf Monaten die stationäre Behandlung erforderlich war oder die Erkrankung fortgeschritten ist oder sofern sie wesentliche Änderungen in der Einnahme von Arzneimitteln verursacht hat;
- k) für Heilbehandlung, die mit der Behandlung von Erkrankungen oder Unfällen zusammenhängt, die vor Abschluss des Versicherungsvertrags bestanden haben;
- l) Krankheiten und Unfälle, die im Zusammenhang mit dem Betreiben von gefährlichen Sportarten entstanden sind, wie z. B. Rafting, andere Arten Wildwasserfahrten, Parasailing, Fallschirmspringen, Flügen mit Hängevorrichtung, Paragliding, Segelflügen und Flügen aller Art, Motor- und Flugsportarten aller Art, Ballonflügen, Hochgebirgswanderungen - Bergsteigen in Höhen von über 2.500 m über dem Meeresspiegel, Speläologie, beim Sporttauchen, Kampfsportarten, Skateboarding, Akrobatik und Schispringen, Motorsportarten auf Schnee, Eis oder Wasser, anderen ähnlich gefährlichen Sportarten oder bei einer öffentlich organisierten Sportveranstaltung oder Rennen jedweder Art oder bei professionellen Sportarten, sofern im Versicherungsvertrag keine Zusatzversicherung von gefährlichen Sportarten vereinbart wurde;
- m) bei Krankheiten und Unfällen, zu denen es im Zusammenhang mit dem Betreiben von Wintersportarten gekommen ist, d. h. Schiabfahrten, Snowboarding auf gekennzeichneten Abfahrtsstrecken und Trassen, beim Schilaulauf, Schlittschuhlaufen, Eisschnelllauf, Bobfahrten, Skibob- und Sportschlittenfahrten, sofern im Versicherungsvertrag keine Zusatzversicherung von Wintersportarten vereinbart wurde;
- n) Krankheiten und Unfällen, die im Zusammenhang mit Bungee-jumping, Conyoning, Schifahren und Snowboarding außerhalb der gekennzeichneten Abfahrtsstrecken und Trassen, Skialpinismus und Bergsteigen entstanden sind.

#### **Artikel 5 – Pflichten des Versicherten**

1. Im Falle, dass ein Versicherungsfall eingetreten ist, ist der Versicherte - zusätzlich zu den im allgemeinen Teil dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen angeführten Pflichten – verpflichtet:

- a) alle Bemühungen zu entfalten, die man angemessen zur Minderung von Folgen des Versicherungsfalls fordern kann, insbesondere ohne unnötige Verzögerung einen Arzt aufzusuchen und sich mit dem Versicherungsschein auszuweisen;
- b) sich nach den Weisungen des behandelnden Arztes zu richten und das angeordnete Heilregime einzuhalten;
- c) dem Versicherer die Originale der Arztbefunde, Diagnosen, Leistungsaufschlüsselungen, Rechnungen für den Krankenhausaufenthalt und Arzneimittel, ggf. weitere Originale der Unterlagen vorzulegen, die für die Festlegung der Höhe der Leistung erforderlich sind;
- d) die Ansprüche des Versicherten gegenüber Dritten schriftlich auf den Versicherer zu übertragen, und dies bis zur Höhe der vom Versicherer erstatteten Kosten;
- e) auf Ersuchen des Versicherers den Geber von medizinischen Dienstleistungen oder einen anderen Dritten von der Schweigepflicht zu entbinden und dem Versicherer die Berechtigung zur Einholung der Angaben über den Gesundheitszustand des Versicherten zu erteilen, die für die Ermittlungen in dieser Angelegenheit erforderlich sind;
- f) sich von dem Arzt untersuchen zu lassen, der vom Versicherer bestimmt wurde.

#### **Teil B – Versicherung von Assistenzdienstleistungen**

##### **Artikel 1 – Versicherungsgegenstand**

1. Gegenstand der Versicherung sind folgende nachweisbare Kosten oder Dienstleistungen:

- a) Kosten für die Rücküberführung des Versicherten;
- b) Kosten für die Rücküberführung der sterblichen Überreste des Versicherten;

- c) Kosten für die Entsendung eines Pflegers;
- d) Kosten für die vorzeitige Rückkehr von der versicherten Reise;
- e) Kosten, die durch Versäumung der Abfahrt eines öffentlichen Verkehrsmittels entstanden sind;
- f) Kosten für Rechtshilfe im Ausland einschließlich der Vermittlung der Rechtshilfe;
- g) Kosten, die durch den Verlust von Reiseausweisen entstanden sind;
- h) Rettungskosten;
- i) Entschädigung für den Fall, dass der Versicherte bei einer Flugzeug- oder Busentführung festgehalten wurde;
- j) Vermittlung einer Finanzhilfe für den Versicherten.

## **Artikel 2 – Versicherungsleistung**

1. Der Versicherer wird mittels des Assistenzdienstes des Versicherers oder selbst die Erstattung der nachweisbaren Kosten oder Dienstleistungen unter den in diesem Artikel spezifizierten Bedingungen sicherstellen. Als diese Kosten oder Dienstleistungen ist – sofern im Versicherungsvertrag nichts anderes vereinbart wurde – Folgendes anzusehen:

- a) Kosten für die Rücküberführung des Versicherten;

Der Versicherer zahlt die Rücküberführung des Versicherten (der außerstande ist, mit den gewöhnlichen Verkehrsmitteln zu reisen) von dem ausländischen Krankenhaus zum Ort des festen Wohnsitzes in der Tschechischen Republik unter der Bedingung, dass über den Termin, die Art und Weise und die Absicherung der Versicherer, ggf. der Assistenzdienst des Versicherers, nach Erörterung mit dem behandelnden Arzt entscheidet. Der Versicherer wird die Überführung des Versicherten anordnen, sobald es im Hinblick auf den Gesundheitszustand des Versicherten möglich ist. Ist die Rücküberführung aus ärztlicher Sicht möglich und der Versicherte lehnt sie dennoch ab, erlischt ab dem Zeitpunkt einer solchen Ablehnung die Pflicht des Versicherers, Versicherungsleistungen aus der Versicherung der Heilbehandlungsauslagen zu gewähren. Sofern die versicherte Person ein fremder Staatsangehöriger ist, erstattet der Versicherer die Kosten für die Rücküberführung zum Ort des festen Wohnsitzes außerhalb des Gebiets der Tschechischen Republik höchstens bis zur Höhe des Äquivalents der Kosten für die Rücküberführung in die Tschechische Republik.

Der Versicherer erstattet nicht die Kosten, die nach Beendigung der im Voraus abgesicherten Rücküberführung des Versicherten entstanden sind, und zwar aus Gründen der Nichtbeteiligung an der öffentlichen Krankversicherung oder wegen der Betriebsmängel der medizinischen Einrichtungen.

- b) Kosten für die Rücküberführung der sterblichen Überreste des Versicherten

Der Versicherer zahlt die Rücküberführung der sterblichen Überreste des Verbliebenen in Folge eines Versicherungsfalles oder eines natürlichen Todes in die Tschechische Republik unter der Bedingung, dass über den Termin, die Art und Weise und die Absicherung der Versicherer, ggf. der Assistenzdienst des Versicherers entscheidet. Sofern die versicherte Person ein fremder Staatsangehöriger ist, erstattet der Versicherer die Kosten für die Rücküberführung der sterblichen Überreste zum Ort des festen Wohnsitzes außerhalb des Gebiets der Tschechischen Republik höchstens bis zur Höhe des Äquivalents der Kosten für die Rücküberführung in die Tschechische Republik.

- c) Kosten für die Entsendung eines Pflegers

Der Versicherer erstattet die angemessenen Kosten für die Person nach Wahl des Versicherten aus der Tschechischen Republik zum Ort der stationären Behandlung des Versicherten und zurück, für die übliche Unterkunft im Ort der stationären Behandlung in dem Falle, dass die stationäre Behandlung des Versicherten im Krankenhaus aus Gründen einer schweren Krankheit oder eines Unfalls nach Bestätigung des behandelnden Arztes mindestens 5 Tage dauern wird. Der Versicherer erstattet diese Kosten, sofern sie mit seiner vorherigen Zustimmung aufgewandt wurden und sofern der Versicherte eine Person von unter 15 Jahren oder eine solche Person ist, die laut Entscheidung des behandelnden Arztes und des Revisionsarztes außerstande ist, selbständig zurückzureisen.

d) Kosten für eine vorzeitige Rückkehr von der versicherten Reise;

Der Versicherer zahlt die erforderlichen und angemessenen Kosten für eine vorzeitige Rückkehr von der versicherten Reise, sofern der Versicherte gezwungen war, von der versicherten Reise aus Gründen des Versterbens einer ihm nahe stehenden Person und eines ernsthaften Unfalls oder einer ernsthafter Erkrankung einer ihm nahe stehenden Person zurückzukehren, allerdings nur dann, wenn der behandelnde Arzt bestätigt, dass die dem Versicherten nahe stehende Person sich in Lebensgefahr befindet. Unter dem Begriff „dem Versicherten nahe stehende Person“ in diesem Punkt dieses Artikels sind der Ehegatte/die Ehegattin, die Eltern und die Kinder des Versicherten zu verstehen. Der Versicherer wird diese Kosten erstatten, sofern sie mit seiner vorherigen Zustimmung aufgewandt wurden und sofern die ursprünglich geplanten Verkehrsmittel nicht für die Rückkehr genutzt werden konnten. Für die Rückfahrt des Versicherten kann die Economy Class des betreffenden Verkehrsmittels in Anspruch genommen werden.

e) durch die Versäumung eines öffentlichen Verkehrsmittels entstandene Kosten; Der Versicherer zahlt die Kosten für die Beförderung zu einem anderen Ort, von dem aus die Reise gemäß dem ursprünglichen Plan fortgesetzt werden kann oder für die Stornierung der Reise oder des Aufenthalts, sofern der Versicherte die Abfahrt des öffentlichen Verkehrsmittels versäumt hat, mit dem er aus der Tschechischen Republik verreisen sollte, nachweislich:

- in Folge eines unverschuldeten Verkehrsunfalls eines privaten Verkehrsmittels;
- in Folge eines Verkehrsunfalls eines öffentlichen Verkehrsmittels;
- in Folge der Stornierung oder Kürzung der Linien des öffentlichen Verkehrs wegen eines unangemeldeten Streiks;
- in Folge eines Elementarereignisses, das das gegenständliche Beförderungsmittel beschädigt hat oder das auf der Verkehrsstrasse entstanden ist und somit die Fortsetzung der Fahrt verhindert hat.

Der Versicherer erstattet die oben spezifizierten Kosten, sofern sie mit seiner vorherigen Zustimmung aufgewendet wurden. Die Kostenerstattung für die Beförderung gewährt der Versicherer bei Inanspruchnahme der Economy Class des betreffenden Verkehrsmittels.

f) Kosten für rechtliche Hilfe im Ausland einschließlich der Vermittlung der rechtlichen Hilfe; Im Falle der gerichtlichen Verfolgung für einen Schaden, der einem Dritten durch Fahrlässigkeit verursacht wurde, oder bei fahrlässiger Verletzung von Gesetzen und regionalen Bestimmungen administrativen Charakters in einer privaten Lebenssituation übersendet der Assistenzdienst auf Aufforderung einen rückzuerstattenden Vorschuss für das Honorar des Rechtsanwalts oder für eine Kautions. Die rechtliche Hilfe steht nur außerhalb des Gebiets der Tschechischen Republik oder in dem Land zur Verfügung, in dem der Versicherte seinen festen Wohnsitz hat. Der Versicherte ist stets verpflichtet, den Vorschuss dem Versicherer innerhalb von 90 Tagen ab dem Tage der Gewährung des Vorschusses zurückzuzahlen.

g) Kosten, die durch den Verlust von Reiseausweisen entstanden sind;

Der Versicherer zahlt die Gebühr für die Ausstellung eines Ersatzreiseausweises und die Reisekosten vom Aufenthaltsort im Ausland zum Ort der nächstliegenden Vertretungsbehörde der Tschechischen Republik und zurück, sofern der Verlust oder die Vernichtung der Reiseausweises im direkten Zusammenhang mit dem Versicherungsfall steht, der durch die Gepäckversicherung gemäß diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen gedeckt ist. Die Kostenerstattung gewährt der Versicherer bei Inanspruchnahme der Economy Class des Verkehrsmittels.

h) Rettungskosten;

Der Versicherer zahlt die zweckmäßig aufgewandten Kosten für die Abwendung eines unmittelbar drohenden Versicherungsfalls oder für die Minderung des bereits eingetretenen Versicherungsfalls samt Kosten für eventuelle Suchaktionen oder Bergungsaktionen.

i) Entschädigung im Falle der Festhaltung des Versicherten bei einer Flugzeug- oder einer Busentführung;

Der Versicherer zahlt dem Versicherten eine Entschädigung in Höhe von 1.000,- CZK für jeden angefangenen Tag der Festhaltung des Versicherten bei einer Flugzeug- oder einer Busentführung, mit dem der Versicherte während seiner Auslandsreise gereist ist.

j) Vermittlung einer Finanzhilfe für den Versicherten;

Der Versicherer vermittelt im Falle eines unerlässlichen Bedarfs im Zusammenhang mit dem Versicherungsfall gemäß den übrigen Versicherungsarten dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen die Aushändigung einer Finanzhilfe an den Versicherten in Valuten am vereinbarten Ort, nachdem ein Dritter beim Versicherer oder bei einem externen Dienstleister den Gegenwert eingezahlt hat.

### **Artikel 3 – Versicherungsleistung**

1. Der Versicherer zahlt die Kosten oder Dienstleistungen, die im Teil B, Art. 2 Punkt 1c) bis Punkt 1j) dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen angeführt sind, höchstens bis Höhe von 2 % der Versicherungssumme, die im Versicherungsvertrag für die Versicherung von Assistenzdienstleistungen angeführt ist, sofern im Versicherungsvertrag ausdrücklich nichts anderes angeführt ist.

2. Die Leistungen aus der Versicherung von Assistenzdienstleistungen dürfen die im Versicherungsvertrag vereinbarte Versicherungssumme nicht überschreiten.

### **Artikel 4 – Ausschlüsse**

1. Der Versicherer ist nicht verpflichtet, in den Fällen, die in Teil A, Art. 4. Punkt 1a) bis Punkt 1n) dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen angeführt sind, die Versicherungsleistung für die Kosten für die Rücküberführung des Versicherten oder die Kosten für die Rücküberführung der sterblichen Überreste des Versicherten zu zahlen.

## **Teil C – Unfallversicherung**

### **Artikel 1 – Versicherungsleistung**

1. Gegenstand der Versicherung ist der Tod des Versicherten in Folge eines Unfalls oder der Vertragsgegenstand sind die Dauerfolgen des Unfalls des Versicherten, wobei es zu dem Unfall während der Dauer der versicherten Reise gekommen ist.

### **Artikel 2 – Versicherungsfall**

1. Der Versicherungsfall ist der Unfall des Versicherten. Unter dem Unfall ist die unerwartete und plötzliche Einwirkung von Außenkräften oder der eigenen Körperkraft unabhängig vom Willen des Versicherten, zu der es während der Dauer der Versicherung gekommen ist und durch die dem Versicherten eine Gesundheitsschädigung oder der Tod herbeigeführt wurde. Als Unfall wird auch der Zustand angesehen, bei dem es in Folge erhöhter Muskelkraft, die auf die Gliedmaßen oder die Wirbelsäule einwirkt, zur Ausrenkung eines Gelenks oder zum Riss oder einer Zerrung von Muskeln, Sehnen, Bindegewebe oder Kapseln kommt. Als Unfall werden auch folgende Ereignisse angesehen, die nicht vom Willen des Versicherten abhängen:

a) Tod durch Ertrinken;

b) Körperschäden, die durch Verbrennungen, Verbrühung, Blitzschlag, Strom, Gase oder Dämpfe, Verschlucken von giftigen oder ätzenden Stoffen, ausgenommen Fälle, bei denen die Wirkung schrittweise und langfristig erfolgt;

c) Tetanus- oder Tollwutansteckung bei einem Unfall.

### **Artikel 3 – Versicherungsleistung**

1. Leistungen für den Tod in Folge eines Unfalls:

- a) sofern durch den Unfall der Tod des Versicherten herbeigeführt wurde, der spätestens innerhalb von drei Jahren ab dem Tage des Unfalls eingetreten ist, zahlt der Versicherer der berechtigten Person die Versicherungssumme für den Todesfall in Folge eines Unfalls aus;
- b) sofern jedoch der Versicherte an die Unfallfolgen stirbt und der Versicherer für die Dauerfolgen dieses Unfalls bereits Leistungen erbracht hat, wird der Versicherer der berechtigten Person nur die eventuelle Differenz zwischen der Versicherungssumme für den Fall des Todes in Folge eines Unfalls und dem bereits ausgezahlten Betrag auszahlen.

## **2. Leistungen für Dauerfolgen des Unfalls:**

- a) die Höhe der Leistungen für die Dauerfolgen eines Unfalls bestimmt der Versicherer gemäß den nachfolgend angeführten Grundsätzen und Tabellen für die Beurteilung der Körperschäden in der Unfallversicherung (weiter nur die „Bewertungstabellen A“), die zum Zeitpunkt des Eintritts des Versicherungsfalles (des Unfalls) gültig waren, die der Versicherte einsehen darf; der Versicherer darf die Bewertungstabellen ergänzen und ändern;
- b) sofern der Unfall beim Versicherten Dauerfolgen hinterlässt, zahlt der Versicherer einen solchen Prozentsatz aus der Versicherungssumme aus, der dem Prozentsatz im Hinblick auf den Umfang der Dauerfolgen nach deren Stabilisierung für die einzelnen Körperschäden gemäß der Bewertungstabelle A) entspricht, und im Falle, dass die Körperschäden sich nicht innerhalb von drei Jahren ab dem Tage des Unfalls stabilisieren, der dem Prozentsatz im Hinblick auf den Zustand der Körperschäden am Ende dieser Frist entspricht; sofern die Bewertungstabelle A) eine Prozentspanne festlegt, bestimmt der Versicherer die Höhe der Leistung so, dass im Rahmen der gegebenen Spanne die Leistung dem Charakter und Umfang des durch den Unfall verursachten Körperschadens entspricht;
- c) die Bedingung für die Entstehung des Anspruchs auf Erbringung von Leistungen ist die Tatsache, dass der Umfang der Dauerfolgen, die dem Versicherten durch ein Unfall verursacht wurden, eine 10 %-ige Bewertung erhalten hat;
- d) sofern der Versicherer die Leistungen gemäß dem vorangehenden Absatz aus dem Grunde nicht erbringen kann, da die Dauerfolgen des Unfalls nach Ablauf eines Jahres ab dem Unfall noch nicht fix sind, jedoch bereits bekannt ist, dass der Umfang der Dauerfolgen dem im Versicherungsvertrag festgelegten Mindestumfang entspricht, gewährt der Versicherer auf der Grundlage eines schriftlichen Antrags einen angemessenen Vorschuss;
- e) sofern die Dauerfolgen des Unfalls einen Körperteil oder die Organe betreffen, die bereits vor dem Unfall beschädigt waren, wird der Versicherer seine Leistung für die Dauerfolgen um einen solchen Prozentsatz herabsetzen, der dem gemäß der Bewertungstabelle festgelegten Prozentsatz der vorangegangenen Schäden entspricht;
- f) sofern ein Unfall dem Versicherten mehrere Dauerfolgen verursacht, bewertet der Versicherer die gesamten Dauerfolgen mit der Summe der Prozentsätze für die einzelnen Folgen, höchstens jedoch bis zur Höhe von 100 %;
- g) sofern die einzelnen Folgen nach einem Unfall oder nach mehreren Unfällen dieselben Gliedmaßen, dasselbe Organ oder dieselben Teile davon betreffen, wird der Versicherer diese(s) als eine Gesamtheit bewerten, und zwar höchstens mit dem Prozentsatz, der in der Bewertungstabelle für den anatomischen Verlust oder den Funktionsverlust der entsprechenden Gliedmaßen, des entsprechenden Organs oder der entsprechenden Teile davon bestimmt ist;
- h) sofern der Versicherte in Folge des Unfalls innerhalb eines Jahres ab dem Tage stirbt, an dem der Unfall passiert ist, erlischt der Anspruch auf Leistungen für die Dauerfolgen des Unfalls;
- i) sofern der Versicherte vor der Auszahlung der Leistung für die Dauerfolgen des Unfalls, jedoch nicht an den Folgen dieses Unfalls stirbt, oder sofern der Versicherte nach Ablauf eines Jahres nach dem Unfall aus jedweder Ursache stirbt und sofern der Anspruch auf Leistungen für die Dauerfolgen des Unfalls entstanden ist, wird der Versicherer den berechtigten Personen den Betrag auszahlen, der dem Umfang der Dauerfolgen des Unfalls des Versicherten zum Zeitpunkt dessen Todes entspricht, höchstens jedoch den Betrag, der

der Versicherungssumme entspricht, die für den Todesfall in Folge eines Unfalls vereinbart wurde;

j) die Höhe der Leistung für die Dauerfolgen des Unfalls bestimmt der Versicherer auf der Grundlage des Berichts über die Bewertung von medizinischen Unterlagen oder über das Ergebnis der medizinischen Untersuchung des Versicherten durch einen Sachverständigen des Versicherers; es wird von der Stellungnahme des Arztes ausgegangen, der für den Versicherer Fachberatungstätigkeiten ausübt.

#### **Artikel 4 – Ausschlüsse**

1. Als Unfall wird Folgendes nicht angesehen:

- a) Selbstmord, Selbstmordversuch, vorsätzliche Selbstverstümmelung oder Herbeiführung eines Unfalls durch eine andere Person auf Veranlassung des Versicherten;
- b) Leibes- oder Leistenbruch jedweder Art mit der Ausnahme, dass dieser Bruch auf direkte mechanische Einwirkung von außen zurückzuführen ist;
- c) Störung der Beweglichkeit oder Beschädigung der Wirbelsäule einschließlich der Bandscheibenhernien mit der Ausnahme, dass diese Störung oder Beschädigung auf direkte mechanische Einwirkung von außen zurückzuführen ist und dass es sich um keine Verschlechterung der Symptome der Krankheit handelt, die bereits vor dem Unfall bestand;
- d) jedwede Krankheit einschließlich Infektionskrankheiten, Herzinfarkt, Schlaganfall, psychische und soziale Gemütsschwankungen, und zwar auch dann, wenn sie als Folge des Unfalls eingetreten sind,
- e) psychische Krankheit oder Geisteskrankheit oder krankhafte Zustände (Kollapse, epileptische oder andere Anfälle, Krämpfe usw.), auch wenn sie auf einen Körperschaden oder ein psychisches Trauma zurückzuführen sind.

2. Der Versicherer ist nicht verpflichtet, im Falle eines Unfalls des Versicherten Leistungen zu erbringen, der wie folgt verursacht wurde:

- a) bei Ausschreitungen oder Straftaten, die der Versicherte bei Handlungen begangen hat, durch die er die gesetzlichen Bestimmungen des betreffenden Landes nicht eingehalten hat, im Zusammenhang mit Kriegsereignissen oder Unruhen; beim Unfall, zu dem es nach Alkoholkonsum oder nach der Anwendung von Rauschmitteln gekommen ist, darf der Versicherer die Versicherungsleistung einschränken;
- b) bei einem öffentlich organisierten Sportwettbewerb oder Rennen oder bei professionell betriebenen Sportarten;
- c) bei Bungee-jumping, Canyoning, Schifahren und Snowboarding außerhalb gekennzeichnete Abfahrtstrecken und Trassen, Ski-Alpinismus und Bergsteigen.

#### **Artikel 5 – Pflichten des Versicherten**

1. Der Versicherte ist verpflichtet, zusätzlich zu den Verpflichtungen, die in dem allgemeinen Teil dieser allgemeinen Versicherungsbedingungen angeführt sind:

- a) bei Unfällen ohne unnötige Verzögerung einen Arzt aufzusuchen und sich nach den Weisungen des Arztes zu richten;
- b) dem Versicherer unverzüglich nach der Rückkehr von der versicherten Reise die ausgefüllte Anmeldung des Versicherungsfalls samt dem Arztbericht über den Gesundheitszustand mit der Diagnose und Prognose des Unfalls vorzulegen;
- c) auf Aufforderung des Versicherers weitere Arztberichte und Gutachten vorzulegen;
- d) sich auf Ersuchen des Versicherers von einem Arzt untersuchen zu lassen, der vom Versicherer bestimmt wird.

2. Im Todesfall in Folge eines Unfalls legt die berechnigte Person eine Kopie des Totenscheins des Versicherten vor.

## **Artikel D – Haftpflichtversicherung**

### **Artikel 1 – Versicherungsgegenstand**

1. Gegenstand der Versicherung sind Personen- oder Sachschäden eines Dritten, die während der versicherten Reise entstanden sind und für die der Versicherte gemäß den zivilrechtlichen Vorschriften des Staates, auf dessen Gebiet diese Schäden entstanden sind, rechtlich haftet.
2. Die Versicherung bezieht sich auf die Haftung des Versicherten für den Schaden, der durch Handlungen im gewöhnlichen bürgerlichen Leben bei der Ausübung der üblichen Touristentätigkeiten entstanden ist.

### **Artikel 2 - Versicherungsfall**

1. Der Versicherungsfall ist die Entstehung der Pflicht des Versicherers, den Schaden für den Versicherten zu zahlen, sofern der Versicherte verpflichtet ist, den entstandenen Schaden zu ersetzen. Entscheidet über den Schadensersatz ein Gericht, so gilt, dass der Versicherer verpflichtet ist, erst an dem Tage Leistungen zu erbringen, an dem der Gerichtsbeschluss rechtskräftig wird.

### **Artikel 3 – Versicherungsleistung**

1. Der Versicherte hat das Recht, dass der Versicherer aus der Haftpflichtversicherung bis zur Höhe der im Versicherungsvertrag vereinbarten Versicherungssumme zahlt:
  - a) den tatsächlichen Personen- oder Sachschaden eines Dritten, sofern er für den Schaden haftet;
  - b) die Kosten, die für den Rechtsschutz des Versicherten vor einem Anspruch erforderlich ist, den der Versicherte und der Versicherer für unberechtigt halten.
2. Der Versicherer zahlt folgende Kosten für den Versicherten:
  - a) die Kosten, die der Höhe der außervertraglichen Entlohnung eines Rechtsanwalts für die Verteidigung im Vorverfahren und im Verfahren vor dem erstinstanzlichen Gericht im dem Strafverfahren gegen den Versicherten im Zusammenhang mit dem Schaden entsprechen, die der Versicherer zu zahlen hat;
  - b) für das Verfahren über den Schadensersatz vor dem erstinstanzlichen Gericht, sofern dieses Verfahren zur Feststellung der Haftung des Versicherten und der Schadenhöhe erforderlich war und der Versicherte verpflichtet ist, diese Kosten zu tragen; die Kosten für die Rechtsvertretung des Versicherten zahlt der Versicherer unter der Voraussetzung, dass er sich dazu schriftlich verpflichtet hat;
  - c) die Kosten für eine außergerichtliche Verhandlung des Anspruchs des Versicherten auf den Ersatz des Schadens, der dem Geschädigten entstanden sind;
  - d) die Kosten für die Verteidigung des Versicherten vor dem Berufungsgericht im Strafverfahren, im Verfahren über den Schadenersatz vor dem Berufungsgericht, ggf. dessen eigene Auslagen, entstanden bei diesem Verfahren, unter der Voraussetzung, dass der Versicherer sich zur Zahlung dieser Kosten schriftlich verpflichtet hat.
3. Führt der Versicherte den Versicherer bezüglich bedeutender Umstände, die die Berechtigung des Anspruchs auf Schadenersatz oder seine Höhe haben, vorsätzlich in die Irre, so hat der Versicherer das Recht, den Schadenersatz zu verweigern.
4. Der Versicherer hat gegenüber dem Versicherten Recht auf Rückerstattung des Schadenersatzes, sofern der Versicherungsfall unter dem Einfluss von Alkohol oder Rauschmitteln verursacht wurde.

## **Artikel 4 – Ausschlüsse**

1. Die Versicherung bezieht sich nicht auf die Haftung des Versicherten für

- a) Schäden, die vorsätzlich herbeigeführt wurden, wobei der vorsätzlichen Handlung eine Handlung oder Unterlassung des Versicherten gleichgestellt wird, bei der der Eintritt des Schadens hätte vorausgesetzt oder erwartet werden müssen;
- b) Schäden, die vom Versicherten zusätzlich zu dem durch Rechtsvorschriften festgelegten Rahmen übernommen oder anerkannt wurden;
- c) Schäden, die durch den Betrieb von Verkehrsmitteln und durch weitere Tätigkeiten verursacht wurden, bei denen die Rechtsvorschrift die Pflicht zum Abschluss einer Versicherung auferlegt oder auf die sich die Versicherung kraft Gesetzes bezieht;
- d) Schäden, die durch den Betrieb oder die Lenkung eines motorgetriebenen als auch eines motorlosen Luft- oder Wasserfahrzeugs, zu deren Führung in der Tschechischen Republik oder in dem Fall, in dem der Schaden entstanden ist, ein Nachweis für die Flugtauglichkeit oder Schifffahrtstauglichkeit erforderlich ist;
- e) Schäden, die durch die Wasser-, Erdreich-, Luft- bzw. Umweltverschmutzung aller Art entstanden sind;
- f) Schäden, die durch das Einschleppen oder durch die Ausbreitung einer ansteckenden Krankheit von Menschen, Tieren oder Pflanzen entstanden sind;
- g) Schäden, die im Zusammenhang mit Kriegseignissen, Bürgerunruhen, Aufständen oder repressiven Eingriffen von Staatsorganen verursacht wurden;
- h) Schäden, die an Sachen verursacht wurden, die der Versicherte (mit Ausnahme von gemieteten Räumen) nutzt und an Sachen, die der Versicherte zur Durchführung von bestellten Tätigkeiten übernommen hat;
- i) Schäden bei der unternehmerischen Tätigkeit des Versicherten einschließlich der Haftung für den Schaden, der einem der Angestellten des Versicherten gemäß den arbeitsrechtlichen Vorschriften und im Rahmen der Produkthaftung entstanden ist;
- j) Schäden bei der Erfüllung von Arbeitsaufgaben in arbeitsrechtlichen Beziehungen oder im direkten Zusammenhang damit, für die der Versicherte gegenüber seinem Arbeitgeber verantwortlich ist;
- k) Schäden, für die der Versicherte gegenüber seinem Ehepartner, Verwandten in direkter Linie, den Personen, die mit dem Versicherten in häuslicher Gemeinschaft leben und gegenüber den Mitversicherten haftet;
- l) Schäden, die von Tieren verursacht wurden;
- m) Schäden, für die der Versicherte in Folge seiner aktiven Teilnahme an Wettbewerben und Sportveranstaltungen einschließlich der jeweiligen Vorbereitung verantwortlich ist, sofern im Vertrag nichts anderes vereinbart wurde;
- n) Schäden, die an einer Sache verursacht wurden, die der Versicherte widerrechtlich nutzt.

## **Artikel 5 – Pflichten des Versicherten**

1. Der Versicherte ist verpflichtet, zusätzlich zu den durch die Rechtsvorschriften festgelegten Pflichten und zusätzlich zu den Pflichten, die in dem allgemeinen Teil dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen angeführt sind:

- a) den Schaden an der Sache eines Dritten mit einem Protokoll zwischen dem Versicherten und dem Geschädigten zu belegen, wobei in dem Protokoll anzuführen ist, wie, wann und wo der Schaden entstanden ist, was beschädigt wurde, in welchem Umfang, wie hoch der Anschaffungspreis der Sache war und wie alt die Sache war; des Weiteren muss die Höhe des Schadens angeführt sein; das Protokoll ist vom Versicherten und vom Geschädigten und von mindestens zwei Zeugen zu unterzeichnen, die weder mit dem Versicherten noch mit dem Geschädigten in einem familiären Verhältnis stehen dürfen; bei den Zeugen ist lesbar anzuführen: Vor- und Nachname, Geburtsdatum, Anschrift des festen Wohnsitzes und Telefon; bei Schäden von bis zu 10.000,- CZK kann der Schaden beglichen werden – in

diesem Fall ist der Versicherte verpflichtet, den Beleg über die erfolgte Zahlung des Schadens vorzulegen;

b) die Gesundheitsschädigung eines Dritten ist durch ein polizeiliches Protokoll und durch einen Arztbericht mit detaillierter Diagnose der Verletzung des Geschädigten zu belegen;

c) dem Versicherer unverzüglich mitzuteilen, dass im Zusammenhang mit dem Schadenfall davon auszugehen ist, dass ein Strafverfahren eingeleitet wurde oder mit hoher Wahrscheinlichkeit in Kürze eingeleitet wird;

d) Falls ein Schadenereignis eintritt, das den Grund für die Entstehung des Rechts auf Schadenersatz darstellen könnte, ist dies unverzüglich schriftlich dem Versicherer mitzuteilen;

e) sämtliche Maßnahmen zu treffen, die verhindern, dass der Umfang des Schadens wächst;

f) dem Versicherer beim Versicherungsfall die erforderliche Mitwirkung zur Ermittlung der Ursachen und der Höhe des Schadens zu leisten, eine wahrheitsgemäße Erklärung zum Eintritt und zum Umfang des Schadens abzugeben und in der vereinbarten Frist die Unterlagen vorzulegen, die der Versicherer anfordert;

g) dem Versicherer unverzüglich mitzuteilen, dass:

- gegen den Versicherten der Anspruch auf Schadenersatz geltend gemacht wurde
- das Recht auf Schadenersatz beim Gericht oder bei einem anderen zuständigen Organ geltend gemacht wurde;
- gegen den Versicherten ein Strafverfahren eingeleitet wurde und dem Versicherer den Namen des Verteidigers des Versicherten mitzuteilen;

h) im Verfahren bezüglich des Schadenersatzes nach den Weisungen des Versicherers zu verfahren, u. a. nach Weisungen des Versicherers Rechtsmittel einzulegen (in diesem Falle trägt die Kosten des Berufungsverfahrens der Versicherer);

i) den Schaden nur mit vorläufiger schriftlicher Zustimmung des Versicherers anzuerkennen oder zu begleichen, mit Ausnahme von Sachschäden von bis zu 10.000,- CZK eines Dritten, siehe Punkt 1a) dieses Artikels.

## **Teil E – Gepäckversicherung**

### **Artikel 1 – Versicherungsgegenstand**

1. Gegenstand der Versicherung sind die für den persönlichen Bedarf bestimmten Sachen, die sich nachweislich im Eigentum des Versicherten befinden, die im Hinblick auf den Zweck, Charakter und die Dauer der Reise üblich sind, die der Versicherte mitgenommen hat, ggf. die der Versicherte während der Reise angeschafft hat (weiter nur das „Gepäck“).

### **Artikel 2 – Versicherungsfall**

1. Der Versicherungsfall ist der Sachschaden am Gepäck, sofern dieser Schaden dem Versicherten wie folgt verursacht wurde:

a) durch eine Beschädigung oder Vernichtung des Gepäcks durch ein Elementarereignis (Brand, Explosion, Sturm, Hochwasser, Erdbeben);

b) durch den Diebstahl des Gepäcks in Form eines Einbruchdiebstahls oder Raubs mit Gewaltanwendung;

c) durch Beschädigung, Vernichtung, Entwendung oder durch den Verlust des Gepäcks, zu der/dem es im Zusammenhang mit einem schweren Unfall des Versicherten gekommen ist,

wobei in Folge des Unfalls eine medizinische Behandlung des Versicherten erforderlich war, oder im Zusammenhang mit einem Verkehrsunfall, an dem der Versicherte beteiligt war;  
d) durch eine Beschädigung oder Vernichtung des Gepäcks durch Leitungswasser;  
e) durch den Verlust des Gepäcks, das einem offiziellen Frachtführer zur Beförderung übergeben wurde.

2. Als Einbruchdiebstahl gilt die Aneignung des Gepäckstücks durch den Täter, wobei der Täter das Gepäck nach Überwindung einer Schutzeinrichtung an sich genommen hat.

a) durch das Eindringen in einen geschlossenen Raum, in dem sich das Gepäck befindet, nachweislich (gemäß den polizeilichen Ermittlungen) mit Hilfe von Werkzeugen, die nicht zum ordnungsgemäßen Aufschließen bestimmt sind – die Verwendung dieser Werkzeuge kann nicht durch die bloße Feststellung belegt werden, dass das Gepäck entwendet wurde;  
b) durch das Eindringen in geschlossene Räume mit Gewaltanwendung (Durchbrechen, Ausbrechen, Durchstoßen, Ausstoßen, Durchsägen, Durchschneiden von Türen, Fenstern, Wänden, Böden, Decken, Karosserien u. ä.)

Der Versicherer gewährt nur dann die Versicherungsleistung, wenn die Entwendung des Gepäcks wie folgt erfolgt ist.

- durch Einbruchdiebstahl in der Einrichtung, in der Versicherte untergebracht ist;
- durch Einbruchdiebstahl in ein Kraftfahrzeug oder einen Wohnanhänger, wobei der Einbruchdiebstahl nachweislich in der Zeit zwischen 8.00 Uhr und 22 Uhr stattgefunden hat.

Als Einbruchdiebstahl gilt nicht:

- Diebstahl von Gepäckstücken aus dem Frachtraum eines Fahrzeugs und aus einem Cabriolet,
- Diebstahl von Gepäckstücken aus einem Zelt, einem Anhänger oder einer ähnlichen Einrichtung, die keine festen Wände oder Decken aus Zeltstoff u. ä. hat, und zwar auch dann nicht, wenn das Zelt, der Anhänger oder eine ähnliche Einrichtung abgeschlossen war;
- durch das Eindringen in ein Kraftfahrzeug, Wohnanhänger oder den Unterbringungsraum in einer Art und Weise, die nicht ermittelt werden konnte.

Als Raub mit Gewaltanwendung gilt die Aneignung des Gepäckstücks des Versicherten durch den Täter bei Anwendung unmittelbarer Gewalt gegen den Versicherten, in deren Folge der Versicherte einen Gesundheitsschaden erlitten hat und gezwungen war, einen Arzt aufzusuchen.

Nicht als Raub mit Gewaltanwendung gilt:

- Diebstahl der Gepäckstücke des Versicherten durch den Täter lediglich bei Androhung der Gewaltanwendung,
- das Herausreißen der Gepäckstücke aus der Hand oder das Abreißen der Gepäckstücke von der Schulter des Versicherten u. ä.

### **Artikel 3 – Versicherungsleistung**

1. Sofern es in Folge des Versicherungsfalls zu einer Beschädigung des Gepäckstücks gekommen ist, ist der Versicherer verpflichtet, die angemessenen Reparaturkosten zu erstatten. Dieser Betrag darf höchstens den Zeitwert des Gepäckstücks erreichen.

2. Sofern es in Folge des Versicherungsfalls zu einer Vernichtung, Verlust oder zur Entwendung des Gepäckstücks gekommen ist, ist der Versicherer verpflichtet, die Versicherungsleistung in Höhe des Neupreises des Gepäckstücks zu gewähren.

3. Der Versicherer erbringt Leistungen maximal bis zur Höhe des Versicherungslimits für ein Gepäckstück, sofern dieses Limit im Versicherungsvertrag vereinbart wurde, und insgesamt höchstens bis zur Höhe der Versicherungssumme, die im Versicherungsvertrag vereinbart wurde.

#### **Artikel 4 – Ausschlüsse**

1. Die Versicherung bezieht sich nicht auf Sachschäden an Gepäckstücken, die dem Versicherten wie folgt entstehen:

- a) in Folge von Kriegsereignissen, eines Bürgerkriegs, innerstaatlichen Unruhen, einer Revolte, eines Aufstands, eines Streiks und in Folge von terroristischen Anschlägen;
- b) durch die Wirkung von Strahlung, Kernenergie, Exhalationen und Emissionen.

2. Sofern nichts anderes vereinbart wurde, bezieht sich die Versicherung nicht auf:

- a) Geld, Schecks, Kreditkarten, Wertsachen, Sparbücher, Wertpapiere, Briefmarken, Fahrscheine, Flugtickets und andere Unterlagen, Ausweise und Berechtigungen aller Art, Schlüssel;
- b) Juwelen, Sachen aus Edelmetallen, Edelmetalle, Edelsteine, Perlen, weitere aus Edelmetallen und Edelsteinen hergestellte Gegenstände, Sachen, die für Sammler von Interesse sind, Sammlungen, Antiquitäten, Sachen von künstlerischem oder historischen Wert;
- c) Kraftfahrzeuge, Anhänger Motorräder, motorgetriebenen Fahrrädern und ähnliche Fahrzeuge mit einem eigenen Antrieb, Flugzeuge, Rogallos, Heißluftballons, Schiffe, Wasserfahrzeuge u. ä. samt ihren Ersatzteilen, Bestandteilen und dem Zubehör;
- d) Sachen, die zur Ausübung des Berufs oder der Erwerbstätigkeit dienen, Pläne, Projekte, Prototypen, Muster, Modelle;
- e) Datenträger (z. B. alle CD-Arten, Disketten, Videobänder, Kassetten u. ä.) und die Aufzeichnungen auf diesen Datenträgern;
- f) geliehene, übernommene Sachen, fremde Sachen;
- g) Lebens- und Genussmittel, Zigaretten, Alkohol.

#### **Artikel 5 – Pflichten des Versicherten**

1. Der Versicherte ist verpflichtet, zusätzlich zu den Pflichten, die im allgemeinen Teil dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen angeführt sind:

- a) für sein Gepäck entsprechende Sorge zu tragen, das Gepäck nicht unbeaufsichtigt zu lassen und es lediglich an den dazu bestimmten Orten zu verwahren;
- b) den Diebstahl des Gepäcks durch Einbruchdiebstahl oder Raub mit Gewaltanwendung unverzüglich der Polizei im nächstliegenden Ort zu melden und dabei die Erstellung eines amtlichen Protokolls mit Beschreibung aller Umstände des Versicherungsfalls, Überwindung der Schutzmaßnahmen und einer Liste der entwendeten Sache anzufordern;
- c) im Falle der Entwendung der Gepäckstücke durch Einbruchdiebstahl in der Unterkunftseinrichtung hat der Versicherte beim Betreiber der Unterkunftseinrichtung das Recht auf Schadenersatz geltend zu machen;
- d) im Falle eines offiziellen Verlustes von Gepäckstücken bei der Beförderung durch den offiziellen Frachtführer ist beim verantwortlichen Vertreter des Frachtführers die Erstellung eines Schadensprotokolls anzufordern;
- e) nach Rückkehr von der versicherten Reise sind dem Versicherer ohne unnötige Verzögerung zusammen mit der ausgefüllten Meldung zum Versicherungsfall sämtliche weiteren Unterlagen vorzulegen, die die Berechtigung dieses Anspruchs belegen, insbesondere der Versicherungsschein, ein Beleg über die polizeilichen Ermittlungen oder ein Beleg über den Verlust des Gepäcks oder über ein Verkehrsunfall, ein Elementar- oder ein anderes Ereignis, eine Liste der entwendeten oder beschädigten Sachen samt den

Belegen über den Erwerb dieser Sachen und deren Anschaffungswert (Quittungen, Rechnungen);

f) bei Bedarf sind weitere Unterlagen und Belege vorzulegen, die für eine abschließende Klärung des Versicherungsfalls durch den Versicherer erforderlich sind.

## **Teil F – Versicherung von Stornogebühren**

### **Artikel 1 – Versicherungsgegenstand**

1. Gegenstand der Versicherung sind die nicht rückzuerstattenden Kosten, die dem Versicherten in der Tschechischen Republik durch die Zahlung der berechneten Stornogebühren für die Reise, die nicht stattfinden konnte, oder für eine nicht gewährte Dienstleistung bei dem Reiseveranstalter, der Transportgesellschaft oder bei der Unterkunftseinrichtung entstanden sind.

### **Artikel 2 – Versicherungsfall**

1. Der Versicherungsfall ist die Stornierung der Reise oder die Nichtanspruchnahme der Dienstleistungen, die schriftlich bestellt, vom Veranstalter bestätigt und ordnungsgemäß bezahlt wurden, aus Gründen:

- a) einer akuten Erkrankung oder eines Unfalls des Versicherten oder einer dem Versicherten nahe stehenden Person unter der Voraussetzung, dass dieser Zustand gemäß der Entscheidung und Bestätigung des behandelnden Arztes die stationäre Behandlung erfordert oder dass der Patient das Bett hüten muss, wobei in dieser Bestätigung die genaue Dauer der Heilbehandlung, die Diagnose der plötzlichen Erkrankung oder des Unfalls angeführt ist; außerdem muss eine Bestätigung darüber vorliegen, dass der Gesundheitszustand des Versicherten ausschließt, dass die gegenständliche Reise angetreten wird; als Versicherungsfall werden jedoch weder Schwangerschaft noch die mit der Schwangerschaft zusammenhängenden Komplikationen angesehen;
- b) des Todes des Versicherten oder einer dem Versicherten nahe stehenden Person;
- c) einer schwerwiegenden Straftat mit Gewaltanwendung gegen den Versicherten oder eine dem Versicherten nahe stehenden Person, sofern diese Tat eine erhebliche psychische Beeinträchtigung zur Folge hatte;
- d) erheblicher Schäden direkt am Vermögen des Versicherten, die unmittelbar vor dem Antreten der Reise entstanden sind, wobei diese Schäden durch ein Elementarereignis (Brand, Explosion, Sturm, Hochwasser, Erdbeben) oder durch eine Straftat eines Dritten entstanden sind, sofern der Versicherte nachweist, dass er die versicherte Reise aus diesem Grunde nicht antreten kann.

2. Unter dem in Punkt 1 dieses Artikels angeführten Begriff „dem Versicherten nahe stehende Person“ ist zu verstehen:

- a) Ehemann/Ehefrau, die Eltern und Kinder des Versicherten;
- b) die Personen, die in demselben Reisevertrag oder in derselben Reisebestellung zusammen mit dem Versicherten angeführt sind.

### **Artikel 3 - Versicherungsleistung**

1. Tritt ein Versicherungsfall ein, zahlt der Versicherer dem Versicherten die Leistung aus, die dem Betrag von 80 % der nachweislich entrichteten Stornogebühren entspricht, sofern im Versicherungsvertrag ausdrücklich nichts anderes vereinbart wurde. Der Versicherer erbringt jedoch Leistungen maximal bis zur Höhe der Versicherungssumme, die im Versicherungsvertrag vereinbart wurde.

2. Sofern die im Versicherungsvertrag festgelegte Versicherungssumme niedriger ist als der vom Versicherten für die Reise oder für die Dienstleistungen aufgewendete Gesamtpreis, ist

der Versicherer berechtigt, die Versicherungsleistung herabzusetzen, und zwar im Verhältnis der Versicherungssumme zum Gesamtpreis für die Reise oder die Dienstleistungen.

3. Die Versicherung von Stornogebühren kann vor oder zeitgleich mit der Zahlung der letzten Rate für die Reise oder die Dienstleistungen, bzw. vor oder zeitgleich mit der vollständigen Bezahlung der Reise oder der Dienstleistungen gültig vereinbart werden. Sofern die Versicherung von Stornogebühren zu einem späteren Zeitpunkt vereinbart wird, entsteht dem Versicherten kein Anspruch auf Versicherungsleistung.

#### **Artikel 4 – Ausschlüsse**

1. Der Versicherer ist insbesondere nicht verpflichtet, Versicherungsleistung zu zahlen, sofern die Reise oder die Dienstleistungen aus folgenden Gründen storniert wurden.

- a) Nichtgewährung des Urlaubs durch den Arbeitgeber;
- b) Nichterhalt eines Visums oder Ungültigkeit der Reiseausweise;
- c) einer chronischen oder akuten Erkrankung, sofern diese bereits zum Zeitpunkt der Vereinbarung des Versicherungsfalles bestanden hat, auch wenn sie bis dahin medizinisch nicht behandelt wurde;
- d) Versäumung der Pflichtimpfungen oder Reaktion auf diese Impfungen;
- e) periodische Kontrolluntersuchungen, wegen des Antritts eines Kuraufenthalts oder wegen einer geplanten Operation.

#### **Artikel 5 – Pflichten des Versicherten**

1. Der Versicherte ist verpflichtet, zusätzlich zu den im allgemeinen Teil dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen:

- a) unverzüglich nach dem Schadenfall (spätestens am darauf folgenden Werktag) beim Veranstalter die bestellte Reise oder Dienstleistung zu stornieren; sofern es zu einem Verzug beim Stornieren kommt, ist der Versicherer berechtigt, lediglich die Stornogebühren zu zahlen, die zu dem Tage berechnet wurden, an dem die bestellte Reise oder Dienstleistung hätte unverzüglich storniert werden können;
- b) ohne unnötige Verzögerung dem Versicherer den Versicherungsfall anzumelden und dem Versicherer einen Beleg über die Entrichtung der Stornogebühren für die Stornierung des Aufenthalts oder der Reise einschließlich einer detaillierten Stornorechnung des Veranstalters, einen Ausgabebuchungsbeleg über den rückerstatteten Betrag vorzulegen;
- c) dem Versicherer die Unterlagen vorzulegen, die den Eintritt des Schadensereignisses belegen (z. B. eine Arztbescheinigung des behandelnden Arztes und des Facharztes, über die Krankheit oder über andere gesundheitliche Beschwerden, Bestätigung über die stationäre Behandlung, den Totenschein, den amtlichen Bericht über den Personen- oder Sachschaden, den Bericht der zuständigen Staats- und der Selbstverwaltungsorgane über das Elementarereignis oder den betreffenden erheblichen Sachschaden, Bestätigung der Polizei über das Begehen einer schwerwiegenden Straftat mit Gewaltanwendung usw.)

Diese Allgemeinen Versicherungsbedingungen werden zum 01.01.2005 wirksam.

Anmerkungen:

-----  
-----  
-----