



Versicherteninformationen

- **Safety + (Tages- und Mehrtages-/Depotskiticket) und**
- **Refund + (Saison- und Jahresskiticket)**

Inhaltsverzeichnis

1. **Wichtige allgemeine Vertragsinformationen**
2. **Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) - Allgemeiner Teil**
3. **Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) - Besonderer Teil**
4. **Datenschutzrechtliche Erstinformation Ihres Versicherers**

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde mit **gewöhnlichem Aufenthaltsort in Österreich**, diese Versicherteninformationen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen enthalten alles Wichtige zu Ihrem Versicherungsschutz. Soweit darin personenbezogene Bezeichnungen verwendet werden, umfassen sie alle Personengruppen: männlich, weiblich und divers. Bitte lesen Sie die Versicherteninformationen aufmerksam und vollständig und bewahren Sie diese sorgfältig auf. So können Sie auch später alles noch einmal nachlesen. Die Versicherteninformationen konkretisieren den Versicherungsschutz des mit Ihnen abgeschlossenen Versicherungsvertrages. Je nach gewähltem Versicherungsprodukt erhalten Sie Versicherungsschutz in Form der „Safety+“-Absicherung oder der „Refund+“-Absicherung.

1. Wichtige allgemeine Vertragsinformationen

1.1. Wer ist Ihr Versicherer?

Die Risiken sind durch die **SOGESSUR S.A.** (Registergericht R.C.S. Nanterre 379 846 637) versichert. Die Anschrift des Sitzes der Gesellschaft lautet: **17 bis Place des Reflets, Tour D 2, 92919 Paris La Défense CEDEX**. Die für den Versicherer zuständige Aufsichtsbehörde ist die Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) 4, Place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris CEDEX 09. Die Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers ist das Versicherungsgeschäft.

In Österreich ist die SOGESSUR S.A. mittels ihrer deutschen Niederlassung, der **SOGESSUR S.A. Deutsche Niederlassung** (Handelsregister beim Amtsgericht Hamburg, HRB 133782) tätig. Die Anschrift der Gesellschaft lautet: **Fuhlsbüttler Str. 437, 22309 Hamburg**. Der Versicherungsvertrag mit Ihnen wird über diese Niederlassung abgeschlossen.

Die Versicherungssteuer wird unter folgender Versicherungssteuer-Nr. an das Finanzamt Österreich abgeführt: 10 389/7898.

1.2. Wer ist Ihr Ansprechpartner?

Bei Fragen zu Ihrem **Versicherungsvertrag** wenden Sie sich bitte direkt an:

SJack GmbH
Am Bühel 6
AT - 6830 Rankweil / Vorarlberg
(im Folgenden „Starjack“)
E-Mail: support@starjack.com
Telefon: +43624673430999
Servicezeiten: täglich von 08.00 Uhr -- 16.00 Uhr

Möchten Sie eine Schadenmeldung vornehmen, nutzen Sie bitte das Internetportal: starjack.call-us.at/de.

Haben Sie Fragen zu einer bereits eingereichten Schadenmeldung, wenden Sie sich bitte direkt an: **call us Assistance International GmbH**

STRASSE Waschhausgasse 2
ORT 1020 Wien
Telefon: +43 1 31670 833
E-Mail: starjack@call-us.at (für alle Versicherungsansprüche mit Ausnahme der medizinischen Ansprüche),
pl@call-us.com (nur für medizinische Ansprüche)
Servicezeiten: Assistance & Schadenmeldung durch Online-Formular und E-Mail – rund um die Uhr (24/7), Schadenbearbeitung - Mo-Fr, 8:00-17:00 (außer an offiziellen Österreichischen Feiertagen).



Damit Ihr Anruf und Anliegen bestmöglich entgegengenommen werden kann, bitten wir Sie, folgende Informationen vorzubereiten und zu erteilen:

- die Polizzen-Nummer Ihres Vertrags,
- Ihren Vor- und Nachnamen,
- die Adresse Ihres Wohnortes,
- das Land, die Stadt oder der Ort, in dem Sie sich zum Zeitpunkt des Anrufs befinden,
- geben Sie die genaue Adresse an (Nr., Straße, eventuell Hotel usw.),
- die Telefonnummer, unter der wir Sie erreichen können,
- die Art Ihres Problems.

1.3. Rücktrittsrechte

1.3.1. Rücktrittsrecht nach § 5 c VersVG

Sie können von Ihrem Versicherungsvertrag innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in geschriebener Form (z. B. Brief, Fax, E-Mail) zurücktreten.

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.

Die Rücktrittserklärung ist zu senden an:

SJack GmbH
Am Bühel 6
AT - 6830 Rankweil / Vorarlberg
(im Folgenden „Starjack“)
E-Mail: support@starjack.com

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.

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.

Ihr 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.

1.3.2. Rücktrittsrecht nach § 8 FernFinG (gilt nur für die „Refund +“-Absicherung)

Wenn Sie als Verbraucher (§ 1 Abs 1 Z 2 KSchG) den Vertrag unter ausschließlicher Verwendung eines Fernkommunikationsmittels (z.B. Internet) im Rahmen eines für den Fernabsatz organisierten Vertriebs abschließen, können Sie vom Vertrag oder Ihrer Vertragserklärung bis zum Ablauf einer Frist von 14 Tagen zurücktreten.

Die Rücktrittsfrist beginnt mit dem Tag des Vertragsabschlusses. Sollten Sie die Vertragsbedingungen und Vertriebsinformationen gemäß § 5 FernFinG erst nach Vertragsabschluss erhalten haben, beginnt die Rücktrittsfrist erst mit dem Erhalt aller dieser Bedingungen und Informationen.

Die Frist ist jedenfalls gewahrt, wenn Sie den Rücktritt schriftlich oder auf einem anderen, dem Empfänger (Versicherer) zur Verfügung stehenden zugänglichen dauerhaften Datenträger erklären und diese Erklärung vor dem Ablauf der Frist abgesendet wird.

Die Rücktrittserklärung ist zu senden an:

SJack GmbH
Am Bühel 6
AT - 6830 Rankweil / Vorarlberg
(im Folgenden „Starjack“)
E-Mail: support@starjack.com

Sie haben kein Rücktrittsrecht, wenn es sich um eine kurzfristige Versicherung mit einer Laufzeit von weniger als einem Monat handelt oder wenn der Versicherungsvertrag mit Ihrer ausdrücklichen Zustimmung von beiden Seiten bereits voll erfüllt wurde, bevor Sie Ihr Rücktrittsrecht ausüben.



Treten Sie gemäß dieser Bestimmung vom Vertrag zurück, endet der Versicherungsschutz. Der Versicherer kann gemäß § 12 FernFinG von Ihnen lediglich die unverzügliche Zahlung des Entgelts für die vertragsgemäß bereits erbrachte Dienstleistung verlangen. Er muss Ihnen den auf die Zeit nach Zugang der Rücktrittserklärung entfallenden Teil der Prämie erstatten. Pro Tag des Versicherungsschutzes wird 1/365 der Jahresprämie berechnet.

Treten Sie gemäß § 8 FernFinG vom Vertrag zurück, so (i) hat der Versicherer Ihnen unverzüglich, spätestens aber binnen 30 Tagen ab Erhalt der Rücktrittserklärung, jeden Betrag, den er von Ihnen vertragsgemäß erhalten hat (abzüglich des im vorstehenden Absatz genannten Betrags) zu erstatten, und (ii) haben Sie unverzüglich, spätestens aber binnen 30 Tagen ab Absendung der Rücktrittserklärung, dem Versicherer von diesem erhaltene Geldbeträge zurückzugeben.

Sollten Sie vom Rücktrittsrecht binnen der genannten Frist keinen Gebrauch machen, gilt der Vertrag als auf die vereinbarte Laufzeit abgeschlossen.

1.4. Sicherungssysteme und deren Zugangsmöglichkeiten

Der Versicherer nimmt an keinem Garantiefond teil.

1.5. Falls Sie sich beschweren möchten

Im Falle von Unstimmigkeiten können Sie Ihre Beschwerde richtet an:

1. call us Assistance International GmbH : starjack@call-us.at
2. Die interne Beschwerdestelle des Versicherers: SOGESSUR S.A. Deutsche Niederlassung, Fuhlsbüttler Str. 437, 22309 Hamburg, E-Mail: meinung@socgen.com
3. Versicherungsbeschwerdestelle im Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Stubenring 1, 1010 Wien, Telefon: +43 1 71100-862516 oder 862501, E-Mail: versicherungsbeschwerde@sozialministerium.at.
4. Schlichtungsstelle für Verbrauchergeschäfte, Mariahilfer Straße 103/1/18, 1060 Wien, Telefon +43 (0)1 890 63 11, E-Mail office@verbraucherschlichtung.at.
5. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, sich an die zuständige Aufsichtsbehörde L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (französische Aufsichtsbehörde), 4 Place de Budapest CS 92459, 75436 Paris, Frankreich oder an die österreichische Finanzmarktaufsicht (FMA) Otto-Wagner-Platz 5, 1090 Wien zu wenden.
6. Der Rechtsweg steht Ihnen jederzeit offen.

2. Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

Liebe Kunden,

in den folgenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Teil 2.) und Besonderen Versicherungsbedingungen (Teil 3.) finden Sie alle Informationen zu Ihrer „Safety +“- und „Refund +“-Versicherung.

Als Versicherungsnehmer sind Sie verpflichtet, Versicherungsprämien zu zahlen. Hierfür werden Ihnen dieselben Zahlungsmethoden, wie für den Erwerb des Skitickets, zur Verfügung gestellt. Bitte beachten Sie zudem die in Punkt 2.12. und zu den einzelnen Deckungsbausteinen bestimmten „Obliegenheiten“. Sie und die versicherte Person müssen diese „Obliegenheiten“ beachten, um den Versicherungsschutz nicht zu gefährden.

Die AVB sind in Abschnitte aufgeteilt, damit Sie sich leichter zurechtfinden:

Teil 2. (Allgemeine Versicherungsbedingungen) beschreibt alle allgemeinen Regelungen zu Ihrem Versicherungsvertrag und gilt für alle versicherbaren Risiken gleichermaßen.

Teil 3. (Besondere Versicherungsbedingungen) beschreibt alle risikospezifischen Regelungen zu den abgesicherten Risiken:

Leistungen auf einen Blick

Diese Tabelle dient als Überblick. Bitte vergleichen Sie im Einzelnen – insbesondere bezüglich der jeweiligen Voraussetzungen und der Höhe der Leistungen sowie deren Empfänger - die vorliegenden Bedingungen. Die Versicherung schützt Sie vor den folgenden Risiken:



Versicherung	Risikobeschreibung	Maximale Versicherungssumme und Schadenzahl „Refund +“-Versicherung	Maximale Versicherungssumme und Schadenzahl „Safety +“-Versicherung
1. Kosten - Rückerstattung für Skipass, Skikurs oder Skilehrertraining	Siehe Ziff. 3, Abschnitt 1	Max. 1000,-€ Max. 1 Schaden pro Versicherungszeitraum Abzgl. 100 € Selbstbehalt	Max. 300 € Max. 1 Schaden pro Versicherungszeitraum
2. Unfall -Come-Back-Gutschein	Siehe Ziff. 3, Abschnitt 2	Nicht Teil der „Refund +“-Versicherung.	100 € Max. 1 Schaden pro Versicherungszeitraum
3. Unfalltod-Schutz	Siehe Ziff. 3, Abschnitt 3	Nicht Teil der „Refund +“-Versicherung.	25.000 €
4. Unfall-Ablebensschutz mit Rückführung des Verstorbenen	Siehe Ziff. 3, Abschnitt 4	Nicht Teil der „Refund +“-Versicherung.	Max. 1.500 €
5. Unfall-Invaliditätsversicherung > 70%	Siehe Ziff. 3, Abschnitt 5	Nicht Teil der „Refund +“-Versicherung.	50.000 €
6. Unfallschutz bei Frakturen	Siehe Ziff. 3, Abschnitt 6	Nicht Teil der „Refund +“-Versicherung.	Pauschalzahlung in Höhe von 500 € Max. 1 Schaden pro Versicherungszeitraum
7. Rettungs- und Bergungsschutz mit Assistance	Siehe Ziff. 3, Abschnitt 7	Nicht Teil der „Refund +“-Versicherung.	Max. 10.000 € Max. 1 Schaden pro Versicherungszeitraum
8. Privathaftpflichtversicherung	Siehe Ziff. 3, Abschnitt 8	Nicht Teil der „Refund +“-Versicherung.	Erfüllung von Schadenersatzverpflichtungen: Max. 500.000 € Kosten der Feststellung und Abwehr von Schadenersatzverpflichtungen: Max 5.000 € Insgesamt max. 1 Schaden pro Versicherungszeitraum

2.1. Wir erklären die Begriffe zu dieser Versicherung

Unfall: Ein Unfall im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet. Selbstmord, versuchter Selbstmord oder vorsätzlich selbst zugefügte Verletzungen, Herzinfarkt oder Schlaganfall gelten nicht als Unfall. Versicherungsschutz besteht - nach Maßgabe dieser Versicherungsbedingungen - nur, sofern sich **der Unfall bei der Ausübung von Schneesport auf einer Skipiste ereignet und dadurch der Einsatz des Rettungsdienstes am Ort des Unfalls erforderlich gewesen ist.**

Versicherungszeitraum: Im Rahmen der Safety+-Versicherung (Tagesskiticket sowie Mehrtages-/Depotskiticket) umfasst der Versicherungszeitraum die Dauer der Gültigkeit des von Starjack oder seinen Vertragspartnern ausgestellten Skipasses von mind. 1 Tag bis zu max. 21 Tagen und beginnt mit Aktivierung des Skipasses.

Im Rahmen der Refund+-Versicherung (Saisonskiticket sowie Jahresskiticket) umfasst der Versicherungszeitraum die Dauer der Gültigkeit des von Starjack oder seinen Vertragspartnern ausgestellten Skipasses. Dieser beginnt mit Aktivierung des Skipasses.

WICHTIG: Der Versicherungsschutz besteht **nur** während der Wintersaison.

Die Aktivierung des Skipasses erfolgt, sobald die versicherte Person unter Verwendung des Skipasses erstmals einen Liftbereich durch ein Drehkreuz oder eine ähnliche Sperrvorrichtung betritt.

Versicherungsnehmer: Versicherungsnehmer sind Sie als unser Vertragspartner des Safety+ oder des Refund + Versicherungsvertrags. Der Versicherungsvertrag kann nur von natürlichen Personen abgeschlossen werden, die ihren gewöhnlichen Aufenthaltsort in Österreich oder in der Bundesrepublik Deutschland haben.

Versicherte Person: Versicherte Person ist jene Person, für die Sie Versicherungsschutz mit uns vereinbart haben. Das können entweder Sie selbst (Eigenversicherung) oder eine andere Person sein auf deren Namen der Skipass von Starjack oder seinen Vertragspartnern ausgestellt und der Skikurs oder das Skilehrertraining über Starjack oder seinen Vertragspartnern gebucht wurde (Fremdversicherung). In jedem Fall kann nur eine natürliche Person, die ihren gewöhnlichen Aufenthaltsort in Österreich oder in der Bundesrepublik Deutschland hat, versicherte Person sein.

Sneesport Das Skifahren oder Snowboardfahren, jeweils als Amateur, auf den dafür vorgesehenen Skipisten.

Rettungsdienst: Die zivile oder militärische Rettungsorganisation oder die öffentliche oder private Fachorganisation, die



gesetzlich befugt ist, der versicherten Person am Unfallort Rettungsdienste zu leisten.

Rücktransport: Ein vom Versicherer organisierter Transport der versicherten Person nach Hause oder in ein Krankenhaus in der Nähe des Zu Hause mit einem leichten medizinischen Fahrzeug, einem Krankenwagen, einem Zug erster Klasse, einem Flugzeug der Economy-Klasse oder einem medizinischen Flugzeug. Ein Rücktransport findet nur nach vorheriger Abstimmung zwischen dem Versicherer und den behandelnden Ärzten vor Ort statt. Der Rücktransport muss aus ärztlicher Sicht für notwendig und durchführbar erklärt werden.

Skipiste: Die Skipiste ist ein vom Betreiber eines Skigebiets zugänglicher, durch Markierungen bezeichneter und in seiner Ausdehnung abgegrenzter, gespürter und zur Abfahrt mit Skiern und Snowboards vorgesehener Teil eines Berges.

Dauernde Invalidität: Dauernde Invalidität liegt vor, wenn die versicherte Person durch den Unfall auf Lebenszeit in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt ist.

2.2. Was ist versichert (Versicherungsfall)?

Versicherungsfall ist der Eintritt eines Unfalls (siehe Definition oben) oder, im Falle des Privathaftpflichtversicherungsschutzes (Ziff. 3, Abschnitt 8), eines Schadenereignisses während des Versicherungszeitraums.

2.3. Örtlicher Geltungsbereich

Versicherungsschutz besteht in dem Skigebiet, in dem der von Starjack oder seinen Vertragspartnern ausgestellte Skipass gültig ist, vorausgesetzt dieses Skigebiet liegt (i) ausschließlich in Österreich, (ii) ausschließlich in Deutschland oder ist (iii) ein grenzüberschreitendes Skigebiet, welches zwischen Österreich einerseits und entweder Deutschland, Italien, Schweiz oder der Tschechischen Republik andererseits gelegen ist.

2.4. Zeitlicher Geltungsbereich und wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz beginnt mit der Aktivierung des von Starjack oder seinen Vertragspartnern ausgestellten Skipasses, jedoch nur unter der Voraussetzung, dass der Versicherungsnehmer die Prämie einschließlich Steuern rechtzeitig – das heißt sofort nach Abschluss des Versicherungsvertrages – oder ohne schuldhaften Verzug zahlt. WICHTIG: Der Versicherungsschutz besteht nur während der Wintersaison.

2.5. Wann endet Ihr Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz endet:

- mit Ablauf der Gültigkeit des auf den Namen der versicherten Person von Starjack oder seinen Vertragspartnern ausgestellten Skipasses,
- mit der Wirksamkeit eines allfälligen Rücktritts vom Versicherungsvertrag,
- mit dem Ableben der versicherten Person oder
- mit der vorzeitigen Auflösung des Versicherungsvertrags aus wichtigem Grund (Ziff. 2.6).

2.6. So können Sie den Versicherungsschutz beenden

Nach Ablauf der Rücktrittsfrist können Sie den Versicherungsvertrag nur aus wichtigem Grund jederzeit vorzeitig auflösen.

2.7. Wer bekommt die Versicherungsleistung?

Die Leistung aus dem Versicherungsverhältnis erbringen wir an die versicherte Person bzw. an ihre Erben. Abweichend von § 75 Abs 2 VersVG stimmt der Versicherungsnehmer zu, dass die versicherte Person über ihre Rechte verfügen und diese gegenüber dem Versicherer geltend machen kann.

Eine Einräumung von Bezugsrechten sowie die Verpfändung von Ansprüchen aus dem Versicherungsverhältnis ist ausgeschlossen. Bis der Versicherer von einer erfolgten Abtretung von Ansprüchen aus dem Versicherungsverhältnis Kenntnis erlangt, kann er schuldbefreiend an die versicherte Person leisten.

2.8. Wann ist die Versicherungsprämie zu zahlen?

Die Versicherungsprämie ist sofort nach Abschluss des Versicherungsvertrages zu zahlen. Hierfür werden Ihnen dieselben Zahlungsmethoden wie für den Erwerb des Skitickets zur Verfügung gestellt.

2.9. Was passiert, wenn die Versicherungsprämie zu spät oder nicht gezahlt wird?

Die nicht rechtzeitige oder unvollständige Bezahlung der Prämie bewirkt die Leistungsfreiheit des Versicherers und berechtigt diesen zum Rücktritt vom Versicherungsvertrag gemäß § 38 VersVG.

2.10. Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes

1. Eine Versicherungsleistung wird, abgesehen vom Versicherungsschutz für die Kosten-Rückerstattung für Skipass, Skikurs oder Skilehrertraining (Ziff. 3 Abschnitt 1) und vom Privathaftpflichtversicherungsschutz (Ziff. 3, Abschnitt 8), nur für die durch den eingetretenen Unfall hervorgerufenen Folgen (körperliche Schädigung oder Tod) erbracht.
2. Bei der Bemessung des Invaliditätsgrads wird ein Abzug in Höhe einer Vorinvalidität vorgenommen und zwar unabhängig davon, ob durch den Unfall eine schon vorher beeinträchtigte körperliche oder geistige Funktion betroffen ist oder nicht. Die Vorinvalidität wird nach den Regeln zur Bemessung der Invalidität gemäß Ziff.



2 Abschnitt 5 bemessen.

3. Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch ein Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung - insbesondere solche Verletzungen, die durch krankhaft anlagebedingte oder abnutzungsbedingte Einflüsse (mit)verursacht worden sind - oder deren Folgen mitgewirkt, ist der Prozentsatz des Invaliditätsgrads entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens zu vermindern. Das gilt insbesondere auch, wenn die Gesundheitsschädigung durch einen abnutzungsbedingten Einfluss mit Krankheitswert, wie beispielsweise Arthrose, mitverursacht worden ist.
4. Für organisch bedingte Störungen des Nervensystems wird eine Leistung nur erbracht, wenn und soweit diese Störung auf eine durch den Unfall verursachte organische Schädigung zurückzuführen ist. Seelische Fehlhaltungen (Neurosen, Psychosen) gelten nicht als Unfallfolgen.
5. Für Bandscheibenhernien (= Bandscheibenvorfälle) jeder Art wird eine Leistung nur erbracht, wenn diese durch eine erhebliche direkte Gewalteinwirkung auf das jeweilige Segment der Wirbelsäule verursacht werden und es sich nicht um eine Verschlimmerung von vor dem Unfall bestandenen Krankheitserscheinungen handelt und
 - die Gewalteinwirkung durch Kraft und Richtung in der Lage war, eine gesunde Bandscheibe zu zerreißen, die bildgebende Untersuchung nach dem Vorfall (wie MRT, Röntgen) keine degenerativen Veränderungen zeigt und vor dem Unfall keine Wirbelsäulenbeschwerden bestanden oder
 - Frakturen ober- oder unterhalb der geschädigten Bandscheibe vorliegen oder
 - es zu Bänderrissen im Bereich der Wirbelsäule mit Wirbelverrenkungen gekommen ist.
6. Für Bauch- und Unterleibsbrüche jeder Art wird eine Leistung nur erbracht, wenn diese an der betreffenden Stelle durch einen Direktkontakt mit einer gewaltsamen, von außen kommenden, mechanischen Einwirkung herbeigeführt worden sind und nicht anlagebedingt waren.

2.11. Welche Leistungsausschlüsse gelten?

Der Versicherungsschutz umfasst nicht Unfälle und sonstige Schadenereignisse

1. die bei der Ausübung nachstehender Sportarten und Freizeitaktivitäten entstehen:
 - Teilnahme an Sportwettkämpfen, für die der Besitz einer Sportlizenz vorgeschrieben ist.
 - Schneesport auf professioneller Basis. Das ist die Ausübung dieser Aktivitäten zur Erzielung des wesentlichen Einkommens für den Lebensunterhalt.
 - Ausübung von anderen Schneesportarten als Skifahren und Snowboarden (z.B.: Bobfahren, Rodeln, Skeleton und Eishockey. Diese Aufzählung ist nicht abschließend).
 - Motorsport (zu Land oder in der Luft), Drachenfliegen, Gleitschirmfliegen
2. die bei der Ausübung von Schneesport oder Skitouren außerhalb einer Skipiste oder auf gesperrten Skipisten oder in gesperrten Abschnitten einer Skipiste entstehen.
3. die bei der Ausübung von Schneesport oder Skitouren außerhalb der Öffnungszeiten einer Skipiste entstehen.
4. die dadurch entstehen, dass die versicherte Person eine Lawine oder eine Schneebrettlawine auslöst.
5. Weiters nicht versichert sind:
 - Thermalkuren, deren Folgen und die sich daraus ergebenden Kosten;
 - Kosten, die aufgrund einer ästhetischen Behandlung entstehen, die in keinem ursächlichen Zusammenhang mit einem bei der Ausübung von Schneesport ereigneten Unfall stehen;
 - die Kosten für einen Krankenhausaufenthalt infolge eines Selbstmordversuchs oder einer von der versicherten Person absichtlich herbeigeführten Verletzung;
 - die Kosten für Kontroll- und Beobachtungsuntersuchungen;
6. die die versicherte Person infolge einer Bewusstseinsstörung oder wesentlichen Beeinträchtigung ihrer psychischen Leistungsfähigkeit durch Alkohol, Suchtgifte oder Medikamente erleidet. Unter Bewusstseinsstörung fallen alle erheblichen Störungen der Aufnahme- und Reaktionsfähigkeit, die auf Alkohol, Suchtmitteln oder Medikamenten, die das Bewusstsein beeinträchtigen, beruhen, welche die versicherte Person außerstande setzen, den Sicherheitsanforderungen ihrer Umwelt zu genügen und einen Grad erreicht haben, beim sie die Gefahrenlage nicht mehr beherrschen kann.
7. die beim Versuch oder der Begehung gerichtlich strafbarer Handlungen durch die versicherte Person entstehen, für die Vorsatz Tatbestandsmerkmal ist. Dies gilt insbesondere für strafbare Handlungen im Zusammenhang mit terroristischen Anschlägen oder politischen Unruhen.
8. Die Folgen von infektiösen Risikosituationen im Rahmen von Epidemien, die Exposition gegenüber infektiösen biologischen Agenzien, die Exposition gegenüber chemischen Agenzien wie Kampfgasen, die Exposition gegenüber kampfunfähig machenden Agenzien, die Exposition gegenüber persistenten Nervenkampfstoffen, die einer Überwachung im Rahmen von Quarantäne- oder Präventivmaßnahmen oder einer spezifischen Überwachung durch die internationalen Gesundheitsbehörden und/oder die lokalen Gesundheitsbehörden des Landes, in dem sich die versicherte Person aufhält, und/oder seines Herkunftslandes unterliegen,
9. die außerhalb des Versicherungszeitraums eintreten.
10. Geplante Krankenhausaufenthalte und Gesundheitsschäden, die während des Versicherungszeitraums durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person entstehen, sowie daraus resultierende Kosten.
11. Kein Versicherungsschutz besteht, sofern ein Betreiber eines Skigebiets oder eine sonstige dritte Person Erstattungen oder Entschädigungen gewährt.
12. 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 der Vereinten Nationen, der Vereinigten Staaten von Amerika oder anderer Länder, soweit dem nicht europäische

oder österreichische Rechtsvorschriften entgegenstehen.

2.12. Welche Obliegenheiten hat die versicherte Person bei Eintritt des Versicherungsfalls?

WICHTIG: Die versicherte Person treffen gewisse Obliegenheiten (Mitwirkungspflichten). Als Obliegenheiten, deren Verletzung die Leistungsfreiheit des Versicherers gemäß den Voraussetzungen und Begrenzungen des § 6 Abs 3 VersVG, im Falle der Verletzung der Schadenminderungspflicht gemäß § 62 VersVG, bewirkt, werden bestimmt:

1. Der Versicherer bzw. call us Assistance International GmbH (siehe Punkt 1.2.) ist unverzüglich, längstens innerhalb von 28 Tagen ab Kenntnis, zu informieren. Insbesondere sind anzuzeigen:
 - 1.1. ein Unfall,
 - 1.2. die Geltendmachung von Schadenersatzansprüchen,
 - 1.3. alle Maßnahmen Dritter zur gerichtlichen Durchsetzung von Schadenersatzforderungen.Zu Erklärungen in geschriebener Form siehe Ziff. 2.13.
2. Ein Todesfall ist dem Versicherer innerhalb von 28 Tagen ab Kenntnis anzuzeigen und zwar auch dann, wenn der Unfall bereits gemeldet ist.
3. Die versicherte Person ist verpflichtet, bei Eintritt des Versicherungsfalles nach Möglichkeit für die Abwendung und Minderung des Schadens zu sorgen und dabei die Weisungen des Versicherers zu befolgen; sie hat, wenn die Umstände es gestatten, solche Weisungen einzuholen.
4. Nach dem Unfall ist unverzüglich der örtliche medizinische Rettungsdienst zu kontaktieren, ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen und die ärztliche Behandlung bis zum Abschluss des Heilverfahrens fortzusetzen. Ebenso ist für eine angemessene Krankenpflege und nach Möglichkeit für die Abwendung und Minderung der Unfallfolgen zu sorgen.
5. Die versicherte Person ist verpflichtet, auf ihre (versicherte Person) Kosten dem Versicherer unverzüglich jede verlangte Auskunft in geschriebener Form zu erteilen, Belege (z.B. Sterbeurkunde, Wohnsitznachweis, Ausgabenbeleg im Original, etc.) zu übermitteln und nach Möglichkeit zur Feststellung des Sachverhalts, des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistungspflicht beizutragen.
6. Der Versicherer kann verlangen, dass sich die versicherte Person durch die vom Versicherer bezeichneten Ärzte untersuchen lässt. Die Kosten für vom Versicherer veranlasste Untersuchungen trägt der Versicherer.
7. Sollte der Unfall durch einen Dritten verursacht worden sein, ist die versicherte Person verpflichtet, den Unfall bei der nächsten Polizeistation anzuzeigen und dem Versicherer eine Kopie des Polizeiberichts sowie Adresse und Aktenzeichen der ermittelnden Staatsanwaltschaft zu übermitteln. Der Unfall ist durch einen Dritten verursacht, wenn der Dritte (eine andere Person) maßgeblich für den Unfall (mit)verantwortlich ist.

2.13. Was müssen Sie bei Mitteilungen zum Versicherungsvertrag beachten?

Für alle Mitteilungen und Erklärungen sowie Anzeigen an den Versicherer bzw. call us Assistance International GmbH (siehe Punkt 1.2.) ist die geschriebene Form erforderlich, soweit und sofern nicht die Schriftform gesetzlich verlangt oder 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. Brief, Telefax oder E-Mail). Schriftform bedeutet, dass dem Erklärungsempfänger das Original der Erklärung mit eigenhändiger Unterschrift oder eine qualifizierte elektronische Signatur gemäß § 4 Signatur- und Vertrauensdienstgesetz zugeht.

Für den Versicherer bestimmte Mitteilungen, Erklärungen sowie Anzeigen sind zu richten und werden wirksam mit der Zustellung an:

call us Assistance International GmbH

STRASSE: Waschhausgasse 2

ORT: 1020 Wien

Telefon: +43 1 31670 833

E-Mail: starjack@call-us.at (für alle Versicherungsansprüche mit Ausnahme der medizinischen Ansprüche), pl@call-us.com (nur für medizinische Ansprüche)

Servicezeiten: Assistance & Schadenmeldung durch Online-Formular und E-Mail – rund um die Uhr (24/7), Schadenbearbeitung - Mo-Fr, 8:00-17:00 (außer offiziellen Österreichischen Feiertagen).

2.14. Subsidiarität

Die Versicherungsleistungen sind subsidiär. Sie werden daher nur erbracht, soweit nicht aus anderen bestehenden Versicherungen oder von sonstigen Dritten Ersatz verlangt werden kann. Die versicherte Person ist verpflichtet, bei Eintritt des Versicherungsfalles alle anderen in Frage kommenden Versicherungen in Anspruch zu nehmen und den Versicherer über deren Bestehen zu informieren. Die Leistungspflicht des Versicherers unter diesem Vertrag besteht nur, wenn und insoweit der andere Versicherer für den Schaden nicht leistet.

Die Subsidiarität gilt nicht für den Erhalt von folgenden Versicherungsleistungen:

- Kosten-Rückerstattung für den Skipass-, Skikurs- oder das Skilehrertraining
- Unfall-Come-Back-Gutschein
- Unfalltod-Schutz
- Unfall-Invaliditätsversicherung ab 70%



2.15. Änderungen von Namen und Adressen immer sofort mitteilen

Namen und Adressen sowie Kontoverbindungen können sich ändern: Der Versicherungsnehmer hat diese Änderungen sofort der call us Assistance International GmbH mitzuteilen:

STRASSE: Waschhausgasse 2
ORT: 1020 Wien
Telefon: +43 1 31670 833
E-Mail: starjack@call-us.at

Solange die versicherte Person die Änderung ihrer Anschrift dem Versicherer nicht bekannt gibt und der Versicherer keine Kenntnis von der neuen Anschrift der versicherten Person hat, gelten Erklärungen des Versicherers an die ihm von der versicherten Person zuletzt bekannt gegebene Anschrift als in jenem Zeitpunkt zugegangen, in welchem sie ohne Änderung der Anschrift bei regelmäßiger Beförderung der versicherten Person zugegangen wären.

2.16. Welches Recht und welche Sprache finden Anwendung?

2.16.1 Für das Versicherungsverhältnis gilt österreichisches Recht unter Ausschluss der Verweisungsnormen des österreichischen internationalen Privatrechts.

2.16.2 Alle Informationen werden in deutscher Sprache erteilt. Auch während der Laufzeit des Vertrags erfolgt die Korrespondenz und Kommunikation mit Ihnen ausschließlich in deutscher Sprache.

3. Besondere Versicherungsbedingungen

Ergänzend zu den Allgemeinen Bedingungen gelten die folgenden besonderen Versicherungsbedingungen.

Abschnitt 1: Kosten-Rückerstattung für den Skipass-, Skikurs- oder das Skilehrertraining

Was ist versichert?

Versichert sind die Kosten für die ungenutzten Tage des von Starjack oder seinen Vertragspartnern auf den Namen der versicherten Person ausgestellten Skipasses sowie des über Starjack oder seine Vertragspartner auf den Namen der versicherten Person gebuchten Skikurses oder Skilehrertrainings. Der Versicherer erstattet nach Maßgabe der Versicherungsbedingungen bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme die Kosten für die **nicht genutzten Tage** des Skipasses, des Skikurses und des Skilehrertrainings, wenn die versicherte Person während des Versicherungszeitraums bei der Ausübung von Schneesport auf einer Skipiste einen Unfall erleidet, der ursächlich zu einer Sportunfähigkeit führt, die das Ausüben von Schneesport für die restlichen Tage des Skipasses, des Skikurses und des Skilehrertrainings unmöglich macht.

Wie wird die Höhe der Leistungen berechnet?

Die Höhe der Leistung für die Erstattung des Skipasses wird auf der Grundlage der nicht genutzten Tage des Skipasses berechnet (ab dem Tag nach dem Unfall). Die Höhe der Leistung für die Erstattung von Skikursen oder Skilehrertrainings wird auf der Grundlage der nicht genutzten und nicht erstattungsfähigen Skikurs- bzw. Skilehrerkosten (ab dem Tag nach dem Unfall) berechnet.

Für Safety+ beträgt die Versicherungsleistung max. 300 €.

Für Refund+ beträgt die Versicherungsleistung max. 1000 €, abzüglich des Selbstbehalts in Höhe von 100 €.

Welche Pflichten obliegen der versicherten Person?

Zusätzlich zu den unter **Ziff. 2.12. der allgemeinen Versicherungsbedingungen** bestimmten Obliegenheiten werden als weitere Obliegenheiten, deren Verletzung die Leistungsfreiheit des Versicherers gemäß den Voraussetzungen und Begrenzungen des § 6 Abs 3 VersVG bewirkt, bestimmt:

- Die versicherte Person ist verpflichtet, dem Versicherer ein ausführliches ärztliches Attest, das von einem während des Aufenthalts vor Ort konsultierten Arzt ausgestellt wurde, zu übermitteln. In diesem Attest sind (i) Ort, Datum und Zeitpunkt des Unfalls, (ii) die Art der Verletzung und die (iii) Mindestdauer der Unfähigkeit, Schneesport auszuüben, anzugeben.
- Die versicherte Person ist verpflichtet, dem Versicherer die Rechnungen über die Kosten für den Skipass, Skikurs oder das Skilehrertraining zu übermitteln.

Abschnitt 2: Come-Back-Gutschein (nur für SAFETY+)

Was ist versichert?

Wenn die versicherte Person infolge eines bei der Ausübung von Schneesport auf einer Skipiste während der Versicherungsdauer erlittenen Unfalls mehr als 24 Stunden durchgehend im Krankenhaus behandelt werden muss, erhält sie vom Versicherer einen Gutschein in Höhe von 100 €. Der Gutschein ist an die Plattform von Starjack gebunden. Der Gutschein muss von der versicherten Person aktiviert werden. Dafür erhält sie einen Gutscheincode. Die versicherte Person kann den Gutschein zum Erwerb eines **Skipasses** für ein von ihr ausgesuchtes Skigebiet, auf der Plattform von Starjack einlösen. Voraussetzung für den



Erhalt des Gutscheins ist die Unfähigkeit infolge des Unfalls, während des Versicherungszeitraums Schneesport ausüben zu können.

Welche Voraussetzungen gibt es zur Nutzung des Gutscheins?

Der Gutscheincode ist innerhalb von drei Jahren nach Erhalt einzulösen, ansonsten verliert er seine Gültigkeit. Der Gutschein kann nur einmal verwendet werden (nicht teilbarer Gutschein) und ist nicht in Bargeld umwandelbar. Der Gutschein ist nicht erstattungsfähig, nicht übertragbar und nicht umtauschbar.

Welche Pflichten obliegen der versicherten Person?

Zusätzlich zu den unter **Ziff. 2.12. der allgemeinen Versicherungsbedingungen** bestimmten Obliegenheiten wird als weitere Obliegenheit, deren Verletzung die Leistungsfreiheit des Versicherers gemäß den Voraussetzungen und Begrenzungen des § 6 Abs 3 VersVG bewirkt, bestimmt:

- Die versicherte Person ist verpflichtet, dem Versicherer ein ausführliches ärztliches Attest, das von einem während des Aufenthalts vor Ort konsultierten Arzt ausgestellt wurde, zu übermitteln. In diesem Attest sind (i) Ort, Datum und Zeitpunkt des Unfalls, (ii) die Art der Verletzung, (iii) die Dauer des Krankenhausaufenthalts und die (iv) Mindestdauer der Unfähigkeit, Schneesport auszuüben, anzugeben.

Welche spezifischen Ausschlüsse gibt es?

Zusätzlich zu den Ausschlüssen gemäß **Ziffer 2.11. der allgemeinen Versicherungsbedingungen** erhält die versicherte Person keinen Gutschein, wenn der Krankenhausaufenthalt aufgrund eines Knochenbruchs stattfindet. In diesem Fall erhält die versicherte Person - nach Maßgabe der Versicherungsbedingungen - die Unfallschutz-Fraktur-Leistung (Abschnitt 6.).

Abschnitt 3: Unfalltod-Schutz (nur für SAFETY+)

Was ist versichert? Stirbt die versicherte Person innerhalb eines Jahres, vom Unfalltag an gerechnet, als Folge eines bei der Ausübung von Schneesport auf einer Skipiste während des Versicherungszeitraums erlittenen Unfalls, wobei der Unfall allein und unabhängig von anderen Faktoren zum Tod geführt haben muss, wird die für den Todesfall vereinbarte Summe von 25.000 € nach Maßgabe der Versicherungsbedingungen an den/die Erben der versicherten Person gezahlt.

Welche Pflichten gibt es?

Zusätzlich zu den unter **Ziff. 2.12. der allgemeinen Versicherungsbedingungen** bestimmten Obliegenheiten wird als weitere Obliegenheit, deren Verletzung die Leistungsfreiheit des Versicherers gemäß den Voraussetzungen und Begrenzungen des § 6 Abs 3 VersVG bewirkt, bestimmt:

- Dem Versicherer ist eine Sterbeurkunde zum Nachweis des Ablebens der versicherten Person, der Einantwortungsbeschluss zum Nachweis der Erbschaft sowie ausführliches ärztliches Attest, zu übermitteln. In diesem Attest sind (i) Ort, Datum und Zeitpunkt des Unfalls, (ii) die Art der Verletzung und medizinische Todesursache und (iii) der Zeitpunkt des Todes der versicherten Person anzugeben.

Welche spezifischen Ausschlüsse gibt es?

Zusätzlich zu den Ausschlüssen gemäß **Ziffer 2.11. der allgemeinen Versicherungsbedingungen** besteht kein Versicherungsschutz, sofern die versicherte Person infolge selbst zugefügter Verletzungen oder Verstümmelungen, Selbstmord oder Selbstmordversuche, chronischen Alkoholismus sowie mit dem Alkoholmissbrauch in ursächlichen Zusammenhang stehenden Begleiterscheinungen stirbt.

Abschnitt 4: Unfall-Ablebensschutz mit Rückführung des Verstorbenen (nur für SAFETY+)

Was ist versichert?

Versichert sind die Kosten für den Leichentransport im Todesfall der versicherten Person. Voraussetzung für den Leistungsfall ist, dass die versicherte Person während des Versicherungszeitraums als Folge eines bei der Ausübung von Schneesport auf einer Skipiste während des Versicherungszeitraums erlittenen Unfalls stirbt.

Wie hoch ist die Versicherungssumme?

Wir organisieren die Rückführung des Leichnams bis zum Ort der Beerdigung am Wohnsitz der versicherten Person und übernehmen die dafür anfallenden Kosten bis max. 1500 €. In diesem Rahmen übernehmen wir folgende Leistungen:

- Die Kosten für den Transport des Leichnams oder der Überreste des Leichnams,
- Kosten im Zusammenhang mit der von der geltenden Gesetzgebung vorgeschriebenen Konservierung,
- Die Kosten, die unmittelbar für den Transport des Leichnams oder der Überreste des Leichnams erforderlich sind (Handhabung, transportspezifische Einrichtungen, Verpackung) bis zu dem in der Tariflichen Leistungszusage genannten Betrag.

Welche Pflichten gibt es?

Zusätzlich zu den unter **Ziff. 2.12. der allgemeinen Versicherungsbedingungen** bestimmten Obliegenheiten wird als weitere Obliegenheit, deren Verletzung die Leistungsfreiheit des Versicherers gemäß den Voraussetzungen und Begrenzungen des § 6 Abs 3 VersVG bewirkt, bestimmt:

Die Leistung wird nach Erhalt der Sterbeurkunde, medizinischer Unterlagen, und Rechnungen nach Prüfung der Todesursache ausgezahlt.



Welche spezifischen Ausschlüsse gibt es?

Zusätzlich zu den Ausschlüssen gemäß Ziffer 2.11. der allgemeinen Versicherungsbedingungen besteht kein Versicherungsschutz für die Kosten für Zeremonien sowie für etwaige Beerdigungskosten.

Abschnitt 5: Unfall-Invaliditätsversicherung ab 70% (nur für SAFETY+)

Was ist versichert?

Führt ein Unfall bei der Ausübung von Schneesport auf einer Skipiste während der Gültigkeit der Safety+ Versicherung allein und unabhängig von anderen Faktoren zu einer dauernden Invalidität der versicherten Person von mindestens 70 %, zahlt der Versicherer nach Maßgabe der Versicherungsbedingungen einen einmaligen Pauschalbetrag von 50 000 €. Für Invaliditätsgrade unter 70% wird keine Versicherungsleistung erbracht.

Für die nachstehenden Körperteile und Sinnesorgane gelten folgende Invaliditätsgrade:

Bei vollständigem Verlust oder vollständiger Funktionsunfähigkeit von einem/einer	Invaliditätsgrad
Arm	70 %
Arm oberhalb des Ellbogengelenks	65%
Arm unterhalb des Ellbogengelenks	60 %
Hand	55%
Daumen	20%
Zeigefinger	10 %
anderen Finger	5 %
Bein oberhalb der Mitte des Oberschenkels	70%
Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	60%
Bein unterhalb des Knies	50%
Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	45%
Fuß	40%
großen Zehe	5%
anderen Zehe	2%
Auge	50%
Gehör eines Ohres	30%
dem Geruchssinn	10%
dem Geschmackssinn	5%



Bei Teilverlust oder Funktionsbeeinträchtigung gilt der entsprechende Teil des jeweiligen Prozentsatzes.

Für andere Körperteile und Sinnesorgane bemisst sich der Invaliditätsgrad prozentuell vom ganzen Körper danach, inwieweit die normale körperliche oder geistige Funktionsfähigkeit insgesamt beeinträchtigt ist. Dabei sind ausschließlich medizinische Gesichtspunkte zu berücksichtigen.

Ist die Funktion mehrerer Körperteile oder Sinnesorgane durch den Unfall beeinträchtigt, werden die nach den vorstehenden Bestimmungen ermittelten Invaliditätsgrade zusammengerechnet.

Der maßgebliche Prozentsatz des Invaliditätsgrads für eine Leistungspflicht ergibt sich erst nach Anwendung der Bestimmung über die sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes gemäß Ziff. 2, Punkt 2.10.

Es besteht kein Anspruch auf die Invaliditätsleistung, wenn die versicherte Person innerhalb eines Jahres nach dem Unfall unfallbedingt stirbt (in diesem Fall hat der Anspruchsberechtigte Anspruch auf eine Todesfallgarantie).

Im ersten Jahr nach dem Unfall wird die Invaliditätsleistung vom Versicherer nur erbracht, wenn Art und Umfang der Unfallfolgen aus ärztlicher Sicht eindeutig feststehen und mit hoher Wahrscheinlichkeit auszuschließen ist, dass die versicherte Person innerhalb eines Jahres nach dem Unfall durch die Unfallfolgen verstirbt. Diese Leistung ist mit der im Versicherungsvertrag vereinbarten Versicherungssumme für den Todesfall begrenzt.

Steht der Grad der dauernden Invalidität nicht eindeutig fest, sind sowohl die versicherte Person als auch der Versicherer berechtigt, den Invaliditätsgrad jährlich bis vier Jahre ab dem Unfalltag ärztlich neu bemessen zu lassen.

Die dauernde Invalidität muss

- **innerhalb eines Jahres** nach dem Unfall eingetreten sein und
- innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall durch einen ärztlichen Befundbericht festgestellt und beim Versicherer mittels des hierfür vom Versicherer zur Verfügung gestellten Leistungsantrags geltend gemacht werden. Im ärztlichen Befundbericht müssen Art und Umfang der Gesundheitsschädigung und die Invalidität von mindestens 70% festgestellt sein. Der Befundbericht ist dem Versicherer vorzulegen.

Wird die dauernde Invalidität nicht innerhalb der genannten 15 Monate beim Versicherer geltend gemacht, erlischt ein allfälliger Leistungsanspruch der versicherten Person.

Die mit dem Befundbericht verbundenen Kosten einschließlich der Kosten zur Erstellung des Befundberichts erforderlichen Untersuchungen trägt die versicherte Person.

Welche spezifische Ausschlüsse gibt es?

Zusätzlich zu den Ausschlüssen gemäß **Ziffer 2.11. der allgemeinen Versicherungsbedingungen** besteht kein Versicherungsschutz, sofern die Invalidität der versicherten Person infolge selbst zugefügter Verletzungen oder Verstümmelungen, Selbstmord oder Selbstmordversuche, chronischen Alkoholismus sowie mit dem Alkoholmissbrauch in ursächlichen Zusammenhang stehenden Begleiterscheinungen eintritt.

Abschnitt 6: Unfallschutz bei Frakturen (nur für SAFETY+)

Was ist versichert?

Wenn die versicherte Person wegen eines infolge eines bei der Ausübung von Schneesport auf einer Skipiste erlittenen Unfalls während des Versicherungszeitraums erlittenen Knochenbruchs, der die Ausübung von Schneesport für die verbleibenden Tage der Gültigkeit des Skipasses unmöglich macht, behandelt werden muss, leistet der Versicherer nach Maßgabe der Versicherungsbedingungen die vereinbarte Versicherungssumme in Höhe von 500 €.

Welche Pflichten gibt es?

Zusätzlich zu den unter **Ziff. 2.12. der allgemeinen Versicherungsbedingungen** bestimmten Obliegenheiten wird als weitere Obliegenheit, deren Verletzung die Leistungsfreiheit des Versicherers gemäß den Voraussetzungen und Begrenzungen des § 6 Abs 3 VersVG bewirkt, bestimmt:

- Die versicherte Person ist verpflichtet, dem Versicherer ein ausführliches ärztliches Attest, zu übermitteln. In diesem Attest sind (i) Ort, Datum und Zeitpunkt des Unfalls, (ii) die Art der Verletzung und (iii) die Mindestdauer der Unfähigkeit, Schneesport auszuüben, anzugeben.

Welche spezifischen Ausschlüsse gibt es?

Zusätzlich zu den Ausschlüssen gemäß **Ziffer 2.11. der allgemeinen Versicherungsbedingungen** besteht kein Versicherungsschutz im Falle einer Fraktur der Handgelenke, der Finger und der Zehen.



Abschnitt 7: Rettungs- und Bergungsschutz mit Assistance (nur für SAFETY+)

Was ist versichert?

Nach einem versicherten Unfall während des Versicherungszeitraums bietet der Versicherer die folgenden Leistungen bis max. 10.000 €:

- Rettung auf den Skipisten: Der Versicherer übernimmt die erforderlichen Kosten der Pistenrettung, die von den Pistenrettungsdiensten organisiert werden.
- Die Kosten für den ersten Transport der versicherten Person innerhalb von 48 Stunden nach dem Unfall zum nächstgelegenen medizinischen Zentrum in einem Umkreis von 150 km und anschließend von der Betreuungseinrichtung zum Wohnort der versicherten Person.
- Wenn die versicherte Person von einem Arzt für reisefähig erklärt wird, erstattet der Versicherer gemäß dem Gutachten ihrer Ärzte die Kosten für die Organisation des ärztlich notwendigen und durchführbaren Rücktransports nach Hause oder den Transport zu einem Krankenhaus in der Nähe des Wohnorts der versicherten Person. Soweit medizinische Gründe nicht entgegenstehen, ist das jeweils kostengünstigste Transportmittel zu wählen.

Welche Pflichten gibt es?

Zusätzlich zu den unter **Ziff. 2.12. der allgemeinen Versicherungsbedingungen** bestimmten Obliegenheiten wird als weitere Obliegenheit, deren Verletzung die Leistungsfreiheit des Versicherers gemäß den Voraussetzungen und Begrenzungen des § 6 Abs 3 VersVG bewirkt, bestimmt:

Die versicherte Person ist verpflichtet, dem Versicherer ein ausführliches ärztliches Attest, zu übermitteln. In diesem Attest sind (i) Ort, Datum und Zeitpunkt des Unfalls, (ii) die Art der Verletzung und (iii) die Mindestdauer der Unfähigkeit, Schneesport auszuüben, anzugeben. Außerdem ist die versicherte Person verpflichtet, dem Versicherer die Kosten, durch die Vorlage der entsprechenden Rechnungen nachzuweisen.

Abschnitt 8: Privathaftpflichtversicherung (nur für SAFETY+)

Was ist versichert?

Der Versicherungsfall ist ein Schadenereignis, das dem versicherten Risiko entspringt und aus welchem der versicherten Person Schadenersatzverpflichtungen erwachsen oder erwachsen könnten. Versicherungsschutz besteht nach Maßgabe des Deckungsumfanges dieser Bedingungen für Schadenersatzverpflichtungen der versicherten Person als Privatperson aus der **Ausübung von Schneesport (versichertes Risiko)**.

Der Versicherer gewährt der versicherten Person Versicherungsschutz für ein während der Wirksamkeit der Versicherung bei der Ausübung von Schneesport eingetretenes Schadenereignis, das den Tod, die Verletzung oder Gesundheitsschädigung eines Dritten (Personenschaden) oder die Beschädigung oder Zerstörung von Sachen (Sachschaden) zur Folge hatte.

Dem Dritten steht kein Direktanspruch gegen den Versicherer zu.

Der Versicherer übernimmt im Versicherungsfall:

- die Erfüllung von Schadenersatzverpflichtungen, die der versicherten Person wegen eines Personenschadens oder eines Sachschadens auf Grund gesetzlicher Haftpflichtbestimmungen privatrechtlichen Inhalts erwachsen (in der Folge kurz „Schadenersatzverpflichtungen“) bis max. 500.000 €.
- die Kosten der Feststellung und Abwehr einer von einem Dritten behaupteten Schadenersatzverpflichtung bis max 5.000 €. Davon sind nur folgende Kosten erfasst:
 - Kosten der anwaltlichen Vertretung und Beratung der versicherten Person (außergerichtlich und gerichtlich).
 - Kosten eines vom Gericht im Haftpflichtverfahren gegen die versicherte Person bestellten Sachverständigen.
 - Kosten eines Gerichtsprozesses (Gerichtsgebühren) und allenfalls von der versicherten Person an den Gegner im Haftpflichtverfahren zu leistender Kostenersatz (gegnerische Rechtsanwaltskosten), sofern die versicherte Person in dem Prozess unterliegen sollte.

Alle diese Kosten werden auf die Versicherungssumme angerechnet.

Die vereinbarte Versicherungssumme stellt die Höchstleistung des Versicherers dar. Ist eine Pauschalsumme vereinbart, so gilt diese für Personen- und Sachschäden, die auf einen versicherten Personen- oder Sachschaden zurückzuführen sind, zusammen.

Für alle Versicherungsfälle während der Wirksamkeit der Versicherung steht die vereinbarte Versicherungssumme nur einmal zur Verfügung.

Falls die vom Versicherer verlangte Erledigung einer Schadenersatzverpflichtung durch Anerkenntnis, Befriedigung oder Vergleich am Widerstand der versicherten Person scheitert und der Versicherer mittels eingeschriebenem Briefes die Erklärung abgibt, seinen vertragsmäßigen Anteil an Entschädigung und Kosten zur Befriedigung des Geschädigten zur Verfügung zu halten, hat der Versicherer für den von der erwähnten Erklärung an entstehenden Mehraufwand an Hauptsache, Zinsen und Kosten nicht aufzukommen.

Wann gilt die Versicherung (zeitlicher Geltungsbereich)?

Die Versicherung erstreckt sich auf Versicherungsfälle bei der Ausübung von Schneesport, die während des Versicherungszeitraums eingetreten sind.



Welche Verpflichtungen obliegen der versicherten Person?

Zusätzlich zu den unter Ziff. 2.12. der allgemeinen Versicherungsbedingungen bestimmten Obliegenheiten werden als weitere Obliegenheiten, deren Verletzung die Leistungsfreiheit des Versicherers gemäß den Voraussetzungen und Begrenzungen des § 6 Abs 3 VersVG bewirkt, bestimmt:

- Im Prozessfall wählt der Versicherer den Anwalt aus, der die versicherte Person vertritt.
- Die versicherte Person ist nicht berechtigt, sich ohne vorherige Zustimmung des Versicherers einen Schadenersatzanspruch ganz oder teilweise anzuerkennen oder zu vergleichen, es sei denn, die versicherte Person konnte die Anerkennung oder den Vergleich nach ohne offenbare Unbilligkeit verweigern.

Welche spezifische Ausschlüsse gibt es?

Zusätzlich zu den Ausschlüssen gemäß Ziffer 2.11. der allgemeinen Versicherungsbedingungen besteht kein Versicherungsschutz für Haftpflichtansprüche:

- aus Schäden, die von der versicherten Person vorsätzlich herbeigeführt wurden;
- aus Schäden, die durch Tiere verursacht werden, unabhängig davon, ob die versicherte Person Eigentümer oder Halter des Tieres war;
- wegen Schäden an fremden Sachen, die die versicherte Person selbst gemietet, gepachtet, geliehen oder durch unerlaubte Handlungen erlangt hat oder die ihr überlassen wurden;
- aus Schäden jeglicher Art, die infolge oder während einer gewerblichen oder beruflichen Tätigkeit entstanden sind;
- von anderen Versicherungsnehmern oder versicherten Personen;
- von Familienangehörigen der versicherten Person, Verwandten in aufsteigender und absteigender Linie und etwaigen Begleitpersonen;
- für Kosten der Feststellung und Abwehr einer von einem Dritten behaupteten Schadenersatzverpflichtung, die schon entstanden sind, bevor die versicherte Person Kontakt zum Versicherer aufgenommen hat;
- für Zahlung von Geldbußen oder Strafen, die gegen die versicherte Person von einem Gericht verhängt wurden;
- aus Schäden an Gebäuden oder Gebäudeteilen oder durch Gebäude oder Gebäudeteile, unabhängig davon, ob sie sich im Eigentum oder Besitz der versicherten Person befinden oder von ihr gemietet wurden.

ANHANG zu den Versicherungsbedingungen für Safety+ und Refund+

Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz 1958 (VersVG - BGBl I Nr. 2/1958 idF BGBl I Nr. 70/2022)

§ 5c.

(1) Der Versicherungsnehmer kann vom Versicherungsvertrag innerhalb von 14 Tagen, bei Lebensversicherungen innerhalb von 30 Tagen, ohne Angabe von Gründen zurücktreten.

(2) Die Frist für die Ausübung des Rücktrittsrechts beginnt mit dem Tag, an dem der Versicherungsvertrag zustande gekommen ist und der Versicherungsnehmer darüber informiert worden ist, jedoch nicht bevor der Versicherungsnehmer folgende Informationen erhalten hat:

1. den Versicherungsschein (§ 3),
2. die Versicherungsbedingungen,
3. die Bestimmungen über die Festsetzung der Prämie, soweit diese nicht im Antrag bestimmt ist, und über vorgesehene Änderungen der Prämie sowie
4. eine Belehrung über das Rücktrittsrecht (Abs. 3).

(3) Die nach Abs. 2 Z 4 zu erteilende Rücktrittsbelehrung muss enthalten:

1. Informationen über die Rücktrittsfrist und deren Beginn,
2. die Anschrift des Adressaten der Rücktrittserklärung,
3. einen Hinweis auf die Regelungen der Abs. 4 bis 6.

Die Rücktrittsbelehrung genügt jedenfalls diesen Anforderungen, wenn das Muster gemäß Anlage A verwendet wird. Eine Rücktrittsbelehrung, die derart fehlerhaft ist, dass sie dem Versicherungsnehmer die Möglichkeit nimmt, sein Rücktrittsrecht im Wesentlichen unter denselben Bedingungen wie bei zutreffender Belehrung auszuüben, ist einer fehlenden Belehrung gleichzuhalten.

(4) Der Rücktritt ist in geschriebener Form gegenüber dem Versicherer zu erklären. § 45 Abs. 1 Z 2 bleibt unberührt. Die Rücktrittsfrist ist gewahrt, wenn die Rücktrittserklärung innerhalb der Frist abgesendet wird.

(5) Das Rücktrittsrecht erlischt spätestens einen Monat nach Zugang des Versicherungsscheins einschließlich einer Belehrung über das Rücktrittsrecht. Abs. 3 letzter Satz ist anzuwenden.

(6) Hat der Versicherer vorläufige Deckung gewährt, so gebührt ihm die der Dauer der Deckung entsprechende Prämie.

(7) Die vorstehenden Absätze gelten nicht für Versicherungsverträge über Großrisiken gemäß § 5 Z 34 VAG 2016.

§ 6.

(1) Ist im Vertrag bestimmt, dass bei Verletzung einer Obliegenheit, die vor dem Eintritt des Versicherungsfalles dem Versicherer gegenüber zu erfüllen ist, der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei sein soll, so tritt die vereinbarte Rechtsfolge nicht ein, wenn die Verletzung als eine unverschuldete anzusehen ist. Der Versicherer kann den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen, es sei denn, dass die Verletzung als eine unverschuldete anzusehen ist. Kündigt der Versicherer innerhalb eines Monats nicht, so kann er sich auf die vereinbarte Leistungsfreiheit nicht berufen.

(1a) Bei der Verletzung einer Obliegenheit, die die dem Versicherungsvertrag zugrundeliegende Äquivalenz zwischen Risiko und Prämie aufrechterhalten soll, tritt die vereinbarte Leistungsfreiheit außerdem nur in dem Verhältnis ein, in dem die vereinbarte hinter der für das

höhere Risiko taritmäßig vorgesehenen Prämie zurückbleibt. Bei der Verletzung von Obliegenheiten zu sonstigen bloßen Meldungen und Anzeigen, die keinen Einfluss auf die Beurteilung des Risikos durch den Versicherer haben, tritt Leistungsfreiheit nur ein, wenn die Obliegenheit vorsätzlich verletzt worden ist.

(2) Ist eine Obliegenheit verletzt, die vom Versicherungsnehmer zum Zweck der Verminderung der Gefahr oder der Verhütung einer Erhöhung der Gefahr dem Versicherer gegenüber - unabhängig von der Anwendbarkeit des Abs. 1a - zu erfüllen ist, so kann sich der Versicherer auf die vereinbarte Leistungsfreiheit nicht berufen, wenn die Verletzung keinen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalles oder soweit sie keinen Einfluss auf den Umfang, der dem Versicherer obliegenden Leistung gehabt hat.

(3) Ist die Leistungsfreiheit für den Fall vereinbart, dass eine Obliegenheit verletzt wird, die nach dem Eintritt des Versicherungsfalles dem Versicherer gegenüber zu erfüllen ist, so tritt die vereinbarte Rechtsfolge nicht ein, wenn die Verletzung weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruht. Wird die Obliegenheit nicht mit dem Vorsatz verletzt, die Leistungspflicht des Versicherers zu beeinflussen oder die Feststellung solcher Umstände zu beeinträchtigen, die erkennbar für die Leistungspflicht des Versicherers bedeutsam sind, so bleibt der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung weder auf die Feststellung des Versicherungsfalles noch auf die Feststellung oder den Umfang, der dem Versicherer obliegenden Leistung Einfluss gehabt hat.

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

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

§ 38.

(1) Ist die erste oder einmalige Prämie innerhalb von 14 Tagen nach dem Abschluss des Versicherungsvertrags und nach der Aufforderung zur Prämienzahlung nicht gezahlt, so ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, berechtigt, vom Vertrag zurückzutreten. Es gilt als Rücktritt, wenn der Anspruch auf die Prämie nicht innerhalb dreier Monate vom Fälligkeitstag an gerichtlich geltend gemacht wird.

(2) Ist die erste oder einmalige Prämie zur Zeit des Eintritts des Versicherungsfalles und nach Ablauf der Frist des Abs. 1 noch nicht gezahlt, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, es sei denn, dass der Versicherungsnehmer an der rechtzeitigen Zahlung der Prämie ohne sein Verschulden verhindert war.

(3) Die Aufforderung zur Prämienzahlung hat die im Abs. 1 und 2 vorgesehenen Rechtsfolgen nur, wenn der Versicherer den Versicherungsnehmer dabei auf diese hingewiesen hat.

(4) Die Nichtzahlung von Zinsen oder Kosten löst die Rechtsfolgen der Abs. 1 und 2 nicht aus.

§ 62.

(1) Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, beim Eintritt des Versicherungsfalles nach Möglichkeit für die Abwendung und Minderung des Schadens zu sorgen und dabei die Weisungen des Versicherers zu befolgen; er hat, wenn die Umstände es gestatten, solche Weisungen einzuholen. Sind mehrere Versicherer beteiligt und haben diese entgegenstehende Weisungen gegeben, so hat der Versicherungsnehmer nach eigenem pflichtgemäßem Ermessen zu handeln.

(2) Hat der Versicherungsnehmer diese Verpflichtungen verletzt, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, es sei denn, dass die Verletzung weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruht. Bei grobfahrlässiger Verletzung bleibt der Versicherer zur Leistung insoweit verpflichtet, als der Umfang des Schadens auch bei gehöriger Erfüllung der Verpflichtungen nicht geringer gewesen wäre.

Auszug aus dem Fern-Finanzdienstleistungs-Gesetz

(FernFinG – BGBl. I Nr. 62/2004 idF BGBl. I Nr. 17/2018)

§ 8

(1) Der Verbraucher kann vom Vertrag oder seiner Vertragserklärung bis zum Ablauf der in Abs. 2 genannten Fristen zurücktreten. Der Verbraucher kann vom Vertrag oder seiner Vertragserklärung bis zum Ablauf der in Absatz 2, genannten Fristen zurücktreten.

(2) Die Rücktrittsfrist beträgt 14 Tage, bei Lebensversicherungen im Sinn der Richtlinie 2009/138/EG betreffend die Aufnahme und Ausübung der Versicherungs- und Rückversicherungstätigkeit (Solvabilität II) (Neufassung), ABl. Nr. L 335 vom 17.12.2009 S. 1, zuletzt geändert durch die Richtlinie 2014/51/EU, ABl. Nr. L 153 vom 22.05.2014 S. 1, und bei Fernabsatzverträgen über die Altersversorgung von Einzelpersonen aber 30 Tage. 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. Die Rücktrittsfrist beträgt 14 Tage, bei Lebensversicherungen im Sinn der Richtlinie 2009/138/EG betreffend die Aufnahme und Ausübung der Versicherungs- und Rückversicherungstätigkeit (Solvabilität römisch II) (Neufassung), ABl. Nr. L 335 vom 17.12.2009 Sitzung 1, zuletzt geändert durch die Richtlinie 2014/51/EU, ABl. Nr. L 153 vom 22.05.2014 Sitzung 1, und bei Fernabsatzverträgen über die Altersversorgung von Einzelpersonen aber 30 Tage. 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.

(3) Die Rücktrittsfrist beginnt mit dem Tag des Vertragsabschlusses. Bei Lebensversicherungen (Abs. 2) beginnt die Frist mit dem Zeitpunkt, zu dem der Verbraucher über den Abschluss des Vertrags informiert wird. Die Rücktrittsfrist beginnt mit dem Tag des Vertragsabschlusses. Bei Lebensversicherungen (Absatz 2,) beginnt die Frist mit dem Zeitpunkt, zu dem der Verbraucher über den Abschluss des Vertrags informiert wird.

(4) Hat aber der Verbraucher die Vertragsbedingungen und Vertriebsinformationen erst nach Vertragsabschluss erhalten, so beginnt die Rücktrittsfrist mit dem Erhalt aller dieser Bedingungen und Informationen.

(5) Innerhalb der Rücktrittsfrist darf mit der Erfüllung des Vertrags erst nach ausdrücklicher Zustimmung des Verbrauchers begonnen werden.

Auszug aus dem Konsumentenschutzgesetz 1979

(KSchG – BGBl. I Nr. 140/1979 idF BGBl. I Nr. 85/2024)



§ 1

(1) Dieses Hauptstück gilt für Rechtsgeschäfte, an denen 1. einerseits jemand, für den das Geschäft zum Betrieb seines Unternehmens gehört, (im Folgenden kurz Unternehmer genannt) und 2. andererseits jemand, für den dies nicht zutrifft, (im Folgenden kurz Verbraucher genannt) beteiligt sind.

(2) Unternehmen im Sinn des Abs. 1 Z 1 ist jede auf Dauer angelegte Organisation selbständiger wirtschaftlicher Tätigkeit, mag sie auch nicht auf Gewinn gerichtet sein. Juristische Personen des öffentlichen Rechts gelten immer als Unternehmer. Unternehmen im Sinn des Absatz eins, Ziffer eins, ist jede auf Dauer angelegte Organisation selbständiger wirtschaftlicher Tätigkeit, mag sie auch nicht auf Gewinn gerichtet sein. Juristische Personen des öffentlichen Rechts gelten immer als Unternehmer.

(3) Geschäfte, die eine natürliche Person vor Aufnahme des Betriebes ihres Unternehmens zur Schaffung der Voraussetzungen dafür tätigt, gehören noch nicht im Sinn des Abs. 1 Z 1 zu diesem Betrieb. Geschäfte, die eine natürliche Person vor Aufnahme des Betriebes ihres Unternehmens zur Schaffung der Voraussetzungen dafür tätigt, gehören noch nicht im Sinn des Absatz eins, Ziffer eins, zu diesem Betrieb.

(4) Dieses Hauptstück gilt nicht für Verträge, die jemand als Arbeitnehmer oder arbeitnehmerähnliche Person (§ 51 Abs. 3 ASGG) mit dem Arbeitgeber schließt. Dieses Hauptstück gilt nicht für Verträge, die jemand als Arbeitnehmer oder arbeitnehmerähnliche Person (Paragraph 51, Absatz 3, ASGG) mit dem Arbeitgeber schließt.

(5) Die Bestimmungen des I. und des II. Hauptstücks sind auch auf den Beitritt zu und die Mitgliedschaft bei Vereinen anzuwenden, wenn diese zwar von ihren Mitgliedern Beiträge oder sonstige Geldleistungen verlangen, ihnen aber nur eingeschränkte Mitgliedschaftsrechte einräumen und die Mitgliedschaft nicht geschäftlichen Zwecken dient.

4. Datenschutzrechtliche Erstinformation Ihrer Versicherer

Mit diesen Hinweisen informieren wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch uns, die SOGESSUR S.A. Deutsche Niederlassung und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte. Wir bitten Sie darum, diese Erstinformationen an die versicherten Personen weiterzugeben.

Verantwortliche für die Datenverarbeitung:

SOGESSUR S.A. Deutsche Niederlassung
Fuhlsbüttler Straße 437
22309 Hamburg
Telefon: +49 (40) 64603-140
Fax: +49 (40) 271 656-195
E-Mail-Adresse: vertragsservice@socgen.com

Unseren Datenschutzbeauftragten erreichen Sie per Post unter der o.g. Adresse mit dem Zusatz - Datenschutzbeauftragter - oder per E-Mail unter: datenschutzversicherung@socgen.com

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), des österreichischen Datenschutzgesetzes (DSG) sowie der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des deutschen Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) und des österreichischen Versicherungsvertragsgesetzes (VersVG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze.

Welche personenbezogenen Daten verwenden wir?

Wir verwenden Ihre personenbezogenen Daten. Darunter fallen die von Ihnen im Versicherungsantrag angegebenen Daten (Antragsdaten), Vertragsdaten und Angaben Dritter (z.B. von Ärzten, Sachverständigen und Vermittlern), wie: Name, Polizzen-Nummer, Geburtsdatum, Adresse, E-Mail, Geschlecht, Gesundheitsdaten, Versicherungssumme, -dauer und -prämie, Bankverbindung und Inkassodaten.

Im Versicherungsfall ermitteln und verarbeiten wir zusätzlich Ihre Angaben zum Sachverhalt, die Leistungsdaten (Datum, Höhe der Leistung) und die sonstigen Informationen zum Schaden- bzw. Leistungsfall. Das können -soweit erforderlich- auch Angaben von Dritten sein, die mit der Feststellung des Schaden- und Leistungsfalles beauftragt sind (Sachverständige), dazu Auskunft geben können (Behörde, Zeugen, etc.) oder im Zusammenhang mit der Schaden- und Leistungserbringung stehen (Ärzte, Krankenhäuser).

Wir erfassen nur die notwendigen Daten, das heißt, dass im Einzelfall auch mit weniger als den oben beschriebenen Daten das Auslangen gefunden werden kann.

Zwecke und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

Wir benötigen die von Ihnen hierbei gemachten Angaben zum Abschluss des Versicherungsvertrages und zur Einschätzung des von uns zu übernehmenden Risikos. Kommt das Versicherungsverhältnis zustande, verarbeiten wir diese Daten zur Durchführung des Versicherungsvertragsverhältnisses. Angaben zum Schaden benötigen wir etwa, um prüfen zu können, ob ein Versicherungsfall eingetreten und wie hoch der Schaden ist.

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten gemäß Art 6 Abs 1 lit b DSGVO sowie Ihre besonderen Kategorien personenbezogener Daten (wie insbesondere Gesundheitsdaten) gemäß Art 9 Abs 2 lit g und h DSGVO iVm §§ 11a ff VersVG daher zu folgenden Zwecken:



- zur Einschätzung des von uns zu übernehmenden Risikos
- zur Beurteilung, ob und zu welchen Bedingungen der Versicherungsvertrag abgeschlossen oder eine Vertragsänderung durchgeführt werden kann
- zur Erstellung eines Angebots und/oder Bearbeitung eines von Ihnen übermittelten Antrags
- zur Durchführung, Erfüllung (inkl. Prämieninkasso) und Verwaltung eines aufrechten Versicherungsvertrags sowie zur Rechnungslegung, Schadensermittlung und Prüfung, ob Sie in Bezug auf Ihren Versicherungsvertrag Anspruch auf eine Versicherungsleistung haben
- zur Kundenbetreuung, zur Beratung hinsichtlich einer Vertragsanpassung, -ergänzung, für Kulanzentscheidungen oder für umfassende Auskunftserteilungen

Der Abschluss des Versicherungsvertrages bzw. die Durchführung des Versicherungsverhältnisses ist ohne die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht möglich. Die Angabe der hierfür notwendigen Daten ist gesetzlich nicht verpflichtend. Sofern Sie uns die notwendigen Daten jedoch nicht bekanntgeben, kann ein Versicherungsvertrag möglicherweise nicht abgeschlossen werden.

Sofern die Verarbeitung besonderer Kategorien personenbezogener Daten (z. B. Gesundheitsdaten) nicht zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen erforderlich ist (z. B. bei Ansprüchen des geschädigten Dritten in der Haftpflichtversicherung) erfolgt eine Verarbeitung solcher Daten ausschließlich im Einklang mit einer von Ihnen erteilten Einwilligung (Rechtsgrundlage: Art. 6 Abs 1 lit a und Art 9 DSGVO, § 11a VersVG).

Weiters verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten gemäß Art 6 Abs 1 lit f DSGVO sowie - für statistische Zwecke - Ihre besonderen Kategorien personenbezogener Daten (wie insbesondere Gesundheitsdaten) gemäß Art 9 Abs 2 lit j DSGVO zu folgenden Zwecken:

- Erstellung von versicherungsspezifischen Statistiken (Beratung hinsichtlich Vertragsanpassung, Kundenbetreuung, Angebots- und Antragsbearbeitung, Vertragsverwaltung, Risikominimierung)
- zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs,
- zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten, insbesondere nutzen wir Datenanalysen zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmissbrauch hindeuten können,

Unser berechtigtes Interesse liegt dabei in der Verfolgung und Erfüllung der oben genannten Zwecke.

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen wie z. B. aufsichtsrechtlicher Vorgaben, handels- und steuerrechtlicher Aufbewahrungspflichten oder unserer Beratungspflicht. Als Rechtsgrundlage für die Verarbeitung dienen in diesem Fall die jeweiligen gesetzlichen Regelungen i. V. m. Art. 6 Abs. 1 c) DSGVO. Sollten wir Ihre personenbezogenen Daten für einen oben nicht genannten Zweck verarbeiten wollen, werden wir Sie im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen darüber zuvor informieren.

Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Rückversicherer:

Von uns übernommene Risiken versichern wir evtl. bei speziellen Versicherungsunternehmen (Rückversicherer). Dafür kann es erforderlich sein, Ihre Vertrags- und ggf. Schadendaten an einen Rückversicherer zu übermitteln, damit dieser sich ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann

Vermittler

Soweit Sie hinsichtlich Ihres Versicherungsverhältnisses von einem Vermittler betreut werden, verarbeitet Ihr Vermittler die zum Abschluss und zur Durchführung des Vertragsverhältnisses benötigten Beitritts-, Vertrags- und Schadendaten. Auch übermittelt unser Unternehmen diese Daten an die Sie betreuenden Vermittler, soweit diese die Informationen zu Ihrer Betreuung und Beratung in Ihren Versicherungs- und Finanzdienstleistungsangelegenheiten benötigen.

Datenverarbeitung in der Unternehmensgruppe

Spezialisierte Unternehmen bzw. Bereiche unserer Unternehmensgruppe nehmen bestimmte Datenverarbeitungsaufgaben für die in der Gruppe verbundenen Unternehmen zentral wahr. Soweit ein Versicherungsverhältnis zwischen Ihnen und einem oder mehreren Unternehmen unserer Gruppe besteht, können Ihre Daten etwa zur zentralen Verwaltung von Anschriftendaten, für den telefonischen Kundenservice, zur Vertrags- und Leistungsbearbeitung, für In- und Exkasso oder zur gemeinsamen Postbearbeitung zentral durch ein Unternehmen der Gruppe verarbeitet werden.

Externe Dienstleister

Wir bedienen uns zur Erfüllung unserer vertraglichen und gesetzlichen Pflichten zum Teil externer Dienstleister. Eine Auflistung der von uns eingesetzten Auftragnehmer und Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, können Sie der Übersicht am Ende dieses Dokumentes entnehmen.

Übermittlung von Gesundheitsdaten

Soweit eine Übermittlung im konkreten Anlassfall erforderlich ist werden Gesundheitsdaten gemäß Art. 9 Abs. 2 lit. a iVm Art. 7 DSGVO und § 11 lit. a VersVG nur an folgende Empfänger übermittelt: Untersuchende oder behandelnde Ärzte und

Krankenanstalten oder sonstige Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge, Rück- oder Mitversicherer oder andere Versicherer und Dienstleister, die bei der Abwicklung von Ansprüchen aus dem Versicherungsfall mitwirken, befugte Sachverständige oder gewillkürte oder gesetzliche Vertreter der Betroffenen oder Gerichte, Staatsanwaltschaften, Verwaltungsbehörden, Schlichtungsstellen oder sonstige Einrichtungen der Streitbeilegung und ihrer Organe einschließlich der von ihnen bestellten Sachverständigen.

Datenübermittlung in ein Drittland

Sollten wir personenbezogene Daten an Dienstleister außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraumes (EWR) übermitteln, erfolgt die Übermittlung nur, soweit dem Drittland durch die EU-Kommission ein angemessenes Datenschutzniveau bestätigt wurde oder andere angemessene Datenschutzgarantien (z.B. verbindliche unternehmensinterne Datenschutzvorschriften oder EU-Standardvertragsklauseln) vorhanden sind.

Dauer der Datenspeicherung

Wir löschen Ihre personenbezogenen Daten, sobald sie für die oben genannten Zwecke nicht mehr erforderlich sind, soweit eine weitere Speicherung nicht aufgrund gesetzlicher Aufbewahrungspflichten erforderlich ist. Diese ergibt sich, unter anderem aus dem Unternehmensgesetzbuch, der Bundesabgabenordnung, dem Versicherungsvertragsgesetz und dem Finanzmarkt Geldwäschegesetz, dem Handelsgesetzbuch oder auch der Abgabenordnung. Aufgrund nachstehender gesetzlicher Aufbewahrungspflichten müssen wir Ihre personenbezogenen Daten insb. wie folgt speichern:

- Speicherung der Vertragsdaten für 7 Jahre ab Erhebung der Daten (§ 212 UGB)

Weiters kann es vorkommen, dass personenbezogene Daten für die Zeit aufbewahrt werden, in der Ansprüche gegen unser Unternehmen geltend gemacht werden können (gesetzliche Verjährungsfrist von drei oder bis zu dreißig Jahren). Zu diesem Zweck werden Ihre personenbezogenen Daten jedoch nur dann und nur solange verarbeitet, als dies zur Rechtsverfolgung bzw. Rechtsverteidigung erforderlich ist.

Betroffenenrechte

Sie haben gegenüber uns folgende Rechte nach der DSGVO:

- Das Recht auf Auskunft nach Art 15 DSGVO betreffend die von uns verarbeiteten personenbezogenen Daten.
- Das Recht auf Berichtigung nach Art 16 DSGVO, das Recht auf Löschung nach Art 17 DSGVO und das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung nach Art 18 DSGVO.
- Das Recht auf Widerspruch nach Art 21 DSGVO.
- **Wenn Sie eine Einwilligung zur Verarbeitung von Daten erteilt haben, können Sie diese jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Vom Widerruf der Einwilligung bleibt die Rechtmäßigkeit der bis dahin erfolgten Datenverarbeitung unberührt.**
- Das Recht auf Datenübertragbarkeit nach Art 20 DSGVO.
- Das Beschwerderecht bei der zuständigen Datenschutzbehörde nach Art 77 DSGVO.

Automatisierte Einzelfallentscheidung

Auf Basis Ihrer Angaben zum Risiko, zu denen wir Sie bei Antragstellung befragen, entscheiden wir mitunter vollautomatisiert über das Zustandekommen des Vertrages, mögliche Risikoausschlüsse oder über die Höhe der von Ihnen zu zahlenden Versicherungsprämie.

Vollautomatisierte Entscheidungen (Rechtsgrundlage: Art. 22 DSGVO) beruhen auf vorher festgelegten Regeln zur Gewichtung der dazu eingeholten Informationen. So kann bei Antragstellung die Berechnung und Bewertung auf Basis versicherungsmathematischer Kriterien und Kalkulationen erfolgen.

Durch geeignete Maßnahmen stellen wir sicher, dass Sie Ihre Rechte auf Eingreifen einer Person, auf Darlegung des eigenen Standpunktes und auf Anfechtung der Entscheidung ausüben können.

Unternehmen/ Kategorie	Auftragsgegenstand / Funktion
Vermittler gern. § 137 GewO Österreich	Vermittlung von Versicherungsprodukten
IT-Dienstleister	IT-Betreuung
Gutachter und Sachverständige	Erstellen von medizinischen Gutachten
Entsorgungsdienstleister	Dokumentenvernichtung
Rückversicherungsunternehmen	Monitoring



Bestandsverwaltung und Schadenbearbeitung	Postservice inkl. Zuordnung von Eingangspost; Bestandsverwaltung; Kontakt im Rahmen der Leistungsbearbeitung
Personaldienstleister	Unterstützung bei Personalangelegenheiten
Rechtsanwälte	Juristische Beratung und Vertretung
Steuerberater	Beratung in steuerlichen Angelegenheiten

Versicherteninformationen

- **Safety + (Tages- und Mehrtages-/Depotskiticket) und**
- **Refund + (Saison- und Jahresskiticket)**

Inhaltsverzeichnis

1. **Wichtige allgemeine Vertragsinformationen**
2. **Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) - Allgemeiner Teil**
3. **Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) - Besonderer Teil**
4. **Datenschutzrechtliche Erstinformation Ihres Versicherers**

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde mit **gewöhnlichem Aufenthaltsort in Deutschland**, diese Versicherteninformationen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen enthalten alles Wichtige zu Ihrem Versicherungsschutz. Soweit darin personenbezogene Bezeichnungen verwendet werden, umfassen sie alle Personengruppen: männlich, weiblich und divers. Bitte lesen Sie die Versicherteninformationen aufmerksam und vollständig und bewahren Sie diese sorgfältig auf. So können Sie auch später alles noch einmal nachlesen. Die Versicherteninformationen konkretisieren den Versicherungsschutz des mit Ihnen abgeschlossenen Versicherungsvertrages. Je nach gewähltem Versicherungsprodukt erhalten Sie Versicherungsschutz in Form der „Safety+“-Absicherung oder der „Refund+“-Absicherung.

1. Wichtige allgemeine Vertragsinformationen

1.1. Wer ist Ihr Versicherer?

Die Risiken sind durch die **SOGESSUR S.A.** (Registergericht R.C.S. Nanterre 379 846 637) versichert. Die Anschrift des Sitzes der Gesellschaft lautet: **17 bis Place des Reflets, Tour D 2, 92919 Paris La Défense CEDEX**. Die für den Versicherer zuständige Aufsichtsbehörde ist die Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) 4, Place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris CEDEX 09. Die Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers ist das Versicherungsgeschäft.

In Österreich ist die SOGESSUR S.A. mittels ihrer deutschen Niederlassung, der **SOGESSUR S.A. Deutsche Niederlassung** (Handelsregister beim Amtsgericht Hamburg, HRB 133782) tätig. Die Anschrift der Gesellschaft lautet: **Fuhlsbüttler Str. 437, 22309 Hamburg**. Der Versicherungsvertrag mit Ihnen wird über diese Niederlassung abgeschlossen.

Die Versicherungssteuer wird unter folgender Versicherungssteuer-Nr. an das Finanzamt Österreich abgeführt: 10 389/7898.

1.2. Wer ist Ihr Ansprechpartner?

Bei Fragen zu Ihrem **Versicherungsvertrag** wenden Sie sich bitte direkt an:

SJack GmbH
Am Bühel 6
AT - 6830 Rankweil / Vorarlberg
(im Folgenden „Starjack“)
E-Mail: support@starjack.com
Telefon: +43624673430999
Servicezeiten: täglich von 08.00 Uhr -- 16.00 Uhr

Möchten Sie eine Schadenmeldung vornehmen, nutzen Sie bitte das Internetportal: starjack.call-us.at/de.

Haben Sie Fragen zu einer bereits eingereichten Schadenmeldung, wenden Sie sich bitte direkt an: **call us Assistance International GmbH**

STRASSE Waschhausgasse 2
ORT 1020 Wien
Telefon: +43 1 31670 833
E-Mail: starjack@call-us.at (für alle Versicherungsansprüche mit Ausnahme der medizinischen Ansprüche),
pl@call-us.com (nur für medizinische Ansprüche)
Servicezeiten: Assistance & Schadenmeldung durch Online-Formular und E-Mail – rund um die Uhr (24/7),

Schadenbearbeitung - Mo-Fr, 8:00-17:00 (außer an offiziellen Österreichischen Feiertagen).

Damit Ihr Anruf und Anliegen bestmöglich entgegengenommen werden kann, bitten wir Sie, folgende Informationen vorzubereiten und zu erteilen:

- die Polizzen-Nummer Ihres Vertrags,
- Ihren Vor- und Nachnamen,
- die Adresse Ihres Wohnortes,
- das Land, die Stadt oder der Ort, in dem Sie sich zum Zeitpunkt des Anrufs befinden,
- geben Sie die genaue Adresse an (Nr., Straße, eventuell Hotel usw.),
- die Telefonnummer, unter der wir Sie erreichen können,
- die Art Ihres Problems.

1.3. Widerrufsrecht

Widerrufsbelehrung

Abschnitt 1

Widerrufsrecht, Widerrufsfolgen und besondere Hinweise

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb einer Frist von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen.

Die Widerrufsfrist beginnt, nachdem Ihnen

- der Versicherungsschein,
- die Vertragsbestimmungen, einschließlich der für das Vertragsverhältnis geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen, diese wiederum einschließlich der Tarifbestimmungen,
- diese Belehrung,
- das Informationsblatt zu Versicherungsprodukten,
- und die weiteren in Abschnitt 2 aufgeführten Informationen

jeweils in Textform zugegangen sind.

Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an:

SJack GmbH
Am Bühel 6
AT - 6830 Rankweil / Vorarlberg
(im Folgenden „Starjack“)
E-Mail: support@starjack.com

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und der Versicherer hat Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien zu erstatten, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, darf der Versicherer in diesem Fall einbehalten. Dabei handelt es sich um den anteilig nach Tagen berechneten Betrag des vom im Versicherungsschein ausgewiesenen Versicherungs-Beitrags für den gesamten versicherten Zeitraum. Der Versicherer hat zurückzuzahlende Beträge unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs, zu erstatten.

Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, so hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

Besondere Hinweise

Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch vom Versicherer vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

Abschnitt 2

Auflistung der für den Fristbeginn erforderlichen weiteren Informationen

Hinsichtlich der in Abschnitt 1 Satz 2 genannten weiteren Informationen werden die Informationspflichten im Folgenden im Einzelnen aufgeführt:

Unterabschnitt 1

Informationspflichten bei allen Versicherungszweigen

Der Versicherer hat Ihnen folgende Informationen zur Verfügung zu stellen:

1. die Identität des Versicherers und der etwaigen Niederlassung, über die der Vertrag abgeschlossen werden soll; anzugeben ist auch das Handelsregister, bei dem der Rechtsträger eingetragen ist, und die zugehörige Registernummer;
2. die ladungsfähige Anschrift des Versicherers und jede andere Anschrift, die für die Geschäftsbeziehung zwischen dem Versicherer und Ihnen maßgeblich ist, bei juristischen Personen, Personenvereinigungen oder -gruppen auch den Namen eines Vertretungsberechtigten; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
3. die Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers;
4. die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung, insbesondere Angaben über Art, Umfang und Fälligkeit der Leistung des Versicherers;
5. den Gesamtpreis der Versicherung einschließlich aller Steuern und sonstigen Preisbestandteile, wobei die Prämien einzeln auszuweisen sind, wenn das Versicherungsverhältnis mehrere selbständige Versicherungsverträge umfassen soll, oder, wenn ein genauer Preis nicht angegeben werden kann, Angaben zu den Grundlagen seiner Berechnung, die Ihnen eine Überprüfung des Preises ermöglichen;
6. Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise der Prämien;
7. Angaben darüber, wie der Vertrag zustande kommt, insbesondere über den Beginn der Versicherung und des Versicherungsschutzes sowie die Dauer der Frist, während der der Antragsteller an den Antrag gebunden sein soll;
8. das Bestehen oder Nichtbestehen eines Widerrufsrechts sowie die Bedingungen, Einzelheiten der Ausübung, insbesondere Namen und Anschrift derjenigen Person, gegenüber der der Widerruf zu erklären ist, und die Rechtsfolgen des Widerrufs einschließlich Informationen über den Betrag, den Sie im Falle des Widerrufs gegebenenfalls zu zahlen haben; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
9.
 - a) Angaben zur Laufzeit des Vertrages;
 - b) Angaben zur Mindestlaufzeit des Vertrages;
10. Angaben zur Beendigung des Vertrages, insbesondere zu den vertraglichen Kündigungsbedingungen einschließlich etwaiger Vertragsstrafen; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
11. die Mitgliedstaaten der Europäischen Union, deren Recht der Versicherer der Aufnahme von Beziehungen zu Ihnen vor Abschluss des Versicherungsvertrags zugrunde legt;
12. das auf den Vertrag anwendbare Recht, eine Vertragsklausel über das auf den Vertrag anwendbare Recht oder über das zuständige Gericht;
13. die Sprachen, in denen die Vertragsbedingungen und die in diesem Abschnitt genannten Vorabinformationen mitgeteilt werden, sowie die Sprachen, in denen sich der Versicherer verpflichtet, mit Ihrer Zustimmung die Kommunikation während der Laufzeit dieses Vertrags zu führen;
14. einen möglichen Zugang für Sie zu einem außergerichtlichen Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren und gegebenenfalls die Voraussetzungen für diesen Zugang; dabei ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass die Möglichkeit für Sie, den Rechtsweg zu beschreiten, hiervon unberührt bleibt;
15. Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde sowie die Möglichkeit einer Beschwerde bei dieser Aufsichtsbehörde.

Ende der Widerrufsbelehrung

1.4. Sicherungssysteme und deren Zugangsmöglichkeiten

Der Versicherer nimmt an keinem Garantiefond teil.

1.5. Falls Sie sich beschweren möchten

Im Falle von Unstimmigkeiten können Sie Ihre Beschwerde richtet an:

1. call us Assistance International GmbH : starjack@call-us.at
2. Die interne Beschwerdestelle des Versicherers: SOGESSUR S.A. Deutsche Niederlassung, Fuhlsbüttler Str. 437, 22309 Hamburg, E-Mail: meinung@socgen.com
3. Darüber hinaus ist unser Unternehmen Mitglied im Verein Versicherungsombudsmann e.V. Sie können damit das kostenlose, außergerichtliche Streitschlichtungsverfahren in Anspruch nehmen. Den Ombudsmann der Versicherungen erreichen Sie per Post "Versicherungsombudsmann e. V., Postfach 08 06 32, 10006 Berlin", oder über www.versicherungsombudsmann.de. Sie brauchen die Entscheidung des Versicherungsombudsmannes nicht zu akzeptieren.

4. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, sich an die zuständige Aufsichtsbehörde L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Resolution (französische Aufsichtsbehörde), 4 Place de Budapest CS 92459, 75436 Paris, Frankreich oder an die österreichische Finanzmarktaufsicht (FMA) Otto-Wagner-Platz 5, 1090 Wien zu wenden.
5. Der Rechtsweg steht Ihnen jederzeit offen.

2. Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

Liebe Kunden,

in den folgenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Teil 2.) und Besonderen Versicherungsbedingungen (Teil 3.) finden Sie alle Informationen zu Ihrer „Safety +“- und „Refund +“-Versicherung.

Als Versicherungsnehmer sind Sie verpflichtet, Versicherungsprämien zu zahlen. Hierfür werden Ihnen dieselben Zahlungsmethoden, wie für den Erwerb des Skitickets, zur Verfügung gestellt. Bitte beachten Sie zudem die in Punkt 2.12. und zu den einzelnen Deckungsbausteinen bestimmten „Obliegenheiten“. Sie und die versicherte Person müssen diese „Obliegenheiten“ beachten, um den Versicherungsschutz nicht zu gefährden.

Die AVB sind in Abschnitte aufgeteilt, damit Sie sich leichter zurechtfinden:

Teil 2. (Allgemeine Versicherungsbedingungen) beschreibt alle allgemeinen Regelungen zu Ihrem Versicherungsvertrag und gilt für alle versicherbaren Risiken gleichermaßen.

Teil 3. (Besondere Versicherungsbedingungen) beschreibt alle risikospezifischen Regelungen zu den abgesicherten Risiken:

Leistungen auf einen Blick

Diese Tabelle dient als Überblick. Bitte vergleichen Sie im Einzelnen – insbesondere bezüglich der jeweiligen Voraussetzungen und der Höhe der Leistungen sowie deren Empfänger - die vorliegenden Bedingungen. Die Versicherung schützt Sie vor den folgenden Risiken:

Versicherung	Risikobeschreibung	Maximale Versicherungssumme und Schadenanzahl „Refund +“-Versicherung	Maximale Versicherungssumme und Schadenzahl „Safety +“-Versicherung
1. Kosten - Rückerstattung für Skipass, Skikurs oder Skilehrertraining	Siehe Ziff. 3, Abschnitt 1	Max. 1000,-€ Max. 1 Schaden pro Versicherungszeitraum Abzgl. 100 € Selbstbehalt	Max. 300 € Max. 1 Schaden pro Versicherungszeitraum
2. Unfall -Come-Back-Gutschein	Siehe Ziff. 3, Abschnitt 2	Nicht Teil der „Refund +“-Versicherung.	100 € Max. 1 Schaden pro Versicherungszeitraum
3. Unfalltod-Schutz	Siehe Ziff. 3, Abschnitt 3	Nicht Teil der „Refund +“-Versicherung.	25.000 €
4. Unfall-Ablebensschutz mit Rückführung des Verstorbenen	Siehe Ziff. 3, Abschnitt 4	Nicht Teil der „Refund +“-Versicherung.	Max. 1.500 €
5. Unfall-Invaliditätsversicherung > 70%	Siehe Ziff. 3, Abschnitt 5	Nicht Teil der „Refund +“-Versicherung.	50.000 €
6. Unfallschutz bei Frakturen	Siehe Ziff. 3, Abschnitt 6	Nicht Teil der „Refund +“-Versicherung.	Pauschalzahlung in Höhe von 500 € Max. 1 Schaden pro Versicherungszeitraum
7. Rettungs- und Bergungsschutz mit Assistance	Siehe Ziff. 3, Abschnitt 7	Nicht Teil der „Refund +“-Versicherung.	Max. 10.000 € Max. 1 Schaden pro Versicherungszeitraum
8. Privathaftpflichtversicherung	Siehe Ziff. 3, Abschnitt 8	Nicht Teil der „Refund +“-Versicherung.	Erfüllung von Schadenersatzverpflichtungen: Max. 500.000 € Kosten der Feststellung und Abwehr von Schadenersatzverpflichtungen: Max 5.000 € Insgesamt max. 1 Schaden pro Versicherungszeitraum

2.1. Wir erklären die Begriffe zu dieser Versicherung

Unfall: Ein Unfall im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet. Selbstmord, versuchter Selbstmord oder vorsätzlich selbst zugefügte Verletzungen, Herzinfarkt oder Schlaganfall gelten nicht als Unfall. Versicherungsschutz besteht - nach Maßgabe dieser Versicherungsbedingungen - nur, sofern sich **der Unfall bei der Ausübung von Schneesport auf einer Skipiste ereignet und dadurch der Einsatz des Rettungsdienstes am Ort des Unfalls erforderlich gewesen ist.**

Versicherungszeitraum: Im Rahmen der Safety+-Versicherung (Tagesskiticket sowie Mehrtages-/Depotsticket) umfasst der Versicherungszeitraum die Dauer der Gültigkeit des von Starjack oder seinen Vertragspartnern ausgestellten Skipasses von mind. 1 Tag bis zu max. 21 Tagen und beginnt mit Aktivierung des Skipasses.

Im Rahmen der Refund+-Versicherung (Saisonskiticket sowie Jahresskiticket) umfasst der Versicherungszeitraum die Dauer der Gültigkeit des von Starjack oder seinen Vertragspartnern ausgestellten Skipasses. Dieser beginnt mit Aktivierung des Skipasses.

WICHTIG: Der Versicherungsschutz besteht **nur** während der Wintersaison.

Die Aktivierung des Skipasses erfolgt, sobald die versicherte Person unter Verwendung des Skipasses erstmals einen Liftbereich durch ein Drehkreuz oder eine ähnliche Sperrvorrichtung betritt.

Versicherungsnehmer: Versicherungsnehmer sind Sie als unser Vertragspartner des Safety+ oder des Refund + Versicherungsvertrags. Der Versicherungsvertrag kann nur von natürlichen Personen abgeschlossen werden, die ihren gewöhnlichen Aufenthaltsort in Österreich oder in der Bundesrepublik Deutschland haben.

Versicherte Person: Versicherte Person ist jene Person, für die Sie Versicherungsschutz mit uns vereinbart haben. Das können entweder Sie selbst (Eigenversicherung) oder eine andere Person sein auf deren Namen der Skipass von Starjack oder seinen Vertragspartnern ausgestellt und der Skikurs oder das Skilehrertraining über Starjack oder seinen Vertragspartnern gebucht wurde (Fremdversicherung). In jedem Fall kann nur eine natürliche Person, die ihren gewöhnlichen Aufenthaltsort in Österreich oder in der Bundesrepublik Deutschland hat, versicherte Person sein.

Schneesport Das Skifahren oder Snowboardfahren, jeweils als Amateur, auf den dafür vorgesehenen Skipisten.

Rettungsdienst: Die zivile oder militärische Rettungsorganisation oder die öffentliche oder private Fachorganisation, die gesetzlich befugt ist, der versicherten Person am Unfallort Rettungsdienste zu leisten.

Rücktransport: Ein vom Versicherer organisierter Transport der versicherten Person nach Hause oder in ein Krankenhaus in der Nähe des Zu Hause mit einem leichten medizinischen Fahrzeug, einem Krankenwagen, einem Zug erster Klasse, einem Flugzeug der Economy-Klasse oder einem medizinischen Flugzeug. Ein Rücktransport findet nur nach vorheriger Abstimmung zwischen dem Versicherer und den behandelnden Ärzten vor Ort statt. Der Rücktransport muss aus ärztlicher Sicht für notwendig und durchführbar erklärt werden.

Skipiste: Die Skipiste ist ein vom Betreiber eines Skigebiets zugänglicher, durch Markierungen bezeichneter und in seiner Ausdehnung abgegrenzter, gespurter und zur Abfahrt mit Skiern und Snowboards vorgesehener Teil eines Berges.

Dauernde Invalidität: Dauernde Invalidität liegt vor, wenn die versicherte Person durch den Unfall auf Lebenszeit in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt ist.

2.2. Was ist versichert (Versicherungsfall)?

Versicherungsfall ist der Eintritt eines Unfalls (siehe Definition oben) oder, im Falle des Privathaftpflichtversicherungsschutzes (Ziff. 3, Abschnitt 8), eines Schadenereignisses während des Versicherungszeitraums.

2.3. Örtlicher Geltungsbereich

Versicherungsschutz besteht in dem Skigebiet, in dem der von Starjack oder seinen Vertragspartnern ausgestellte Skipass gültig ist, vorausgesetzt dieses Skigebiet liegt (i) ausschließlich in Österreich, (ii) ausschließlich in Deutschland oder ist (iii) ein grenzüberschreitendes Skigebiet, welches zwischen Österreich einerseits und entweder Deutschland, Italien, Schweiz oder der Tschechischen Republik andererseits gelegen ist.

2.4. Zeitlicher Geltungsbereich und wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz beginnt mit der Aktivierung des von Starjack oder seinen Vertragspartnern ausgestellten Skipasses, jedoch nur unter der Voraussetzung, dass der Versicherungsnehmer die Prämie einschließlich Steuern rechtzeitig – das heißt sofort nach Abschluss des Versicherungsvertrages – oder ohne schuldhaften Verzug zahlt.

WICHTIG: Der Versicherungsschutz besteht nur während der Wintersaison.

2.5. Wann endet Ihr Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz endet:

- mit Ablauf der Gültigkeit des auf den Namen der versicherten Person von Starjack oder seinen Vertragspartnern ausgestellten Skipasses,
- mit der Wirksamkeit eines allfälligen Widerrufs vom Versicherungsvertrag,
- mit dem Ableben der versicherten Person oder
- mit der vorzeitigen Auflösung des Versicherungsvertrags aus wichtigem Grund (Ziff. 2.6).

2.6. So können Sie den Versicherungsschutz beenden

Nach Ablauf der Widerrufsfrist können Sie den Versicherungsvertrag nur aus wichtigem Grund jederzeit vorzeitig auflösen.

2.7. Wer bekommt die Versicherungsleistung?

Die Leistung aus dem Versicherungsverhältnis erbringen wir an die versicherte Person bzw. an ihre Erben. Abweichend von § 44 Abs 2 VVG stimmt der Versicherungsnehmer zu, dass die versicherte Person über ihre Rechte verfügen und diese gegenüber dem Versicherer geltend machen kann.

Eine Einräumung von Bezugsrechten sowie die Verpfändung von Ansprüchen aus dem Versicherungsverhältnis ist ausgeschlossen. Bis der Versicherer von einer erfolgten Abtretung von Ansprüchen aus dem Versicherungsverhältnis Kenntnis erlangt, kann er schuldbefreiend an die versicherte Person leisten.

2.8. Wann ist die Versicherungsprämie zu zahlen?

Die Versicherungsprämie ist sofort nach Abschluss des Versicherungsvertrages zu zahlen. Hierfür werden Ihnen dieselben Zahlungsmethoden wie für den Erwerb des Skitickets zur Verfügung gestellt.

2.9. Was passiert, wenn die Versicherungsprämie zu spät oder nicht gezahlt wird?

Wird die einmalige Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, Sie haben die Nichtzahlung nicht zu vertreten.

Ist die Prämie zur Zeit des Eintritts des Versicherungsfalles noch nicht bezahlt, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, es sei denn, Sie haben die Nichtzahlung nicht zu vertreten. Der Versicherer ist nur leistungsfrei, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung der Prämie aufmerksam gemacht hat, § 37 VVG.

2.10. Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes

1. Eine Versicherungsleistung wird, abgesehen vom Versicherungsschutz für die Kosten-Rückerstattung für Skipass, Skikurs oder Skilehrertraining (Ziff. 3 Abschnitt 1) und vom Privathaftpflichtversicherungsschutz (Ziff. 3, Abschnitt 8), nur für die durch den eingetretenen Unfall hervorgerufenen Folgen (körperliche Schädigung oder Tod) erbracht.
2. Bei der Bemessung des Invaliditätsgrads wird ein Abzug in Höhe einer Vorinvalidität vorgenommen und zwar unabhängig davon, ob durch den Unfall eine schon vorher beeinträchtigte körperliche oder geistige Funktion betroffen ist oder nicht. Die Vorinvalidität wird nach den Regeln zur Bemessung der Invalidität gemäß Ziff. 2 Abschnitt 5 bemessen.
3. Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch ein Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung - insbesondere solche Verletzungen, die durch krankhaft anlagebedingte oder abnutzungsbedingte Einflüsse (mit)verursacht worden sind - oder deren Folgen mitgewirkt, ist der Prozentsatz des Invaliditätsgrads entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens zu vermindern. Das gilt insbesondere auch, wenn die Gesundheitsschädigung durch einen abnutzungsbedingten Einfluss mit Krankheitswert, wie beispielsweise Arthrose, mitverursacht worden ist.
4. Für organisch bedingte Störungen des Nervensystems wird eine Leistung nur erbracht, wenn und soweit diese Störung auf eine durch den Unfall verursachte organische Schädigung zurückzuführen ist. Seelische Fehlhaltungen (Neurosen, Psychosen) gelten nicht als Unfallfolgen.
5. Für Bandscheibenhernien (= Bandscheibenvorfälle) jeder Art wird eine Leistung nur erbracht, wenn diese durch eine erhebliche direkte Gewalteinwirkung auf das jeweilige Segment der Wirbelsäule verursacht werden und es sich nicht um eine Verschlimmerung von vor dem Unfall bestandenen Krankheitserscheinungen handelt und
 - die Gewalteinwirkung durch Kraft und Richtung in der Lage war, eine gesunde Bandscheibe zu zerreißen, die bildgebende Untersuchung nach dem Vorfall (wie MRT, Röntgen) keine degenerativen Veränderungen zeigt und vor dem Unfall keine Wirbelsäulenbeschwerden bestanden oder
 - Frakturen ober- oder unterhalb der geschädigten Bandscheibe vorliegen oder
 - es zu Bänderrissen im Bereich der Wirbelsäule mit Wirbelverrenkungen gekommen ist.
6. Für Bauch- und Unterleibsbrüche jeder Art wird eine Leistung nur erbracht, wenn diese an der betreffenden Stelle durch einen Direktkontakt mit einer gewaltsamen, von außen kommenden, mechanischen Einwirkung herbeigeführt worden sind und nicht anlagebedingt waren.

2.11. Welche Leistungsausschlüsse gelten?

Der Versicherungsschutz umfasst nicht Unfälle und sonstige Schadenereignisse

1. die bei der Ausübung nachstehender Sportarten und Freizeitaktivitäten entstehen:
 - Teilnahme an Sportwettkämpfen, für die der Besitz einer Sportlizenz vorgeschrieben ist.
 - Schneesport auf professioneller Basis. Das ist die Ausübung dieser Aktivitäten zur Erzielung des wesentlichen Einkommens für den Lebensunterhalt.
 - Ausübung von anderen Schneesportarten als Skifahren und Snowboarden (z.B.: Bobfahren, Rodeln, Skeleton und Eishockey. Diese Aufzählung ist nicht abschließend).
 - Motorsport (zu Land oder in der Luft), Drachenfliegen, Gleitschirmfliegen
2. die bei der Ausübung von Schneesport oder Skitouren außerhalb einer Skipiste oder auf gesperrten Skipisten oder in gesperrten Abschnitten einer Skipiste entstehen.
3. die bei der Ausübung von Schneesport oder Skitouren außerhalb der Öffnungszeiten einer Skipiste entstehen.
4. die dadurch entstehen, dass die versicherte Person eine Lawine oder eine Schneebrettlawine auslöst.
5. Weiters nicht versichert sind:
 - Thermalkuren, deren Folgen und die sich daraus ergebenden Kosten;
 - Kosten, die aufgrund einer ästhetischen Behandlung entstehen, die in keinem ursächlichen Zusammenhang mit einem bei der Ausübung von Schneesport ereigneten Unfall stehen;
 - die Kosten für einen Krankenhausaufenthalt infolge eines Selbstmordversuchs oder einer von der versicherten Person absichtlich herbeigeführten Verletzung;
 - die Kosten für Kontroll- und Beobachtungsuntersuchungen;
6. die die versicherte Person infolge einer Bewusstseinsstörung oder wesentlichen Beeinträchtigung ihrer psychischen Leistungsfähigkeit durch Alkohol, Suchtgifte oder Medikamente erleidet. Unter Bewusstseinsstörung fallen alle erheblichen Störungen der Aufnahme- und Reaktionsfähigkeit, die auf Alkohol, Suchtmitteln oder Medikamenten, die das Bewusstsein beeinträchtigen, beruhen, welche die versicherte Person außerstande setzen, den Sicherheitsanforderungen ihrer Umwelt zu genügen und einen Grad erreicht haben, beim sie die Gefahrenlage nicht mehr beherrschen kann.
7. die beim Versuch oder der Begehung gerichtlich strafbarer Handlungen durch die versicherte Person entstehen, für die Vorsatz Tatbestandsmerkmal ist. Dies gilt insbesondere für strafbare Handlungen im Zusammenhang mit terroristischen Anschlägen oder politischen Unruhen.
8. Die Folgen von infektiösen Risikosituationen im Rahmen von Epidemien, die Exposition gegenüber infektiösen biologischen Agenzien, die Exposition gegenüber chemischen Agenzien wie Kampfgasen, die Exposition gegenüber kampfunfähig machenden Agenzien, die Exposition gegenüber persistenten Nervenkampfstoffen, die einer Überwachung im Rahmen von Quarantäne- oder Präventivmaßnahmen oder einer spezifischen Überwachung durch die internationalen Gesundheitsbehörden und/oder die lokalen Gesundheitsbehörden des Landes, in dem sich die versicherte Person aufhält, und/oder seines Herkunftslandes unterliegen,
9. die außerhalb des Versicherungszeitraums eintreten.
10. Geplante Krankenhausaufenthalte und Gesundheitsschäden, die während des Versicherungszeitraums durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person entstehen, sowie daraus resultierende Kosten.
11. Kein Versicherungsschutz besteht, sofern ein Betreiber eines Skigebiets oder eine sonstige dritte Person Erstattungen oder Entschädigungen gewährt.
12. 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 Bundesrepublik Deutschland entgegenstehen. Dies gilt auch für Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Vereinten Nationen, der Vereinigten Staaten von Amerika oder anderer Länder, soweit dem nicht europäische oder österreichische Rechtsvorschriften entgegenstehen.

2.12. Welche Obliegenheiten hat die versicherte Person bei Eintritt des Versicherungsfalls?

WICHTIG: Die versicherte Person treffen gewisse Obliegenheiten (Mitwirkungspflichten). Als Obliegenheiten, deren Verletzung die Leistungsfreiheit des Versicherers gemäß den Voraussetzungen und Begrenzungen des § 28 II VVG, im Falle der Verletzung der Schadenminderungspflicht gemäß § 82 VVG, bewirkt, werden bestimmt:

1. Der Versicherer bzw. call us Assistance International GmbH (siehe Punkt 1.2.) ist unverzüglich, längstens innerhalb von 28 Tagen ab Kenntnis, zu informieren. Insbesondere sind anzuzeigen:
 - 1.1. ein Unfall,
 - 1.2. die Geltendmachung von Schadenersatzansprüchen,
 - 1.3. alle Maßnahmen Dritter zur gerichtlichen Durchsetzung von Schadenersatzforderungen.
 Zu Erklärungen in Textform siehe Ziff. 2.13.
2. Ein Todesfall ist dem Versicherer innerhalb von 28 Tagen ab Kenntnis anzuzeigen und zwar auch dann, wenn der Unfall bereits gemeldet ist.
3. Die versicherte Person ist verpflichtet, bei Eintritt des Versicherungsfalles nach Möglichkeit für die Abwendung und Minderung des Schadens zu sorgen und dabei die Weisungen des Versicherers zu befolgen; sie hat, wenn die Umstände es gestatten, solche Weisungen einzuholen.
4. Nach dem Unfall ist unverzüglich der örtliche medizinische Rettungsdienst zu kontaktieren, ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen und die ärztliche Behandlung bis zum Abschluss des Heilverfahrens fortzusetzen. Ebenso ist für eine angemessene Krankenpflege und nach Möglichkeit für die Abwendung und Minderung der Unfallfolgen zu sorgen.
5. Die versicherte Person ist verpflichtet, auf ihre (versicherte Person) Kosten dem Versicherer unverzüglich jede

verlangte Auskunft in Textform zu erteilen, Belege (z.B. Sterbeurkunde, Wohnsitznachweis, Ausgabenbeleg im Original, etc.) zu übermitteln und nach Möglichkeit zur Feststellung des Sachverhalts, des Versicherungsfalls und des Umfangs der Leistungspflicht beizutragen.

6. Der Versicherer kann verlangen, dass sich die versicherte Person durch die vom Versicherer bezeichneten Ärzte untersuchen lässt. Die Kosten für vom Versicherer veranlasste Untersuchungen trägt der Versicherer.
7. Sollte der Unfall durch einen Dritten verursacht worden sein, ist die versicherte Person verpflichtet, den Unfall bei der nächsten Polizeistation anzuzeigen und dem Versicherer eine Kopie des Polizeiberichts sowie Adresse und Aktenzeichen der ermittelnden Staatsanwaltschaft zu übermitteln. Der Unfall ist durch einen Dritten verursacht, wenn der Dritte (eine andere Person) maßgeblich für den Unfall (mit)verantwortlich ist.

WICHTIG: Verletzt die versicherte Person eine dieser Mitwirkungspflichten vorsätzlich, kann der Versicherer die Versicherungsleistung verweigern. Verletzt die versicherte Person eine Pflicht grob fahrlässig, kann der Versicherer die Leistung kürzen. Der Umfang der Kürzung muss der Schwere des Verschuldens entsprechen. Die versicherte Person muss beweisen, dass sie nicht grob fahrlässig gehandelt hat.

Falls die versicherte Person nachweist, dass die Verletzung der Pflicht keinen Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers hat, gilt Folgendes: Der Versicherer muss die Versicherungsleistung erbringen. Dies gilt allerdings nicht, wenn die versicherte Person arglistig gehandelt hat.

2.13. Was müssen Sie bei Mitteilungen zum Versicherungsvertrag beachten?

Für alle Mitteilungen und Erklärungen sowie Anzeigen an den Versicherer bzw. call us Assistance International GmbH (siehe Punkt 1.2.) ist die Textform erforderlich, soweit und sofern nicht die Schriftform gesetzlich verlangt oder ausdrücklich und mit gesonderter Erklärung vereinbart wurde. Der Textform wird durch Zugang eines Textes in Schriftzeichen entsprochen, aus dem die Person des Erklärenden hervorgeht (z. B. Brief, Telefax oder E-Mail). Schriftform bedeutet, dass dem Erklärungsempfänger das Original der Erklärung mit eigenhändiger Unterschrift oder einer qualifizierten elektronischen Signatur zugeht.

Für den Versicherer bestimmte Mitteilungen, Erklärungen sowie Anzeigen sind zu richten und werden wirksam mit der Zustellung an:

call us Assistance International GmbH

STRASSE: Waschhausgasse 2

ORT: 1020 Wien

Telefon: +43 1 31670 833

E-Mail: starjack@call-us.at (für alle Versicherungsansprüche mit Ausnahme der medizinischen Ansprüche), pl@call-us.com (nur für medizinische Ansprüche)

Servicezeiten: Assistance & Schadenmeldung durch Online-Formular und E-Mail – rund um die Uhr (24/7), Schadenbearbeitung - Mo-Fr, 8:00-17:00 (außer offiziellen Österreichischen Feiertagen).

2.14. Subsidiarität

Die Versicherungsleistungen sind subsidiär. Sie werden daher nur erbracht, soweit nicht aus anderen bestehenden Versicherungen oder von sonstigen Dritten Ersatz verlangt werden kann. Die versicherte Person ist verpflichtet, bei Eintritt des Versicherungsfalls alle anderen in Frage kommenden Versicherungen in Anspruch zu nehmen und den Versicherer über deren Bestehen zu informieren. Die Leistungspflicht des Versicherers unter diesem Vertrag besteht nur, wenn und insoweit der andere Versicherer für den Schaden nicht leistet.

Die Subsidiarität gilt nicht für den Erhalt von folgenden Versicherungsleistungen:

- Kosten-Rückerstattung für den Skipass-, Skikurs- oder das Skilehrertraining
- Unfall-Come-Back-Gutschein
- Unfalltod-Schutz
- Unfall-Invaliditätsversicherung ab 70%

2.15. Änderungen von Namen und Adressen immer sofort mitteilen

Namen und Adressen sowie Kontoverbindungen können sich ändern: Der Versicherungsnehmer hat diese Änderungen sofort der call us Assistance International GmbH mitzuteilen:

STRASSE: Waschhausgasse 2

ORT: 1020 Wien

Telefon: +43 1 31670 833

E-Mail: starjack@call-us.at

Solange die versicherte Person die Änderung ihrer Anschrift dem Versicherer nicht bekannt gibt und der Versicherer keine Kenntnis von der neuen Anschrift der versicherten Person hat, gelten Erklärungen des Versicherers an die ihm von der versicherten Person

zuletzt bekannt gegebene Anschrift als in jenem Zeitpunkt zugegangen, in welchem sie ohne Änderung der Anschrift bei regelmäßiger Beförderung der versicherten Person zugegangen wären.

2.16. Welches Recht und welche Sprache finden Anwendung?

2.16.1 Für das Versicherungsverhältnis gilt deutsches Recht.

2.16.2 Alle Informationen werden in deutscher Sprache erteilt. Auch während der Laufzeit des Vertrags erfolgt die Korrespondenz und Kommunikation mit Ihnen ausschließlich in deutscher Sprache.

3. Besondere Versicherungsbedingungen

Ergänzend zu den Allgemeinen Bedingungen gelten die folgenden besonderen Versicherungsbedingungen.

Abschnitt 1: Kosten-Rückerstattung für den Skipass-, Skikurs- oder das Skilehrertraining

Was ist versichert?

Versichert sind die Kosten für die ungenutzten Tage des von Starjack oder seinen Vertragspartnern auf den Namen der versicherten Person ausgestellten Skipasses sowie des über Starjack oder seine Vertragspartner auf den Namen der versicherten Person gebuchten Skikurses oder Skilehrertrainings. Der Versicherer erstattet nach Maßgabe der Versicherungsbedingungen bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme die Kosten für die **nicht genutzten Tage** des Skipasses, des Skikurses und des Skilehrertrainings, wenn die versicherte Person während des Versicherungszeitraums bei der Ausübung von Schneesport auf einer Skipiste einen Unfall erleidet, der ursächlich zu einer Sportunfähigkeit führt, die das Ausüben von Schneesport für die restlichen Tage des Skipasses, des Skikurses und des Skilehrertrainings unmöglich macht.

Wie wird die Höhe der Leistungen berechnet?

Die Höhe der Leistung für die Erstattung des Skipasses wird auf der Grundlage der nicht genutzten Tage des Skipasses berechnet (ab dem Tag nach dem Unfall). Die Höhe der Leistung für die Erstattung von Skikursen oder Skilehrertrainings wird auf der Grundlage der nicht genutzten und nicht erstattungsfähigen Skikurs- bzw. Skilehrerkosten (ab dem Tag nach dem Unfall) berechnet.

Für Safety+ beträgt die Versicherungsleistung max. 300 €.

Für Refund+ beträgt die Versicherungsleistung max. 1000 €, abzüglich des Selbstbehalts in Höhe von 100 €.

Welche Pflichten obliegen der versicherten Person?

Zusätzlich zu den unter **Ziff. 2.12. der allgemeinen Versicherungsbedingungen** bestimmten Obliegenheiten werden als weitere Obliegenheiten, deren Verletzung die Leistungsfreiheit des Versicherers gemäß den Voraussetzungen und Begrenzungen des § 28 II VVG bewirkt, bestimmt:

- Die versicherte Person ist verpflichtet, dem Versicherer ein ausführliches ärztliches Attest, das von einem während des Aufenthalts vor Ort konsultierten Arzt ausgestellt wurde, zu übermitteln. In diesem Attest sind (i) Ort, Datum und Zeitpunkt des Unfalls, (ii) die Art der Verletzung und die (iii) Mindestdauer der Unfähigkeit, Schneesport auszuüben, anzugeben.
- Die versicherte Person ist verpflichtet, dem Versicherer die Rechnungen über die Kosten für den Skipass, Skikurs oder das Skilehrertraining zu übermitteln.

Abschnitt 2: Come-Back-Gutschein (nur für SAFETY+)

Was ist versichert?

Wenn die versicherte Person infolge eines bei der Ausübung von Schneesport auf einer Skipiste während der Versicherungsdauer erlittenen Unfalls mehr als 24 Stunden durchgehend im Krankenhaus behandelt werden muss, erhält sie vom Versicherer einen Gutschein in Höhe von 100 €. Der Gutschein ist an die Plattform von Starjack gebunden. Der Gutschein muss von der versicherten Person aktiviert werden. Dafür erhält sie einen Gutscheincode. Die versicherte Person kann den Gutschein zum Erwerb eines **Skipasses** für ein von ihr ausgesuchtes Skigebiet, auf der Plattform von Starjack einlösen. Voraussetzung für den Erhalt des Gutscheins ist die Unfähigkeit infolge des Unfalls, während des Versicherungszeitraums Schneesport ausüben zu können.

Welche Voraussetzungen gibt es zur Nutzung des Gutscheins?

Der Gutscheincode ist innerhalb von drei Jahren nach Erhalt einzulösen, ansonsten verliert er seine Gültigkeit. Der Gutschein kann nur einmal verwendet werden (nicht teilbarer Gutschein) und ist nicht in Bargeld umwandelbar. Der Gutschein ist nicht erstattungsfähig, nicht übertragbar und nicht umtauschbar.

Welche Pflichten obliegen der versicherten Person?

Zusätzlich zu den unter **Ziff. 2.12. der allgemeinen Versicherungsbedingungen** bestimmten Obliegenheiten wird als weitere Obliegenheit, deren Verletzung die Leistungsfreiheit des Versicherers gemäß den Voraussetzungen und Begrenzungen des § 28 II

VVG bewirkt, bestimmt:

- Die versicherte Person ist verpflichtet, dem Versicherer ein ausführliches ärztliches Attest, das von einem während des Aufenthalts vor Ort konsultierten Arzt ausgestellt wurde, zu übermitteln. In diesem Attest sind (i) Ort, Datum und Zeitpunkt des Unfalls, (ii) die Art der Verletzung, (iii) die Dauer des Krankenhausaufenthalts und die (iv) Mindestdauer der Unfähigkeit, Schneesport auszuüben, anzugeben.

Welche spezifischen Ausschlüsse gibt es?

Zusätzlich zu den Ausschlüssen gemäß Ziffer 2.11. der allgemeinen Versicherungsbedingungen erhält die versicherte Person keinen Gutschein, wenn der Krankenhausaufenthalt aufgrund eines Knochenbruchs stattfindet. In diesem Fall erhält die versicherte Person - nach Maßgabe der Versicherungsbedingungen - die Unfallschutz-Fraktur-Leistung (Abschnitt 6.).

Abschnitt 3: Unfalltod-Schutz (nur für SAFETY+)

Was ist versichert? Stirbt die versicherte Person innerhalb eines Jahres, vom Unfalltag an gerechnet, als Folge eines bei der Ausübung von Schneesport auf einer Skipiste während des Versicherungszeitraums erlittenen Unfalls, wobei der Unfall allein und unabhängig von anderen Faktoren zum Tod geführt haben muss, wird die für den Todesfall vereinbarte Summe von 25.000 € nach Maßgabe der Versicherungsbedingungen an den/die Erben der versicherten Person gezahlt.

Welche Pflichten gibt es?

Zusätzlich zu den unter Ziff. 2.12. der allgemeinen Versicherungsbedingungen bestimmten Obliegenheiten wird als weitere Obliegenheit, deren Verletzung die Leistungsfreiheit des Versicherers gemäß den Voraussetzungen und Begrenzungen des § 28 II VVG bewirkt, bestimmt:

- Dem Versicherer ist eine Sterbeurkunde zum Nachweis des Ablebens der versicherten Person, der Erbschein zum Nachweis der Erbschaft sowie ausführliches ärztliches Attest, zu übermitteln. In diesem Attest sind (i) Ort, Datum und Zeitpunkt des Unfalls, (ii) die Art der Verletzung und medizinische Todesursache und (iii) der Zeitpunkt des Todes der versicherten Person anzugeben.

Welche spezifischen Ausschlüsse gibt es?

Zusätzlich zu den Ausschlüssen gemäß Ziffer 2.11. der allgemeinen Versicherungsbedingungen besteht kein Versicherungsschutz, sofern die versicherte Person infolge selbst zugefügter Verletzungen oder Verstümmelungen, Selbstmord oder Selbstmordversuche, chronischen Alkoholismus sowie mit dem Alkoholmissbrauch in ursächlichen Zusammenhang stehenden Begleitererscheinungen stirbt.

Abschnitt 4: Unfall-Ablebensschutz mit Rückführung des Verstorbenen (nur für SAFETY+)

Was ist versichert?

Versichert sind die Kosten für den Leichentransport im Todesfall der versicherten Person. Voraussetzung für den Leistungsfall ist, dass die versicherte Person während des Versicherungszeitraums als Folge eines bei der Ausübung von Schneesport auf einer Skipiste während des Versicherungszeitraums erlittenen Unfalls stirbt.

Wie hoch ist die Versicherungssumme?

Wir organisieren die Rückführung des Leichnams bis zum Ort der Beerdigung am Wohnsitz der versicherten Person und übernehmen die dafür anfallenden Kosten bis max. 1500 €. In diesem Rahmen übernehmen wir folgende Leistungen:

- Die Kosten für den Transport des Leichnams oder der Überreste des Leichnams,
- Kosten im Zusammenhang mit der von der geltenden Gesetzgebung vorgeschriebenen Konservierung,
- Die Kosten, die unmittelbar für den Transport des Leichnams oder der Überreste des Leichnams erforderlich sind (Handhabung, transportspezifische Einrichtungen, Verpackung) bis zu dem in der Tariflichen Leistungszusage genannten Betrag.

Welche Pflichten gibt es?

Zusätzlich zu den unter Ziff. 2.12. der allgemeinen Versicherungsbedingungen bestimmten Obliegenheiten wird als weitere Obliegenheit, deren Verletzung die Leistungsfreiheit des Versicherers gemäß den Voraussetzungen und Begrenzungen des § 28 II VVG bewirkt, bestimmt:

Die Leistung wird nach Erhalt der Sterbeurkunde, medizinischer Unterlagen, und Rechnungen nach Prüfung der Todesursache ausgezahlt.

Welche spezifischen Ausschlüsse gibt es?

Zusätzlich zu den Ausschlüssen gemäß Ziffer 2.11. der allgemeinen Versicherungsbedingungen besteht kein Versicherungsschutz für die Kosten für Zeremonien sowie für etwaige Beerdigungskosten.

Abschnitt 5: Unfall-Invaliditätsversicherung ab 70% (nur für SAFETY+)

Was ist versichert?

Führt ein Unfall bei der Ausübung von Schneesport auf einer Skipiste während der Gültigkeit der Safety+ Versicherung allein und unabhängig von anderen Faktoren zu einer dauernden Invalidität der versicherten Person von mindestens 70 %, zahlt der Versicherer nach Maßgabe der Versicherungsbedingungen einen einmaligen Pauschalbetrag von 50 000 €. Für Invaliditätsgrade unter 70% wird keine Versicherungsleistung erbracht.

Für die nachstehenden Körperteile und Sinnesorgane gelten folgende Invaliditätsgrade:	
Bei vollständigem Verlust oder vollständiger Funktionsunfähigkeit von einem/einer	Invaliditätsgrad
Arm	70 %
Arm oberhalb des Ellbogengelenks	65%
Arm unterhalb des Ellbogengelenks	60 %
Hand	55%
Daumen	20%
Zeigefinger	10 %
anderen Finger	5 %
Bein oberhalb der Mitte des Oberschenkels	70%
Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	60%
Bein unterhalb des Knies	50%
Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	45%
Fuß	40%
großen Zehe	5%
anderen Zehe	2%
Auge	50%
Gehör eines Ohres	30%
dem Geruchssinn	10%
dem Geschmackssinn	5%

Bei Teilverlust oder Funktionsbeeinträchtigung gilt der entsprechende Teil des jeweiligen Prozentsatzes.

Für andere Körperteile und Sinnesorgane bemisst sich der Invaliditätsgrad prozentuell vom ganzen Körper danach, inwieweit die normale körperliche oder geistige Funktionsfähigkeit insgesamt beeinträchtigt ist. Dabei sind ausschließlich medizinische

Gesichtspunkte zu berücksichtigen.

Ist die Funktion mehrerer Körperteile oder Sinnesorgane durch den Unfall beeinträchtigt, werden die nach den vorstehenden Bestimmungen ermittelten Invaliditätsgrade zusammengerechnet.

Der maßgebliche Prozentsatz des Invaliditätsgrads für eine Leistungspflicht ergibt sich erst nach Anwendung der Bestimmung über die sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes gemäß Ziff. 2, Punkt 2.10.

Es besteht kein Anspruch auf die Invaliditätsleistung, wenn die versicherte Person innerhalb eines Jahres nach dem Unfall unfallbedingt stirbt (in diesem Fall hat der Anspruchsberechtigte Anspruch auf eine Todesfallgarantie).

Im ersten Jahr nach dem Unfall wird die Invaliditätsleistung vom Versicherer nur erbracht, wenn Art und Umfang der Unfallfolgen aus ärztlicher Sicht eindeutig feststehen und mit hoher Wahrscheinlichkeit auszuschließen ist, dass die versicherte Person innerhalb eines Jahres nach dem Unfall durch die Unfallfolgen verstirbt. Diese Leistung ist mit der im Versicherungsvertrag vereinbarten Versicherungssumme für den Todesfall begrenzt.

Steht der Grad der dauernden Invalidität nicht eindeutig fest, sind sowohl die versicherte Person als auch der Versicherer berechtigt, den Invaliditätsgrad jährlich bis vier Jahre ab dem Unfalltag ärztlich neu bemessen zu lassen.

Die dauernde Invalidität muss

- **innerhalb eines Jahres** nach dem Unfall eingetreten sein und
- innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall durch einen ärztlichen Befundbericht festgestellt und beim Versicherer mittels des hierfür vom Versicherer zur Verfügung gestellten Leistungsantrags geltend gemacht werden. Im ärztlichen Befundbericht müssen Art und Umfang der Gesundheitsschädigung und die Invalidität von mindestens 70% festgestellt sein. Der Befundbericht ist dem Versicherer vorzulegen.

Wird die dauernde Invalidität nicht innerhalb der genannten 15 Monate beim Versicherer geltend gemacht, erlischt ein allfälliger Leistungsanspruch der versicherten Person.

Die mit dem Befundbericht verbundenen Kosten einschließlich der Kosten zur Erstellung des Befundberichts erforderlichen Untersuchungen trägt die versicherte Person.

Welche spezifische Ausschlüsse gibt es?

Zusätzlich zu den Ausschlüssen gemäß **Ziffer 2.11. der allgemeinen Versicherungsbedingungen** besteht kein Versicherungsschutz, sofern die Invalidität der versicherten Person infolge selbst zugefügter Verletzungen oder Verstümmelungen, Selbstmord oder Selbstmordversuche, chronischen Alkoholismus sowie mit dem Alkoholmissbrauch in ursächlichen Zusammenhang stehenden Begleiterscheinungen eintritt.

Abschnitt 6: Unfallschutz bei Frakturen (nur für SAFETY+)

Was ist versichert?

Wenn die versicherte Person wegen eines infolge eines bei der Ausübung von Schneesport auf einer Skipiste erlittenen Unfalls während des Versicherungszeitraums erlittenen Knochenbruchs, der die Ausübung von Schneesport für die verbleibenden Tage der Gültigkeit des Skipasses unmöglich macht, behandelt werden muss, leistet der Versicherer nach Maßgabe der Versicherungsbedingungen die vereinbarte Versicherungssumme in Höhe von 500 €.

Welche Pflichten gibt es?

Zusätzlich zu den unter **Ziff. 2.12. der allgemeinen Versicherungsbedingungen** bestimmten Obliegenheiten wird als weitere Obliegenheit, deren Verletzung die Leistungsfreiheit des Versicherers gemäß den Voraussetzungen und Begrenzungen des § 28 II VVG bewirkt, bestimmt:

- Die versicherte Person ist verpflichtet, dem Versicherer ein ausführliches ärztliches Attest, zu übermitteln. In diesem Attest sind (i) Ort, Datum und Zeitpunkt des Unfalls, (ii) die Art der Verletzung und (iii) die Mindestdauer der Unfähigkeit, Schneesport auszuüben, anzugeben.

Welche spezifischen Ausschlüsse gibt es?

Zusätzlich zu den Ausschlüssen gemäß **Ziffer 2.11. der allgemeinen Versicherungsbedingungen** besteht kein Versicherungsschutz im Falle einer Fraktur der Handgelenke, der Finger und der Zehen.

Abschnitt 7: Rettungs- und Bergungsschutz mit Assistance (nur für SAFETY+)

Was ist versichert?

Nach einem versicherten Unfall während des Versicherungszeitraums bietet der Versicherer die folgenden Leistungen bis max. 10.000 €:

- Rettung auf den Skipisten: Der Versicherer übernimmt die erforderlichen Kosten der Pistenrettung, die von den Pistenrettungsdiensten organisiert werden.
- Die Kosten für den ersten Transport der versicherten Person innerhalb von 48 Stunden nach dem Unfall zum nächstgelegenen medizinischen Zentrum in einem Umkreis von 150 km und anschließend von der Betreuungseinrichtung zum Wohnort der versicherten Person.
- Wenn die versicherte Person von einem Arzt für reisefähig erklärt wird, erstattet der Versicherer gemäß dem Gutachten ihrer Ärzte die Kosten für die Organisation des ärztlich notwendigen und durchführbaren Rücktransports nach Hause oder den Transport zu einem Krankenhaus in der Nähe des Wohnorts der versicherten Person. Soweit medizinische Gründe nicht entgegenstehen, ist das jeweils kostengünstigste Transportmittel zu wählen.

Welche Pflichten gibt es?

Zusätzlich zu den unter Ziff. 2.12. der allgemeinen Versicherungsbedingungen bestimmten Obliegenheiten wird als weitere Obliegenheit, deren Verletzung die Leistungsfreiheit des Versicherers gemäß den Voraussetzungen und Begrenzungen des § 28 II VVG bewirkt, bestimmt:

Die versicherte Person ist verpflichtet, dem Versicherer ein ausführliches ärztliches Attest, zu übermitteln. In diesem Attest sind (i) Ort, Datum und Zeitpunkt des Unfalls, (ii) die Art der Verletzung und (iii) die Mindestdauer der Unfähigkeit, Schneesport auszuüben, anzugeben. Außerdem ist die versicherte Person verpflichtet, dem Versicherer die Kosten, durch die Vorlage der entsprechenden Rechnungen nachzuweisen.

Abschnitt 8: Privathaftpflichtversicherung (nur für SAFETY+)

Was ist versichert?

Der Versicherungsfall ist ein Schadenereignis, das dem versicherten Risiko entspringt und aus welchem der versicherten Person Schadenersatzverpflichtungen erwachsen oder erwachsen könnten. Versicherungsschutz besteht nach Maßgabe des Deckungsumfangs dieser Bedingungen für Schadenersatzverpflichtungen der versicherten Person als Privatperson aus der Ausübung von Schneesport (versichertes Risiko).

Der Versicherer gewährt der versicherten Person Versicherungsschutz für ein während der Wirksamkeit der Versicherung bei der Ausübung von Schneesport eingetretenes Schadenereignis, das den Tod, die Verletzung oder Gesundheitsschädigung eines Dritten (Personenschaden) oder die Beschädigung oder Zerstörung von Sachen (Sachschaden) zur Folge hatte.

Dem Dritten steht kein Direktanspruch gegen den Versicherer zu.

Der Versicherer übernimmt im Versicherungsfall:

- die Erfüllung von Schadenersatzverpflichtungen, die der versicherten Person wegen eines Personenschadens oder eines Sachschadens auf Grund gesetzlicher Haftpflichtbestimmungen privatrechtlichen Inhalts erwachsen (in der Folge kurz „Schadenersatzverpflichtungen“) bis max. 500.000 €.
- die Kosten der Feststellung und Abwehr einer von einem Dritten behaupteten Schadenersatzverpflichtung bis max 5.000 €. Davon sind nur folgende Kosten erfasst:
 - Kosten der anwaltlichen Vertretung und Beratung der versicherten Person (außergerichtlich und gerichtlich).
 - Kosten eines vom Gericht im Haftpflichtverfahren gegen die versicherte Person bestellten Sachverständigen.
 - Kosten eines Gerichtsprozesses (Gerichtsgebühren) und allenfalls von der versicherten Person an den Gegner im Haftpflichtverfahren zu leistender Kostenersatz (gegnerische Rechtsanwaltskosten), sofern die versicherte Person in dem Prozess unterliegen sollte.

Alle diese Kosten werden auf die Versicherungssumme angerechnet.

Die vereinbarte Versicherungssumme stellt die Höchstleistung des Versicherers dar. Ist eine Pauschalsumme vereinbart, so gilt diese für Personen- und Sachschäden, die auf einen versicherten Personen- oder Sachschaden zurückzuführen sind, zusammen.

Für alle Versicherungsfälle während der Wirksamkeit der Versicherung steht die vereinbarte Versicherungssumme nur einmal zur Verfügung.

Falls die vom Versicherer verlangte Erledigung einer Schadenersatzverpflichtung durch Anerkenntnis, Befriedigung oder Vergleich am Widerstand der versicherten Person scheitert und der Versicherer mittels eingeschriebenem Briefes die Erklärung abgibt, seinen vertragsmäßigen Anteil an Entschädigung und Kosten zur Befriedigung des Geschädigten zur Verfügung zu halten, hat der Versicherer für den von der erwähnten Erklärung an entstehenden Mehraufwand an Hauptsache, Zinsen und Kosten nicht aufzukommen.

Wann gilt die Versicherung (zeitlicher Geltungsbereich)?

Die Versicherung erstreckt sich auf Versicherungsfälle bei der Ausübung von Schneesport, die während des Versicherungszeitraums eingetreten sind.

Welche Verpflichtungen obliegen der versicherten Person?

Zusätzlich zu den unter Ziff. 2.12. der allgemeinen Versicherungsbedingungen bestimmten Obliegenheiten werden als weitere Obliegenheiten, deren Verletzung die Leistungsfreiheit des Versicherers gemäß den Voraussetzungen und Begrenzungen des § 28 II VVG bewirkt, bestimmt:

- Im Prozessfall wählt der Versicherer den Anwalt aus, der die versicherte Person vertritt.
- Die versicherte Person ist nicht berechtigt, sich ohne vorherige Zustimmung des Versicherers einen

Schadenersatzanspruch ganz oder teilweise anzuerkennen oder zu vergleichen, es sei denn, die versicherte Person konnte die Anerkennung oder den Vergleich nach ohne offenbare Unbilligkeit verweigern.

Welche spezifische Ausschlüsse gibt es?

Zusätzlich zu den Ausschlüssen gemäß Ziffer 2.11. der allgemeinen Versicherungsbedingungen besteht kein

Versicherungsschutz für Haftpflichtansprüche:

- aus Schäden, die von der versicherten Person vorsätzlich herbeigeführt wurden;
- aus Schäden, die durch Tiere verursacht werden, unabhängig davon, ob die versicherte Person Eigentümer oder Halter des Tieres war;
- wegen Schäden an fremden Sachen, die die versicherte Person selbst gemietet, gepachtet, geliehen oder durch unerlaubte Handlungen erlangt hat oder die ihr überlassen wurden;
- aus Schäden jeglicher Art, die infolge oder während einer gewerblichen oder beruflichen Tätigkeit entstanden sind;
- von anderen Versicherungsnehmern oder versicherten Personen;
- von Familienangehörigen der versicherten Person, Verwandten in aufsteigender und absteigender Linie und etwaigen Begleitpersonen;
- für Kosten der Feststellung und Abwehr einer von einem Dritten behaupteten Schadenersatzverpflichtung, die schon entstanden sind, bevor die versicherte Person Kontakt zum Versicherer aufgenommen hat;
- für Zahlung von Geldbußen oder Strafen, die gegen die versicherte Person von einem Gericht verhängt wurden;
- aus Schäden an Gebäuden oder Gebäudeteilen oder durch Gebäude oder Gebäudeteile, unabhängig davon, ob sie sich im Eigentum oder Besitz der versicherten Person befinden oder von ihr gemietet wurden.

4. Datenschutzrechtliche Erstinformation Ihrer Versicherer

Mit diesen Hinweisen informieren wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch uns, die SOGESSUR S.A. Deutsche Niederlassung, und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte. Wir bitten Sie darum, diese Erstinformationen an die versicherten Personen weiterzugeben.

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung:

SOGESSUR S.A. Deutsche Niederlassung
Fuhlsbüttler Straße 437
22309 Hamburg
Telefon: +49 (40) 64603-140
Fax: +49 (40) 271 656-195
E-Mail-Adresse: vertragsservice@socgen.com

Unseren Datenschutzbeauftragten erreichen Sie per Post unter der o.g. Adresse mit dem Zusatz - Datenschutzbeauftragter - oder per E-Mail unter: datenschutzversicherung@socgen.com

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), des österreichischen Datenschutzgesetzes (DSG) sowie der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des deutschen Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) und des österreichischen Versicherungsvertragsgesetzes (VersVG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze.

Welche personenbezogenen Daten verwenden wir?

Wir verwenden Ihre personenbezogenen Daten. Darunter fallen die von Ihnen im Versicherungsantrag angegebenen Daten (Antragsdaten), Vertragsdaten und Angaben Dritter (z.B. von Ärzten, Sachverständigen und Vermittlern), wie: Name, Polizzen-Nummer, Geburtsdatum, Adresse, E-Mail, Geschlecht, Gesundheitsdaten, Versicherungssumme, -dauer und -prämie, Bankverbindung und Inkassodaten.

Im Versicherungsfall ermitteln und verarbeiten wir zusätzlich Ihre Angaben zum Sachverhalt, die Leistungsdaten (Datum, Höhe der Leistung) und die sonstigen Informationen zum Schaden- bzw. Leistungsfall. Das können -soweit erforderlich- auch Angaben von Dritten sein, die mit der Feststellung des Schaden- und Leistungsfall beauftragt sind (Sachverständige), dazu Auskunft geben können (Behörde, Zeugen, etc.) oder im Zusammenhang mit der Schaden- und Leistungserbringung stehen (Ärzte, Krankenhäuser).

Wir erfassen nur die notwendigen Daten, das heißt, dass im Einzelfall auch mit weniger als den oben beschriebenen Daten das Auslangen gefunden werden kann.

Zwecke und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

Wir benötigen die von Ihnen hierbei gemachten Angaben zum Abschluss des Versicherungsvertrages und zur Einschätzung des von uns zu übernehmenden Risikos. Kommt das Versicherungsverhältnis zustande, verarbeiten wir diese Daten zur Durchführung des Versicherungsvertragsverhältnisses. Angaben zum Schaden benötigen wir etwa, um prüfen zu können, ob ein Versicherungsfall

eingetreten und wie hoch der Schaden ist.

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten gemäß Art 6 Abs 1 lit b DSGVO sowie Ihre besonderen Kategorien personenbezogener Daten (wie insbesondere Gesundheitsdaten) gemäß Art 9 Abs 2 lit g und h DSGVO daher zu folgenden Zwecken:

- zur Einschätzung des von uns zu übernehmenden Risikos
- zur Beurteilung, ob und zu welchen Bedingungen der Versicherungsvertrag abgeschlossen oder eine Vertragsänderung durchgeführt werden kann
- zur Erstellung eines Angebots und/oder Bearbeitung eines von Ihnen übermittelten Antrags
- zur Durchführung, Erfüllung (inkl Prämieninkasso) und Verwaltung eines aufrechten Versicherungsvertrags sowie zur Rechnungslegung, Schadensermittlung und Prüfung, ob Sie in Bezug auf Ihren Versicherungsvertrag Anspruch auf eine Versicherungsleistung haben
- zur Kundenbetreuung, zur Beratung hinsichtlich einer Vertragsanpassung, -ergänzung, für Kulanzentscheidungen oder für umfassende Auskunftserteilungen

Der Abschluss des Versicherungsvertrages bzw. die Durchführung des Versicherungsverhältnisses ist ohne die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht möglich. Die Angabe der hierfür notwendigen Daten ist gesetzlich nicht verpflichtend. Sofern Sie uns die notwendigen Daten jedoch nicht bekanntgeben, kann ein Versicherungsvertrag möglicherweise nicht abgeschlossen werden.

Sofern die Verarbeitung besonderer Kategorien personenbezogener Daten (z. B. Gesundheitsdaten) nicht zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen erforderlich ist (z. B. bei Ansprüchen des geschädigten Dritten in der Haftpflichtversicherung) erfolgt eine Verarbeitung solcher Daten ausschließlich im Einklang mit einer von Ihnen erteilten Einwilligung (Rechtsgrundlage: Art. 6 Abs 1 lit a und Art 9 DSGVO).

Weiters verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten gemäß Art 6 Abs 1 lit f DSGVO sowie - für statistische Zwecke - Ihre besonderen Kategorien personenbezogener Daten (wie insbesondere Gesundheitsdaten) gemäß Art 9 Abs 2 lit j DSGVO zu folgenden Zwecken:

- Erstellung von versicherungsspezifischen Statistiken (Beratung hinsichtlich Vertragsanpassung, Kundenbetreuung, Angebots- und Antragsbearbeitung, Vertragsverwaltung, Risikominimierung)
- zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs,
- zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten, insbesondere nutzen wir Datenanalysen zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmissbrauch hindeuten können,

Unser berechtigtes Interesse liegt dabei in der Verfolgung und Erfüllung der oben genannten Zwecke.

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen wie z. B. aufsichtsrechtlicher Vorgaben, handels- und steuerrechtlicher Aufbewahrungspflichten oder unserer Beratungspflicht. Als Rechtsgrundlage für die Verarbeitung dienen in diesem Fall die jeweiligen gesetzlichen Regelungen i. V. m. Art. 6 Abs. 1 c) DSGVO. Sollten wir Ihre personenbezogenen Daten für einen oben nicht genannten Zweck verarbeiten wollen, werden wir Sie im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen darüber zuvor informieren.

Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Rückversicherer:

Von uns übernommene Risiken versichern wir evtl. bei speziellen Versicherungsunternehmen (Rückversicherer). Dafür kann es erforderlich sein, Ihre Vertrags- und ggf. Schadendaten an einen Rückversicherer zu übermitteln, damit dieser sich ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann

Vermittler

Soweit Sie hinsichtlich Ihres Versicherungsverhältnisses von einem Vermittler betreut werden, verarbeitet Ihr Vermittler die zum Abschluss und zur Durchführung des Vertragsverhältnisses benötigten Beitritts-, Vertrags- und Schadendaten. Auch übermittelt unser Unternehmen diese Daten an die Sie betreuenden Vermittler, soweit diese die Informationen zu Ihrer Betreuung und Beratung in Ihren Versicherungs- und Finanzdienstleistungsangelegenheiten benötigen.

Datenverarbeitung in der Unternehmensgruppe

Spezialisierte Unternehmen bzw. Bereiche unserer Unternehmensgruppe nehmen bestimmte Datenverarbeitungsaufgaben für die in der Gruppe verbundenen Unternehmen zentral wahr. Soweit ein Versicherungsverhältnis zwischen Ihnen und einem oder mehreren Unternehmen unserer Gruppe besteht, können Ihre Daten etwa zur zentralen Verwaltung von Anschriftendaten, für den telefonischen Kundenservice, zur Vertrags- und Leistungsbearbeitung, für In- und Exkasso oder zur gemeinsamen Postbearbeitung zentral durch ein Unternehmen der Gruppe verarbeitet werden.

Externe Dienstleister

Wir bedienen uns zur Erfüllung unserer vertraglichen und gesetzlichen Pflichten zum Teil externer Dienstleister. Eine Auflistung

der von uns eingesetzten Auftragnehmer und Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, können Sie der Übersicht am Ende dieses Dokumentes entnehmen.

Übermittlung von Gesundheitsdaten

Soweit eine Übermittlung im konkreten Anlassfall erforderlich ist, werden Gesundheitsdaten gemäß Art. 9 Abs. 2 lit. a iVm Art. 7 DSGVO nur an folgende Empfänger übermittelt: Untersuchende oder behandelnde Ärzte und Krankenanstalten oder sonstige Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge, Rück- oder Mitversicherer oder andere Versicherer und Dienstleister, die bei der Abwicklung von Ansprüchen aus dem Versicherungsfall mitwirken, befugte Sachverständige oder gewillkürte oder gesetzliche Vertreter der Betroffenen oder Gerichte, Staatsanwaltschaften, Verwaltungsbehörden, Schlichtungsstellen oder sonstige Einrichtungen der Streitbeilegung und ihrer Organe einschließlich der von ihnen bestellten Sachverständigen.

Datenübermittlung in ein Drittland

Sollten wir personenbezogene Daten an Dienstleister außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraumes (EWR) übermitteln, erfolgt die Übermittlung nur, soweit dem Drittland durch die EU-Kommission ein angemessenes Datenschutzniveau bestätigt wurde oder andere angemessene Datenschutzgarantien (z.B. verbindliche unternehmensinterne Datenschutzvorschriften oder EU-Standardvertragsklauseln) vorhanden sind.

Dauer der Datenspeicherung

Wir löschen Ihre personenbezogenen Daten sobald sie für die oben genannten Zwecke nicht mehr erforderlich sind. Dabei kann es vorkommen, dass personenbezogene Daten für die Zeit aufbewahrt werden, in der Ansprüche gegen unser Unternehmen geltend gemacht werden können (gesetzliche Verjährungsfrist von drei oder bis zu dreißig Jahren). Zudem speichern wir Ihre personenbezogenen Daten, soweit wir dazu gesetzlich verpflichtet sind. Entsprechende Nachweis- und Aufbewahrungspflichten ergeben sich unter anderem aus dem Handelsgesetzbuch, der Abgabenordnung und dem Geldwäschegesetz. Die Speicherfristen betragen danach bis zu zehn Jahren.

Betroffenenrechte

Sie haben gegenüber uns folgende Rechte nach der DSGVO:

- Das Recht auf Auskunft nach Art 15 DSGVO betreffend die von uns verarbeiteten personenbezogenen Daten.
- Das Recht auf Berichtigung nach Art 16 DSGVO, das Recht auf Löschung nach Art 17 DSGVO und das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung nach Art 18 DSGVO.
- Das Recht auf Widerspruch nach Art 21 DSGVO.
- **Wenn Sie eine Einwilligung zur Verarbeitung von Daten erteilt haben, können Sie diese jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Vom Widerruf der Einwilligung bleibt die Rechtmäßigkeit der bis dahin erfolgten Datenverarbeitung unberührt.**
- Das Recht auf Datenübertragbarkeit nach Art 20 DSGVO.
- Das Beschwerderecht bei der zuständigen Datenschutzbehörde nach Art 77 DSGVO.

Beschwerderecht

Sie haben die Möglichkeit, sich mit einer Beschwerde an den oben genannten Datenschutzbeauftragten oder an eine Datenschutzaufsichtsbehörde zu wenden.

Automatisierte Einzelfallentscheidung

Auf Basis Ihrer Angaben zum Risiko, zu denen wir Sie bei Antragstellung befragen, entscheiden wir mitunter vollautomatisiert über das Zustandekommen des Vertrages, mögliche Risikoausschlüsse oder über die Höhe der von Ihnen zu zahlenden Versicherungsprämie.

Vollautomatisierte Entscheidungen (Rechtsgrundlage: Art. 22 DSGVO) beruhen auf vorher festgelegten Regeln zur Gewichtung der dazu eingeholten Informationen. So kann bei Antragstellung die Berechnung und Bewertung auf Basis versicherungsmathematischer Kriterien und Kalkulationen erfolgen.

Durch geeignete Maßnahmen stellen wir sicher, dass Sie Ihre Rechte auf Eingreifen einer Person, auf Darlegung des eigenen Standpunktes und auf Anfechtung der Entscheidung ausüben können.

Unternehmen/ Kategorie	Auftragsgegenstand / Funktion
------------------------	-------------------------------



Vermittler gem. § 34 d GewO	Vermittlung von Versicherungsprodukten
IT-Dienstleister	IT-Betreuung
Gutachter und Sachverständige	Erstellen von medizinischen Gutachten
Entsorgungsdienstleister	Dokumentenvernichtung
Rückversicherungsunternehmen	Monitoring
Bestandsverwaltung und Schadenbearbeitung	Postservice inkl. Zuordnung von Eingangspost; Bestandsverwaltung; Kontakt im Rahmen der Leistungsbearbeitung
Personaldienstleister	Unterstützung bei Personalangelegenheiten
Rechtsanwälte	Juristische Beratung und Vertretung
Steuerberater	Beratung in steuerlichen Angelegenheiten