

## Versicherungsbedingungen für Risikoversicherungen auf den Ablebens- und schweren Krankheitsfall

**Versicherungsnehmer** ist die Person, die den Versicherungsvertrag mit der Donau Allgemeine Versicherungs-Aktiengesellschaft abschließt.

**Versicherter** ist die Person, deren Leben versichert ist.

**Bezugsberechtigter** (Begünstigter) ist die Person, die für den Empfang der Leistung benannt ist.

**Versicherer** ist die Donau Allgemeine Versicherungs-Aktiengesellschaft (in der Folge kurz "DONAU" genannt).

### § 1a. Was ist bei der Antragstellung zu beachten?

(1) Als Versicherungsnehmer stellen Sie einen schriftlichen Antrag auf Abschluß eines Lebensversicherungsvertrages.

Darin müssen alle Tatsachen angegeben werden, die für die Übernahme des Risikos bedeutend sind.

(2) An diesen Antrag sind Sie sechs Wochen lang gebunden. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, an dem der Antrag bei einer unserer Verwaltungsstellen eingelangt ist.

(3) Vertragsgrundlagen sind die Versicherungsurkunde, der vereinbarte Tarif und die Versicherungsbedingungen. Soweit nichts Abweichendes vereinbart ist, gilt österreichisches Recht, insbesondere das Versicherungsvertragsgesetz.

### § 1b. Was ist versichert?

Die Versicherung wird fällig bei Eintritt des schweren Krankheitsfalls und der Versicherte anschließend noch mindestens 28 Tage überlebt, oder bei Ableben des Versicherten innerhalb der Versicherungsdauer.

Bei erstmaligem Entstehen des Anspruches auf Versicherungsleistung zahlen wir die vereinbarte Versicherungssumme, damit endet der gesamte Versicherungsvertrag.

Falls gleichzeitig mehrere Ansprüche entstehen, ist die Leistung mit der vereinbarten Versicherungssumme begrenzt.

### § 1c. Was gilt als schwerer Krankheitsfall?

#### (1) Herzinfarkt

Der Zerfall eines Teils der Herzmuskelzellen infolge unzureichender Blutzufuhr in dem betroffenen Bereich.

Die Diagnose muß auf den folgenden Kriterien basieren:

- Auftreten der typischen Brust-pectanginösen Schmerzen in der Anamnese und
- frische EKG-Veränderungen nach den üblichen Infarktkriterien und
- Erhöhung von herzmuskelspezifischen Enzymaktivitäten und typische Verlaufskontrolle.

Die Leistung erfolgt auch, wenn aufgrund frühzeitiger Diagnosenstellung eines Myokardinfarkts eine Lysetherapie oder Ballondilatation zu Revascularisation durchgeführt wird und die typische Verlaufskontrolle der herzmuskelspezifischen Enzyme dadurch nicht nachweisbar ist. Ausgeschlossen vom Versicherungsschutz sind stumme Herzinfarkte.

Der Anspruch auf die Versicherungsleistung entsteht mit der gesicherten Diagnose durch eine kardiologisch-internistische Fachklinik oder einen kardiologisch-internistischen Facharzt.

#### (2) Schlaganfall

Jeglicher zerebrovaskuläre Insult mit über mehr als 24 Stunden andauernden neurologischen Folgeerscheinungen einschließlich Hirninfarkt, Blutung und Embolie extrakraniellen Ursprungs. Der Nachweis einer permanenten neurologischen Schädigung, die auf dieses Ereignis zurückzuführen ist, muß durch einen Neurologen erbracht werden.

Der Anspruch auf die Versicherungsleistung entsteht mit der gesicherten Diagnose durch einen Facharzt für Neurologie. Als gesichert gilt eine Diagnose dann, wenn sie auf Befunden beruht, die frühestens 6 Wochen nach Auftreten der Erkrankung erhoben wurden.

Ausgeschlossen vom Versicherungsschutz sind:

- Zerebrale Symptome aufgrund von Migräne sowie zerebrale Schädigung als Folge von Traumen oder Hypoxie
- Gefäßkrankungen, die sowohl das Auge oder den Sehnerv betreffen sowie ischaemische Erkrankungen des vestibulären Systems.

#### (3) Krebs

Vorliegen eines histologisch nachgewiesenen malignen Tumors, der charakterisiert ist durch eigenständiges Wachstum, infiltrative Wachstumstendenz und Metastasierungstendenz. Unter den Begriff "Krebs" fallen auch die Tumorformen des Blutes, der blutbildenden Organe und des Lymphsystems, einschließlich Leukämie (außer chronische lymphatische Leukämie), Lymphome und Morbus Hodgkin.

Nicht versichert sind:

- Alle gutartigen Tumore
- Nicht invasive sehr frühe Tumorstadien; Carcinoma-in-situ, (einschließlich Zervixdysplasie CIN-1, CIN-2 und CIN 3) oder prae-maligne Formen
- Melanome von einer histologisch nachgewiesenen Dicke von weniger als 1,5 mm oder einer Eindringtiefe von weniger als Clark Level 3
- Alle Hyperkeratosen und Basalzellkarzinome der Haut,
- Plattenepithelkarzinome der Haut, es sei denn, es liegen Fernmetastasen vor,
- Kaposi-Sarkom und andere Tumore bei gleichzeitig bestehender HIV-Infektion oder AIDS-Erkrankung,
- Prostatakrebs der histologisch nachgewiesenen TNM-Klassifikation T1 (einschließlich T1 (a), T1 (b) oder einer anderen vergleichbaren oder niedrigeren Klassifikation)

Der Anspruch auf die Versicherungsleistung entsteht mit der gesicherten Diagnose durch eine Fachklinik oder einen Facharzt mit Histologie - mikroskopischer Gewebeuntersuchung - und die Zuordnung der Erkrankung zur internationalen Tumorklassifikation (TNM).

#### (4) Bypass-Operation der Koronararterien

Klinische Diagnose von Verengung oder Verschuß von Herzkranzgefäßen mit Indikation einer Bypass-Operation. Der Anspruch auf die Versicherungsleistung entsteht nach durchgeführter Operation, wobei mindestens 2 Bypässe gelegt werden müssen.

Ausgeschlossen vom Versicherungsschutz sind nicht chirurgische Verfahren wie Angioplastie, Laserbehandlung und andere nicht operative Verfahren.

## **(5) Chronisches Nierenversagen**

Dauerhaftes Versagen der Funktion beider Nieren (terminale Niereninsuffizienz) das eine Dialyse oder eine Nierentransplantation erfordert.

Der Anspruch auf die Versicherungsleistung entsteht, wenn die Notwendigkeit der Dialysebehandlung, durch einen nephrologischen Bericht nachgewiesen ist.

## **(6) Lähmung**

Durch Unfall oder Krankheit bedingte totale, dauernde Querschnittslähmung. Es muß eine dauernde, völlige Unterbrechung der Leitfähigkeit des Rückenmarks vorliegen, und der Zusammenhang mit dem schädigenden Ereignis muß zeitlich und ursächlich klar erkennbar sein.

Der Anspruch auf die Versicherungsleistung entsteht mit der gesicherten Diagnose durch einen Facharzt für Neurologie. Als gesichert gilt eine Diagnose dann, wenn sie auf Befunden beruht, die frühestens 3 Monate nach Beginn der Lähmung erhoben wurden.

## **(7) Multiple Sklerose**

Entmarkungskrankheit des Zentralnervensystems mit irreversiblen typischen neurologischen Ausfällen (multi- oder monofokal) und typischen Krankheitsherden, nachgewiesen durch entsprechende bildgebende Untersuchungstechniken (Computertomographie und Kernspintomographie), typischen Liquorbefund. Es müssen irreversible neurologische Ausfälle durch einen Neurologen dokumentiert sein.

Der Anspruch auf die Versicherungsleistung entsteht mit der gesicherten Diagnose durch einen Facharzt für Neurologie. Als gesichert gilt eine Diagnose dann, wenn sie auf Befunden beruht, die frühestens 12 Monate nach Auftreten der Erkrankung erhoben wurden.

## **(8) Blindheit**

Durch ein akutes Krankheitsgeschehen oder Unfall erworbener und klinisch nachgewiesener, vollständiger und irreversibler Verlust des Sehvermögens auf beiden Augen.

Der Anspruch auf die Versicherungsleistung entsteht, wenn die Blindheit durch einen ophthalmologischen Bericht nachgewiesen ist.

## **(9) Organtransplantation**

Durchgeführte Transplantation von Herz, (nur komplette Transplantation), Lunge, Leber, Bauchspeicheldrüse (ausgeschlossen ist die Transplantation der Langerhans' Inseln allein), Niere oder Knochenmark bei der versicherten Person (Organempfänger).

Als Herztransplantation gilt auch die Implantation eines künstlichen Herzens.

Der Anspruch auf die Versicherungsleistung entsteht nach erfolgter Organtransplantation.

Vor der Durchführung der Organtransplantation entsteht der Anspruch auf die Versicherungsleistung, wenn nachgewiesen wird, daß die versicherte Person

- in einer offiziell anerkannten Transplantations-Warteliste in Österreich aufgenommen wurde und
- eine Bestätigung durch einen entsprechenden Facharzt erbracht wird, daß die Erkrankung lebensbedrohlich ist und die Organtransplantation als bestmögliche Behandlungsweise in kürzester Zeit erfolgen muß.

## **(10) Vollständige Erwerbsunfähigkeit**

Vollständige Erwerbsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, dauerhaft und vollständig außerstande ist, irgendeine Erwerbstätigkeit auszuüben.

Die Verhältnisse auf dem Arbeitsmarkt können bei der Beurteilung der Erwerbsunfähigkeit nicht berücksichtigt werden.

Der Anspruch auf die Versicherungsleistung entsteht, wenn die vollständige Erwerbsunfähigkeit vor dem vollendeten 60. Lebensjahr (bei Frauen vor dem 55. Lebensjahr) eingetreten ist und mindestens 6 Monate ununterbrochen gedauert hat.

## **(11) Pflegebedürftigkeit**

Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person nach ihrem vollendeten 60. Lebensjahr (bei Frauen nach ihrem 55. Lebensjahr) infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfall voraussichtlich auf Dauer so hilflos ist, daß bei mindestens 3 der 6 unten genannten Verrichtungen - auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel - in erheblichem Umfang täglich die Hilfe einer anderen Person notwendig ist. Die Pflegebedürftigkeit ist ärztlich nachzuweisen.

Die versicherte Person benötigt Hilfe beim

- Fortbewegen im Zimmer
- Aufstehen und Zubettgehen
- An- und Auskleiden
- Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken
- Waschen, Kämmen oder Rasieren
- Verrichten der Notdurft

Unabhängig von dieser Bewertung liegt Pflegebedürftigkeit vor, wenn die versicherte Person nach ihrem vollendeten 60. Lebensjahr (bei Frauen nach ihrem 55. Lebensjahr) wegen einer seelischen Erkrankung oder geistigen Behinderung, die voraussichtlich auf Dauer besteht, sich oder andere gefährdet und der behandelnde Arzt deshalb dauernde Beaufsichtigung veranlaßt.

## **(12) Verlust der Gliedmaßen**

Vollständiger und permanenter Verlust der Funktion von 2 oder mehr Gliedmaßen oder der vollständige Verlust von 2 oder mehr Gliedmaßen oberhalb von Hand- bzw. Fußgelenk aufgrund eines Unfalls oder einer Krankheit.

Der Anspruch auf die Versicherungsleistung entsteht mit der gesicherten Diagnose durch einen Facharzt.

## **(13) Taubheit**

Vollständiger und irreversibler Verlust der Hörfähigkeit für alle Schallreize aufgrund einer akuten Krankheit oder eines Unfalles.

Ein medizinischer Nachweis in Form einer audiometrischen Untersuchung und eines Tonschwellentests ist vorzulegen.

## **(14) Herzklappenersatz**

Durchgeführte Operation am offenen Herzen zum Ersatz oder Dilatation von Herzklappen in Folge von nach Vertragsabschluß erworbenen Herzklappenfehlern.

Der Anspruch auf die Versicherungsleistung entsteht, nachdem die Operation durchgeführt wurde.

## **(15) Operation der Aorta**

Durchgeführte Operation aufgrund einer Krankheit an der Aorta, die Entfernung und Ersatz der erkrankten Aorta durch ein Transplantat erforderlich macht. Im Rahmen dieser Versicherung sind unter Aorta die Aorta des Thorax und des Abdomen zu verstehen, nicht jedoch die abgehenden Äste. Eine traumatische Verletzung der Aorta ist ausgeschlossen.

Der Anspruch auf die Leistung entsteht, nachdem die Operation durchgeführt wurde.

## **(16) Verlust der Stimme**

Vollständiger und irreversibler Verlust des Sprechvermögens, der über einen ununterbrochenen Zeitraum von 12 Monaten bestehen muß. Der Anspruch auf die Versicherungsleistung entsteht mit der gesicherten Diagnose durch einen Facharzt.

## **(17) Alzheimer Krankheit**

Aus Alzheimer Krankheit oder irreversiblen organischen Schäden resultierender

- Verfall oder Verlust der intellektuellen Fähigkeiten oder
- anomalen Verhaltensweisen, die eine deutliche Reduzierung zur Folge haben und eine ständige Aufsicht der versicherten Person erfordern.

Es müssen die typischen Krankheitsbilder nachgewiesen und allgemein akzeptierte standardisierte Fragebögen oder Tests vorgelegt werden. Ausgeschlossen sind Neurosen und psychische Erkrankungen.

Die Diagnose muß klinisch nachgewiesen sein und vom Vertrauensarzt des Versicherers bestätigt werden.

## **(18) Parkinson'sche Krankheit**

Eine langsam fortschreitende degenerative Erkrankung des Zentralnervensystems infolge vorzeitigen Unterganges von Nervenzellen im Hirnstamm. Die Diagnose muß eindeutig und gesichert sein und durch einen Facharzt für Neurologie erfolgen.

Folgende Kriterien müssen erfüllt sein:

Die Erkrankung ist nicht medikamentös eindämmbar.

Die Symptome sind fortschreitend.

Mindestens drei der folgenden Verrichtungen können von der versicherten Person nicht ohne Hilfe einer anderen Person ausgeführt werden:

- Fortbewegen im Zimmer
- Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken
- Aufstehen und Zubettgehen
- Waschen, Kämmen oder Rasieren
- An- und Auskleiden
- Verrichten der Notdurft

Gedeckt ist ausschließlich die idiopathische Parkinson'sche Krankheit. Ausgeschlossen ist jegliche Erkrankung aufgrund von Drogen oder sonstigen toxischen Stoffen entstandene Parkinson'sche Krankheit.

Der Anspruch auf die Versicherungsleistung entsteht mit der gesicherten Diagnose durch einen Facharzt.

## **(19) Schwere Verbrennungen**

Verbrennungen dritten Grades von mindestens 20 % der Körperoberfläche. Als Meßkriterium gilt die "Neuner-Regel" oder die Körperoberflächenkarte nach Lund und Browder.

Der Anspruch auf die Versicherungsleistung entsteht mit der gesicherten Diagnose durch einen Facharzt.

## **(20) Koma**

Versagen der Hirnfunktion, das zu einem Zustand tiefer Bewußtlosigkeit ohne jegliche Reaktion auf externe Reize führt. Der Zustand besteht andauernd unter Einsatz von lebenserhaltenden Systemen für einen Zeitraum von mindestens 96 Stunden.

Der Anspruch auf die Versicherungsleistung entsteht mit der gesicherten Diagnose durch einen Facharzt.

## **(21) Tödliche Krankheit**

Jede fortschreitende Krankheit, die nach Ansicht des Facharztes und des Vertrauensarztes des Versicherers wahrscheinlich zum Tode innerhalb von 12 Monaten nach Einreichung des Leistungsanspruchs führen wird.

Der Anspruch auf die Versicherungsleistung entsteht mit der gesicherten Diagnose durch einen Facharzt.

## **(22) HIV-Infektion - erworben durch Bluttransfusion**

Bei der versicherten Person liegt eine HIV-Infektion vor, die nachweislich auf einer nach Beginn des Versicherungsschutzes erfolgten Bluttransfusion beruht.

Alle nachfolgenden Kriterien müssen im Leistungsfall erfüllt sein:

- der Hersteller, das Krankenhaus oder die Institution, in der die Transfusion erfolgte, übernimmt die volle Haftung
- die versicherte Person leidet nicht an Hämophilie
- zum Leistungszeitpunkt gibt es keine zugelassene Therapieform, die zur Ausheilung führt

## **(23) HIV-Infektion - erworben während der beruflichen Tätigkeit**

Bei einer HIV-Infektion leistet die Gesellschaft, wenn die Infektion nach Beginn des Versicherungsschutzes erfolgt

- durch eine Verletzung, die durch einen Unfall hervorgerufen wurde oder
- durch einen Unfall im Umgang mit Blut oder anderen Körperflüssigkeiten (wie z.B. Speichel, Sperma, etc.)

Die versicherte Person muß die HIV-Infektion während der Ausübung der normalen Tätigkeit ihres Berufes erworben haben. Die Serokonversion muß innerhalb von 12 Monaten nach dem Unfall erfolgen.

Zusätzlich gelten folgende Bedingungen für die Anerkennung eines Leistungsfall:

- Die versicherte Person muß innerhalb von 5 Tagen nach dem Unfall einen Bluttest durchführen lassen, der das Nichtvorhandensein von HIV-Viren oder von Antikörpern auf HIV-Viren anzeigt.
- Nachweis von HIV-Viren oder HIV-Antikörpern innerhalb von 12 Monaten nach dem Unfall durch einen weiteren Bluttest.
- Der Unfall muß nach dem üblichen berufsgenossenschaftlichen oder anderen für die Berufsgruppe verbindlichen Verfahren gemeldet und anerkannt worden sein. Die HIV-Infektion muß durch die berufsständischen Organisationen anerkannt worden sein.

Dieses Deckungselement wird nur solange versichert, solange keine Immunität durch Impfung vorbeugend erworben werden kann und solange keine zugelassene Therapieform existiert, die zur Ausheilung führt.

## **(24) Schwerwiegende Erkrankung verursacht durch Zeckenbiß**

Schwerwiegende Erkrankungen verursacht durch einen nach Beginn des Versicherungsschutzes erworbenen Zeckenbiß aufgrund von Früh-Sommer-Meningoenzephalitis (FSME) und/oder Lyme-Borreliose. Die Krankheitserscheinungen müssen innerhalb von 2 Jahren nach dem Zeckenbiß auftreten. Der Nachweis für FSME und Lyme-Borreliose muß entsprechend den folgenden Kriterien erbracht werden:

FSME (= Früh-Sommer-Meningoenzephalitis)

Durch spezifische ARBO-Viren verursachte Hirnhaut- und Gehirnentzündung (Meningo-Enzephalitis). Die Übertragung erfolgt typischerweise durch Zecken in den bekannten Endemiegebieten.

Die Diagnose muß bestätigt werden durch:

- Zeckenbiß anamnestisch
- Nachweis einer frischen Infektion durch FSME-Antikörper und IgM
- stationäre Behandlung einer Meningo-Enzephalitis
- fachärztlicher Nachweis schwerer neurologischer und/oder psychiatrischer Dauerfolgen durch FSME.

## Lyme-Borreliose

Eine durch Zecken übertragene bakterielle entzündliche Infektionserkrankung mit Hautläsion, neurologischen, kardialen und Gelenkmanifestationen.

Die Borreliose kommt weltweit vor.

Die Diagnose muß bestätigt werden durch:

- Zeckenbiß anamnestisch
- klarem und eindeutigen Nachweis von *Borrelia burgdorferi*
- Nachweis einer frischen Infektion durch spezifische Antikörper (IgM und IgG)
- fachärztliche Bestätigung des Krankheitsbildes/Stadiums
- fachärztlicher Nachweis von durch Lyme-Borreliose verursachten schwerwiegenden Dauerfolgen.

### § 1d. Zusätzliche Kinderdeckung

Bei bestimmten schweren Erkrankungen besteht Versicherungsschutz für alle Kinder der versicherten Person, wenn diese zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles mindestens 3 Jahre, jedoch nicht älter als 18 Jahre alt sind.

Eine Leistung wird erbracht, wenn bei einem Kind der versicherten Person oder einem im gemeinsamen Haushalt lebenden Stiefkind der versicherten Person eine der im § 1 c definierten Erkrankungen diagnostiziert wird, bzw. einer der operativen Eingriffe durchgeführt wird:

Ausgenommen vom Versicherungsschutz sind die Alzheimer Krankheit, die Parkinson'sche Krankheit, die vollständige Erwerbsunfähigkeit und die Pflegebedürftigkeit.

Keine Leistung erfolgt, wenn der Zustand des Kindes oder das Ereignis, aus dem der Anspruch abgeleitet wird, direkt oder indirekt auf eine Vorerkrankung zurückzuführen ist. Eine Vorerkrankung liegt dann vor, wenn das Kind an der Krankheit bereits vor Vertragsabschluß gelitten hat. Dabei spielt es keine Rolle, ob die Krankheit sich durch Symptome bemerkbar gemacht hat oder nicht. Als Vorerkrankung gilt auch, wenn die Krankheit vor dem dritten Geburtstag des Kindes auftritt, selbst wenn das Kind vor Vertragsabschluß nicht daran litt. Bei rechtmäßig adoptierten Kindern gilt als Vorerkrankung eine Krankheit, an der das Kind bereits zum Zeitpunkt der Adoption gelitten hat. Dabei spielt es keine Rolle, ob die Krankheit sich durch Symptome bemerkbar gemacht hat oder nicht.

Für jedes Kind besteht Versicherungsschutz in Höhe von einem Drittel der entsprechenden Leistung im schweren Krankheitsfall, maximal jedoch in Höhe von EUR 11.000,-, auch bei Bestehen mehrerer Versicherungsverträge derselben oder einer anderen versicherten Person.

Die Leistung wird nur dann ausgezahlt, wenn bei dem Kind die entsprechende Krankheit nach Erreichen des 3. Lebensjahres und vor Erreichen des 18. Lebensjahres auftritt oder die Operation durchgeführt wird, und es anschließend noch 28 Tage überlebt. Pro Kind kann ein Versicherungsanspruch nur einmal geltend gemacht werden.

Wird ein Versicherungsanspruch für ein Kind geltend gemacht, so wird der Vertrag unverändert fortgeführt. Die Versicherungsbeiträge sind in unveränderter Höhe zu entrichten.

### § 2. Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

(1) Der Versicherungsschutz beginnt, sobald wir die Annahme Ihres Antrages schriftlich oder durch Zustellung der Versicherungsurkunde bestätigt und Sie die erste Prämie rechtzeitig bezahlt haben. Vor dem in der Versicherungsurkunde angegebenen Versicherungsbeginn besteht kein Versicherungsschutz.

(2) Ihre Lebensversicherung ist mit vorläufigem Sofortschutz ausgestattet.

Der vorläufige Sofortschutz erstreckt sich auf die für den Todesfall bzw. für den schweren Krankheitsfall beantragten Summen, höchstens auf EUR 150.000,-, auch wenn insgesamt höhere Summen auf das Leben desselben Versicherten beantragt sind.

Der vorläufige Sofortschutz gilt,

- wenn der Versicherte zum Zeitpunkt der Antragstellung voll arbeitsfähig ist, nicht in ärztlicher Behandlung oder Kontrolle steht
- und die Versicherungsbedingungen keine Einschränkungen oder Ausschlüsse (§§ 8,9 und 10) vorsehen.

Der vorläufige Sofortschutz gilt nicht für die schweren Krankheiten Krebs, Herzinfarkt, Bypass-Operation, Schlaganfall, Herzklappenersatz, tödliche Krankheit und vollständige Erwerbsunfähigkeit, es sei denn, die vollständige Erwerbsunfähigkeit wird durch einen Unfall hervorgerufen.

Der vorläufige Sofortschutz beginnt mit Eingang Ihres Antrages bei einer Verwaltungsstelle der DONAU, frühestens aber mit dem beantragten Versicherungsbeginn.

Der vorläufige Sofortschutz endet mit Zustellung der Versicherungsurkunde, wenn wir Ihren Antrag ablehnen oder den vorläufigen Sofortschutz als beendet erklären, spätestens jedoch sechs Wochen nach Antragstellung.

Für den vorläufigen Sofortschutz berechnen wir keine gesonderte Prämie. Wenn wir aufgrund des vorläufigen Sofortschutzes leisten, verrechnen wir die erste Jahresprämie.

(3) Der Versicherungsschutz für die schweren Krankheiten Krebs, Herzinfarkt, Bypass-Operation, Herzklappenersatz, tödliche Krankheit und Schlaganfall beginnt erst 3 Monate, für vollständige Erwerbsunfähigkeit 12 Monate nach dem wir die Annahme Ihres Antrages schriftlich oder durch Zustellung der Versicherungsurkunde bestätigt und Sie die erste Prämie rechtzeitig bezahlt haben, es sei denn, die vollständige Erwerbsunfähigkeit wird durch einen Unfall hervorgerufen. Vor dem in der Versicherungsurkunde angegebenen Versicherungsbeginn besteht kein Versicherungsschutz.

### § 3. Wie berechnet sich Ihre Prämie?

(1) Die Prämie richtet sich nach dem Tarif und dem Alter der versicherten Person. Das Alter ist die Differenz zwischen dem Kalenderjahr des Versicherungsbeginnes und dem Geburtsjahr. Bei erhöhtem Risiko können Zusatzprämien oder besondere Bedingungen vereinbart werden.

(2) Während der Vertragsdauer kann die Prämie - außer bei Erhöhung des Versicherungsumfanges - nur dann angehoben werden, wenn es zu einer, nicht nur vorübergehenden, unvorhersehbaren Änderung des Leistungsbedarfes gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen und der daraus errechneten Prämie kommt.

Sollten Sie einer Prämienhöhung nicht zustimmen, so können Sie den Vertrag in gleicher Prämienhöhe wie bisher, jedoch mit verminderter Versicherungsleistung fortführen.

### § 4. Was ist bei der Prämienzahlung wichtig?

(1) Die Prämien sind Jahres- oder einmalige Prämien, die für uns kostenfrei zu bezahlen sind.

(2) Sie können die Jahresprämie nach Vereinbarung auch in halbjährlichen, vierteljährlichen oder monatlichen Raten, dann jedoch mit Zuschlägen, bezahlen. Im Versicherungsfall sind die offenen Raten des laufenden Versicherungsjahres zu bezahlen.

(3) Die erste oder eine einmalige Prämie wird mit Zustellung der Versicherungsurkunde, nicht aber vor Versicherungsbeginn, fällig. Sie ist innerhalb von 14 Tagen zu bezahlen. Folgeprämien sind innerhalb eines Monats jeweils ab dem in der Versicherungs-urkunde angegebenen Fälligkeitstag zu bezahlen.

(4) Eine Stundung der Prämien ist mit uns schriftlich zu vereinbaren.

## **§ 5. Was geschieht, wenn Sie eine Prämie nicht rechtzeitig bezahlen?**

(1) Erste oder einmalige Prämie:

Wenn Sie die erste oder eine einmalige Prämie nicht innerhalb von 14 Tagen nach der Zustellung der Versicherungsurkunde und nach der Aufforderung zur Prämienzahlung bezahlen, sind wir leistungsfrei, es sei denn, daß Sie an der rechtzeitigen Zahlung ohne Verschulden verhindert waren. Wir können außerdem vom Vertrag zurücktreten. Es gilt als Rücktritt, wenn wir die erste oder eine einmalige Prämie nicht innerhalb von drei Monaten vom Fälligkeitstag an gerichtlich geltend machen. Bei einem Rücktritt sind die Kosten der ärztlichen Untersuchung von Ihnen zu bezahlen.

(2) Folgeprämie:

Wenn Sie eine Folgeprämie nicht rechtzeitig bezahlen, so erhalten Sie eine schriftliche Mahnung. Bezahlen Sie den Rückstand nicht innerhalb der in der Mahnung gesetzten Frist von vier Wochen, können wir den Vertrag zum Ablauf der Frist kündigen. Außerdem entfällt oder vermindert sich Ihr Versicherungsschutz, es sei denn, daß Sie an der rechtzeitigen Zahlung ohne Verschulden verhindert waren. Darauf werden wir in der Mahnung ausdrücklich hinweisen.

## **§ 6. Wann können Sie den Versicherungsvertrag kündigen?**

(1) Sie können Ihren Vertrag schriftlich ganz oder teilweise kündigen:

- jederzeit auf den Schluß des laufenden Versicherungsjahres
- innerhalb eines Versicherungsjahres mit 3-monatiger Frist auf den Monatsschluß, frühestens jedoch auf den Schluß des ersten Versicherungsjahres

(2) Beträgt die Versicherungsdauer mehr als 10 Jahre und Sie haben die Prämien für mindestens 3 Jahre bezahlt wird die Versicherung prämienfrei-gestellt. Die nach einer Prämienfreistellung ermittelte prämienfreie Versicherungssumme muß mindestens EUR 200,- betragen .Die nach einer Teil-kündigung verbleibende prämienpflichtige Summe darf EUR 10.000,- nicht unterschreiten.

(3) Auf die gekündigte Versicherung können Sie keinen Rückkaufswert erhalten.

## **§ 7. Was ist eine Vorauszahlung?**

Vorauszahlungen auf die Versicherungsleistungen können Sie nicht erhalten.

## **§ 8. Welche Bedeutung haben Ihre Antworten auf unsere Antragsfragen?**

(1) Wir übernehmen den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, daß Sie alle mit dem Antrag verbundenen Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten.

(2) Wenn das Leben eines anderen versichert oder mitversichert werden soll, ist auch dieser für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung verantwortlich.

(3) Werden Fragen schuldhaft unrichtig oder unvollständig beantwortet, können wir innerhalb von 3 Jahren seit Abschluß, letzter Änderung oder Wiederherstellung des Vertrages zurücktreten; bei Ableben, oder im schweren Krankheitsfall während der ersten 3 Jahre auch noch nach Ablauf dieser Frist.

Wir werden den Rücktritt innerhalb eines Monats ab Kenntnis der Unrichtigkeit oder Unvollständigkeit der Angaben erklären. Wir können nicht vom Vertrag zurücktreten, wenn wir von der Unrichtigkeit oder Unvollständigkeit der Angaben Kenntnis hatten.

(4) Bei arglistiger Täuschung können wir den Vertrag anfechten.

## **§ 9. Wie umfassend ist Ihr Versicherungsschutz?**

(1) Der Versicherungsschutz besteht grundsätzlich unabhängig davon, auf welcher Ursache der Versicherungsfall beruht. Kein Versicherungsschutz besteht bei Versicherungsfällen, die durch kriegerische Ereignisse oder von einer nuklearen Katastrophe verursacht worden sind.

(2) Kein Versicherungsschutz besteht auch bei Ableben oder im schweren Krankheitsfall infolge Teilnahme der versicherten Person

- an kriegerischen Handlungen oder
- an Aufruhr, Aufstand oder Unruhen auf seiten der Unruhestifter

(3) Ohne besondere Vereinbarung besteht kein Versicherungsschutz wenn das Ableben oder der schwere Krankheitsfall der versicherten Person

- a) in Ausübung einer Tätigkeit als Sonderpilot (z.B. Hängegleiter, Ballonfahrer, Paragleiter, Fallschirmspringer), Hubschrauberpilot, Militärpilot, Test-pilot, Kunst- oder Akrobatikpilot
- b) in Ausübung einer gefährlichen Sportart (z.B. Extremklettern, Tiefseetauchen)
- c) infolge Teilnahme an Wettfahrten oder zugehörigem Training in einem Land-, Luft- oder Wasserfahrzeug erfolgt.

(4) Keine Versicherungsleistung bezahlen wir, wenn der schwere Krankheitsfall verursacht wurde durch

- a) Mißbrauch von Alkohol, Gift, Drogen oder Medikamenten.
- b) Absichtliche Herbeiführung von Krankheit, Kräfteverfall, absichtliche Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung. Wird uns nachgewiesen, daß diese Handlung (versuchte Selbsttötung), in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen wurde, besteht voller Versicherungsschutz.
- c) Widerrechtliche Handlung, mit der Sie als Versicherungsnehmer vorsätzlich den schweren Krankheitsfall der versicherten Person herbeigeführt haben.
- d) Versuch oder Begehung gerichtlich strafbarer Handlungen durch die versicherte Person, für die Vorsatz ein Tatbestandsmerkmal ist.
- e) Energiereiche Strahlen mit einer Stärke von mindestens 100 Elektronen-Volt, durch Neutronen jeder Energie, durch Laser- oder Maserstrahlen und durch künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen.  
Soweit die versicherte Person als Arzt oder medizinisches Hilfspersonal diesem Risiko ausgesetzt ist, oder wenn eine Bestrahlung für Heilzwecke durch einen Arzt oder unter ärztlicher Aufsicht erfolgt, besteht voller Versicherungsschutz.
- f) AIDS oder eine HIV-Infektion (direkt oder indirekt); ausgenommen HIV-Infektion gemäß § 1c (22) und (23).

## **§ 10. Was gilt bei Selbstmord?**

Bei Selbstmord des Versicherten nach Ablauf von drei Jahren seit Abschluß, Änderung oder Wiederherstellung des Vertrages besteht voller Versicherungsschutz.

Vor Ablauf dieser Frist besteht kein Versicherungsschutz . Wird uns nachgewiesen, daß die Tat in einem die freie Willensbestimmung ausschließen-den Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen wurde, besteht voller Versicherungsschutz.

## § 11. Was ist bei Fälligkeit einer Versicherungsleistung zu beachten?

- (1) Leistungen aus dem Vertrag bezahlen wir gegen Vorlage der Versicherungsurkunde.
- (2) Im Todesfall des Versicherten ist uns auch eine amtliche Sterbeurkunde vorzulegen. Zusätzlich können wir ärztliche oder amtliche Nachweise verlangen.
- (3) Im schweren Krankheitsfall im Sinne dieser Bedingungen benötigen wir auch die folgenden Nachweise:
  - a) - eine Darstellung der Ursache für den Eintritt des Versicherungsfalles und  
- ausführliche Berichte der Ärzte, die die versicherte Person gegenwärtig behandeln bzw. behandelt und untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art und Verlauf des Leidens. Ebenso sind uns Berichte von Rehabilitations- und Kurkliniken, in denen Behandlungen vor dem Leistungsfall stattfanden, vorzulegen.
  - b) Bei schwerer Krankheit außerhalb Österreichs können wir verlangen, daß die zur Feststellung des Leistungsfalles erforderlichen Nachweise von einem in Österreich niedergelassenen Arzt auf Kosten des die Leistung Beanspruchenden erstellt werden.
  - c) Zusätzlich können wir im schweren Krankheitsfall - dann allerdings auf unsere Kosten - weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte verlangen. Die versicherte Person hat Ärzte, Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten, bei denen sie in Behandlung war oder sein wird, sowie Personenversicherer und Behörden zu ermächtigen, uns auf Verlangen Auskunft zu erteilen.

Mit Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs unserer Leistung nötigen Erhebungen wird die Leistung fällig. Die Leistung wird auch fällig, wenn Sie nach Ablauf zweier Monate nach dem Vorliegen der gesicherten Diagnose bzw. seit dem Begehren einer Geldleistung im Ablebensfall eine Erklärung von uns verlangen, aus welchen Gründen die Erhebungen noch nicht beendet werden konnten, und wir diesem Verlangen nicht binnen eines Monats entsprechen.

## § 12. Wo und wie ist die fällige Versicherungsleistung zu erbringen?

- (1) Erfüllungsort für die Leistung ist die Generaldirektion der DONAU.
- (2) Überweisungen der Leistungen an den Bezugsberechtigten erfolgen auf seine Gefahr und seine Kosten.
- (3) Die fällig gewordene Versicherungsleistung werden wir nach Einlangen aller für die Auszahlung nötigen Unterlagen unverzüglich auszahlen.

## § 13. Was gilt für Erklärungen, die den Versicherungsvertrag betreffen?

- 1) Alle Ihre Erklärungen sind gültig, wenn sie schriftlich erfolgen und bei einer Verwaltungsstelle der DONAU eingelangt sind.
- (2) Alle Erklärungen, die wir abgeben, sind ebenfalls nur dann gültig, wenn sie schriftlich erfolgen und firmenmäßig gezeichnet sind. Ihnen gegenüber abgegebene Erklärungen werden wirksam, wenn sie an Ihrer uns bekanntgegebenen Adresse bei Ihrer Anwesenheit zugegangen wären. Wenn Sie Ihren Wohnort wechseln, müssen Sie uns Ihre neue Adresse mitteilen. Andernfalls richten wir unsere Erklärungen an Ihre letzte bekannte Adresse.
- (3) Wenn Sie Ihren Wohnort außerhalb Europas nehmen, müssen Sie uns eine Person innerhalb Österreichs benennen, die bevollmächtigt ist, unsere Erklärungen an Sie entgegenzunehmen.
- (4) Nach Eintritt des Versicherungsfalles können wir eine Ablehnung, einen Rücktritt oder eine Anfechtung auch einem berechtigten Dritten gegenüber rechtswirksam erklären.

## § 14. Wer erhält die Versicherungsleistung?

- (1) Sie bestimmen, wer bezugsberechtigt ist. Der Bezugsberechtigte erwirbt das Recht auf die Leistung mit Eintritt des Versicherungsfalles. Bis dahin können Sie die Bezugsberechtigung jederzeit ändern.
- (2) Sie können auch bestimmen, daß der Bezugsberechtigte das Recht auf die künftige Leistung unwiderruflich und damit sofort erwerben soll. Dann kann das Bezugsrecht nur noch mit dessen Zustimmung geändert werden.
- (3) Ist der Überbringer (Inhaber) der Versicherungsurkunde anspruchsberechtigt, so können wir verlangen, daß er uns seine Berechtigung nachweist.

## § 15. Was gilt bei einer Vinkulierung, Verpfändung oder Abtretung?

- (1) Im allgemeinen sind Sie der Verfügungsberechtigte. Sie können Ihren Vertrag vinkulieren, verpfänden oder abtreten.
- (2) Eine Vinkulierung, Verpfändung oder Abtretung ist uns gegenüber nur dann wirksam, wenn sie uns schriftlich angezeigt wird.

## § 16. Was ist bei Verlust der Versicherungsurkunde zu tun?

Wenn Sie den Verlust der Versicherungsurkunde schriftlich anzeigen, werden wir Ihnen eine Ersatz-Urkunde ausstellen.

Wir können verlangen, daß eine auf den Überbringer (Inhaber) lautende Versicherungsurkunde gerichtlich für kraftlos erklärt wird.

## § 17. Welche Gebühren werden wir berechnen?

- (1) Wir werden nur gesetzlich vorgeschriebene Abgaben, Portospesen und Gebühren für Mehraufwendungen, die Sie veranlassen, verlangen.
- (2) Dies sind insbesondere: Attestkostenbeitrag, Einheitsgebühr bei Erlagscheininkasso, Mahngebühr bei Prämienzahlungsverzug.

## § 18. Wie lange können Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag geltend gemacht werden?

Sie können Ihre Ansprüche aus dem Vertrag innerhalb von drei Jahren geltend machen. Steht der Anspruch einem anderen zu, so beginnt die Verjährung zu laufen, sobald diesem sein Recht auf die Leistung bekannt geworden ist. Ist dem Bezugsberechtigten sein Recht nicht bekannt geworden, so verjähren seine Ansprüche erst nach 10 Jahren.

## § 19. Wie sind Sie am Überschuß beteiligt?

Im Wege eines Prämienbonus (3/4-Takt-Bonus) nehmen Sie an den von uns erzielten Überschüssen teil.

Ihr Bonus wird abhängig vom jeweiligen Tarif ermittelt und ist in der zu bezahlenden Prämie bereits berücksichtigt.

Die Veröffentlichung der Höhe des Prämienbonus erfolgt im jährlichen Geschäftsbericht.