

Versicherungsbedingungen für Lebensversicherungen mit Fondsveranlagung (Fondsgebundene Lebensversicherungen mit vorzeitigem schweren Krankheitsfall)

Versicherungsnehmer ist die Person, die den Versicherungsvertrag mit der DONAU Allgemeinen 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 bietet Ihnen die Fondsgebundene Lebensversicherung?

(1) Die Fondsgebundene Lebensversicherung bietet Versicherungsleistungen im Ablebensfall oder Erlebensfall oder bei Eintritt des schweren Krankheitsfalles, wenn der Versicherte noch mindestens 28 Tage überlebt. Sie heißt fondsgebunden, da die Veranlagung in den von Ihnen gewählten Investmentfonds in Form von Fondsanteilen erfolgt; diese bilden die Deckungsrückstellung (§ 18) Ihres Vertrages.

Kurssteigerungen führen zu Wertzuwächsen, Kursrückgänge zu Wertminderungen. Ertragsausschüttungen veranlassen wir in Fondsanteilen und erhöhen dadurch die Deckungsrückstellung Ihres Vertrages.

(2) Verträge gegen Einmalprämie: Im Ablebensfall oder im schweren Krankheitsfall besteht unsere Leistung aus dem Geldwert der Deckungsrückstellung, mindestens jedoch in Höhe der eingezahlten Prämien inklusive Versicherungssteuer abzüglich bereits erfolgter Kapitalentnahmen (Kapitalgarantie). Im Erlebensfall besteht unsere Leistung aus dem Geldwert der Deckungsrückstellung.

(3) Verträge gegen laufende Prämienzahlung: Im Ablebensfall oder im schweren Krankheitsfall während der Prämienzahlungsdauer besteht unsere Leistung aus dem Geldwert der Deckungsrückstellung und der in der Polizza angegebenen Mindestrisikosumme. Ist die so ermittelte Leistung geringer als die in der Polizza angegebene Mindesttodesfall- bzw. Mindestkrankheitsfallsumme, gelangt diese Mindesttodesfall- bzw. Mindestkrankheitsfallsumme zur Auszahlung. Im Erlebensfall besteht unsere Leistung aus dem Geldwert der Deckungsrückstellung.

Bei erstmaligem Entstehen des Anspruches auf Versicherungsleistung zahlen wir die vereinbarte Versicherungsleistung, damit endet der gesamte Versicherungsvertrag. Falls gleichzeitig mehrere Ansprüche entstehen, ist die Leistung mit dem Betrag (§ 17 Absatz 1 und 2), der beim erstmaligen Entstehen des Anspruches besteht, begrenzt.

§ 1b. 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:

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

Die Leistung erfolgt auch, wenn aufgrund frühzeitiger Diagnosestellung eines Myokardinfarkts eine Lysetherapie oder Ballondilatation zu Revaskulation 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:

- a) zerebrale Symptome aufgrund von Migräne sowie zerebrale Schädigung als Folge von Traumen oder Hypoxie
- b) 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 Verschluss 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 beim Versicherten (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 der Versicherte 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
- Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken
- Aufstehen und Zubettgehen
- Waschen, Kämmen oder Rasieren
- An- und Auskleiden
- 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 resultierende(r)

- Verfall oder Verlust der intellektuellen Fähigkeiten oder
- anomale 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 Leistungsfalles:

- 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 zwei 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 Gelenkmifestationen.
Die Borreliose kommt weltweit vor.
Die Diagnose muß bestätigt werden durch:
 - Zeckenbiss anamnestisch
 - klarem und eindeutigem 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.

§ 1c. Zusätzliche Kinderdeckung

Bei bestimmten schweren Erkrankungen besteht Versicherungsschutz für alle Kinder der versicherten Person, wenn diese zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles mindestens drei Jahre, jedoch nicht älter als 18 Jahre 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 § 1c definierten Erkrankungen diagnostiziert 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 15.000,-, 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. 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 durch uns erheblich sind.

(2) An diesen Antrag sind Sie sechs Wochen lang gebunden.

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

§ 3. Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

(1) Der Versicherungsschutz beginnt, sobald wir die Annahme Ihres Antrages schriftlich oder durch Zustellung der Polizze bestätigt haben. Vor dem in der Polizze angegebenen Versicherungsbeginn besteht kein Versicherungsschutz. Um den Versicherungsschutz nicht zu verlieren, müssen Sie rechtzeitig die erste oder einmalige Prämie bezahlen (§ 6 Absatz 1).

(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 (§§ 12, 13 und 14) 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 schriftlichen Antrages bei einer unserer Verwaltungsstellen, frühestens aber mit dem beantragten Versicherungsbeginn.

Der vorläufige Sofortschutz endet mit Zustellung der Polizze, 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 für das erste Versicherungsjahr zu entrichtende Prämie bzw. die einmalige Prämie.

(3) Der Versicherungsschutz für die schweren Krankheiten Krebs, Herzinfarkt, Bypass-Operation, Schlaganfall, Herzklappenersatz und tödliche Krankheit beginnt erst 3 Monate, für vollständige Erwerbsunfähigkeit 12 Monate nach dem im Absatz (1) angegebenen Zeitpunkt, es sei denn, die vollständige Erwerbsunfähigkeit wird durch einen Unfall hervorgerufen.

§ 4. Wie verwenden wir Ihre Prämie?

(1) Die Prämie beinhaltet bereits die Versicherungssteuer, die wir an das Bundesministerium für Finanzen abführen müssen.

99% der uns verbleibenden Prämie führen wir den von Ihnen gewählten Investmentfonds zu, indem wir Fondsanteile kaufen. Als Bewertungsstichtag für die laufenden Prämienzahlungen und dazu erfolgende Zuzahlungen gilt dabei der letzte Börsetag des Vormonats. Die Einmalprämie und dazu erfolgende Zuzahlungen veranlassen wir an dem Börsetag, der dem Eingang der Prämie bei uns folgt. Für diese Transaktionen gelten jeweils jene unseren Richtlinien entsprechenden Kurse, die uns von unserem Kursdatenanbieter zur Verfügung gestellt werden.

(2) Alle sonstigen Kosten und die zur Deckung des Ablebens- und Krankheitsfallrisikos bestimmten Risikoprämien entnehmen wir der Deckungsrückstellung. Die Höhe der Risikoprämie richtet sich nach dem Tarif und dem Alter des Versicherten. Das Alter ist die Differenz zwischen dem jeweiligen Kalenderjahr und dem Geburtsjahr. Bei erhöhtem Risiko können Zusatzprämien oder besondere Bedingungen vereinbart werden. 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.

(3) Wird ein von Ihnen gewählter Investmentfonds gekündigt oder wird die Ausgabe von Anteilen eingestellt, werden wir Sie auffordern, binnen eines Monats einen anderen Investmentfonds aus unserem Angebot auszuwählen. Falls Sie sich nicht entscheiden, verringert sich die laufende Prämie um den dem wegfallenden Investmentfonds entsprechenden Teil und der dem wegfallenden Investmentfonds entsprechende Geldwert der Deckungsrückstellung wird ausbezahlt. Der verbleibende Wert des Vertrages für den Fall der Kündigung nach § 9 Absatz 3 darf jedoch nicht geringer sein als die zu diesem Zeitpunkt jeweils geltende Mindestprämie für eine Einmalersparungsversicherung. Andernfalls erfolgt die Auflösung des Vertrages im Sinne des § 9 Absatz 3.

§ 5. 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 Jahresprämien nach Vereinbarung auch in halbjährlichen, vierteljährlichen oder monatlichen Raten bezahlen. Wenn Sie mit der Zahlung einer Rate in Verzug geraten, diese also nicht spätestens zum Fälligkeitstag zahlen, werden alle Prämienraten für das zu diesem Zeitpunkt laufende Versicherungsjahr sofort fällig und alle eingehenden Zahlungen auf die älteste Schuld angerechnet.

(3) Die erste oder einmalige Prämie wird mit Zustellung der Polizza, nicht aber vor Versicherungsbeginn fällig.

(4) Die Folgeprämien können nur im Lastschriftverfahren bezahlt werden. Wir buchen sie jeweils bei Fälligkeit von dem uns angegebenen Konto ab. Zahlungen, die auf andere Weise erfolgen, brauchen wir nicht anzunehmen oder können wir binnen 14 Tagen zurückweisen. In diesen Fällen tritt Zahlungsverzug ein.

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

(1) Erste oder einmalige Prämie: Wenn Sie die erste oder einmalige Prämie nicht innerhalb von 14 Tagen nach der Zustellung der Polizza 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 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 zwei 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.

§ 7. Was geschieht nach Ablauf der Prämienzahlungsdauer bei Verträgen mit laufender Prämienzahlung, bei denen die Prämienzahlungsdauer kürzer als die Versicherungsdauer ist?

(1) Nach Ablauf der vereinbarten Prämienzahlungsdauer entfällt die Verpflichtung zur Prämienzahlung und die Mindesttodesfall- und die Mindestkrankheitsfallsumme.

(2) Im Ablebensfall bzw. im schweren Krankheitsfall besteht unsere Leistung aus dem Geldwert der Deckungsrückstellung zuzüglich der in der Polizza angegebenen Mindestrisikosumme.

(3) Die Risikoprämien und die Verwaltungskosten werden der Deckungsrückstellung entnommen.

(4) Sie haben auch die Möglichkeit die Mindesttodesfall- und die Mindestkrankheitsfallsumme weiterzuführen. Der Wunsch auf Weiterführung der Mindesttodesfall- und die Mindestkrankheitsfallsumme ist uns gegenüber schriftlich bekannt zu geben. Dies kann dazu führen, dass die Deckungsrückstellung vollständig aufgebraucht wird. In diesem Fall tritt der Vertrag ohne Ansprüche außer Kraft.

§ 8. Können Sie die Ihrem Vertrag zugrunde liegende Veranlagungsstrategie (= Fondsauswahl) ändern?

(1) Sie können uns beauftragen die von Ihnen gewählten Fondsanteile zu veräußern, um andere Fondsanteile zu erwerben.

Wir werden dann an dem Börsetag, der dem Einlangen Ihres Änderungswunsches in unserer zentralen Verwaltung in Wien folgt (= Bewertungsstichtag), den Geldwert der Deckungsrückstellung ermitteln und diesen den von Ihnen neu gewählten Investmentfonds zuführen, indem wir zu den jeweils geltenden Kurswerten Fondsanteile erwerben. Für diese Transaktionen zum vorgenannten Bewertungsstichtag gelten jeweils jene unseren Richtlinien entsprechenden Kurse, die uns von unserem Kursdatenanbieter zur Verfügung gestellt werden.

(2) Den Geldwert der Deckungsrückstellung ermitteln wir durch Multiplikation der Anzahl der Fondsanteile mit dem am Bewertungsstichtag gültigen Rücknahmepreis eines Fondsanteiles. Wir behalten uns jedoch vor, den Geldwert der Deckungsrückstellung erst nach tatsächlicher Veräußerung der Fondsanteile zu ermitteln. Diese Veräußerungen führen wir unter Wahrung der Interessen aller unserer Versicherungsnehmer unverzüglich durch. In diesem Fall finden die Bestimmungen über den Bewertungsstichtag für die Berechnung des Geldwertes der Deckungsrückstellung keine Anwendung.

(3) Der Änderungswunsch bedarf der Schriftform. Es kann jedoch auch eine telefonische Änderung vereinbart werden. Voraussetzung dafür ist jedoch das Vorliegen einer von Ihnen unterfertigten schriftlichen Vereinbarung.

§ 9. Wann können Sie Kapital entnehmen bzw. den Versicherungsvertrag zur vollständigen Kapitalentnahme kündigen?

(1) Kapitalentnahmen sind jederzeit auf den Schluss des laufenden Monats möglich, frühestens jedoch auf den Schluss des ersten Versicherungsjahres. Von dem dadurch zur Auszahlung gelangenden Geldwert der Deckungsrückstellung werden wir noch nicht amortisierte Vertragserrichtungskosten anteilmäßig einbehalten. Der verbleibende Wert des Vertrages für den Fall der Kündigung nach Absatz 3 darf jedoch nicht geringer sein als die zu diesem Zeitpunkt jeweils geltende Mindestprämie für eine Einmalerlagsversicherung.

(2) Sie können Ihren Vertrag auch schriftlich kündigen und das Kapital vollständig entnehmen:

- jederzeit auf den Schluss des laufenden Versicherungsjahres
- innerhalb eines Versicherungsjahres mit dreimonatiger Frist auf den Monatsschluss, frühestens jedoch auf den Schluss des ersten Versicherungsjahres.

(3) Bei Kündigung und vollständiger Kapitalentnahme zahlen wir den Geldwert der Deckungsrückstellung abzüglich noch nicht amortisierter Vertragserrichtungskosten. Für die letzte Versicherungsperiode verrechnen wir pauschal 1 % für Verwaltungskosten und Risikoprämie.

§ 10. Wann können Sie einen Versicherungsvertrag gegen laufende Prämienzahlung prämienfrei stellen?

(1) Sie können schriftlich die Umwandlung Ihres Vertrages in einen prämienfreien verlangen:

- jederzeit auf den Schluss des laufenden Versicherungsjahres
- innerhalb eines Versicherungsjahres auf den Monatsschluss, frühestens jedoch auf den Schluss des ersten Versicherungsjahres.

Voraussetzung ist, dass bereits ein Wert des Vertrages für den Fall der Kündigung nach § 9 Absatz 3 vorhanden ist und dieser nicht geringer ist als die zu diesem Zeitpunkt jeweils geltende Mindestprämie für eine Einmalerlagsversicherung. Andernfalls erfolgt die Auflösung des Vertrages im Sinne des § 9 Absatz 3.

(2) Durch die Prämienfreistellung entfällt die Mindesttodesfall- und Mindestkrankheitsfallsumme. Wir entnehmen der Deckungsrückstellung alle anfallenden Kosten und die zur Deckung des Ablebens- und Krankheitsfallrisikos bestimmten Risikoprämien. Dies kann dazu führen, dass die Deckungsrückstellung vollständig aufgebraucht wird. In diesem Fall tritt der Vertrag ohne Ansprüche außer Kraft.

§ 11. Wann können Sie Ihren Versicherungsvertrag in einen nicht fondsgebundenen umwandeln?

Sie können mit einmonatiger Frist auf den Monatsschluss, frühestens jedoch auf den Schluss des ersten Versicherungsjahres, die Umwandlung Ihres Vertrages in eine nicht fondsgebundene Lebensversicherung beantragen. In diesem Antrag müssen gegebenenfalls auch alle Tatsachen angegeben werden, die für eine mit der Umstellung verbundene Übernahme eines höheren Risikos bedeutend sind. Die Umstellung erfolgt nach den für den beantragten Tarif geltenden Bestimmungen. Bei der Umwandlung werden die noch nicht amortisierten Vertragserrichtungskosten sowie eine angemessene Verwaltungsgebühr von der Deckungsrückstellung in Abzug gebracht.

§ 12. Welche Bedeutung haben Ihre Antworten auf unsere Antragsfragen?

(1) Wir übernehmen den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, dass Sie alle mit dem Antrag verbundenen Angaben 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 Angaben schuldhaft unrichtig oder unvollständig gemacht, können wir innerhalb der ersten drei Jahre seit Abschluss, letzter Änderung oder Wiederherstellung des Vertrages vom Vertrag zurücktreten; bei Ableben oder im Krankheitsfall während der ersten drei Jahre auch noch nach Ablauf dieser Frist. Wir werden den Rücktritt innerhalb eines Monats ab Kenntnis von der Unrichtigkeit oder Unvollständigkeit der Angaben erklären. Wir können nicht vom Vertrag zurücktreten, wenn

- wir von der Unrichtigkeit oder Unvollständigkeit der Angaben Kenntnis hatten oder
- der unrichtig angegebene oder verschwiegene Umstand keinen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalles hatte.

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

(5) Wenn wir den Vertrag anfechten oder vom Vertrag zurücktreten, leisten wir den Geldwert der Deckungsrückstellung gemäß § 9.

§ 13. Wie umfassend ist Ihr Versicherungsschutz?

(1) Der Versicherungsschutz besteht grundsätzlich unabhängig davon, auf welcher Ursache der Versicherungsfall beruht. Bei Versicherungsfällen, die durch kriegerische Ereignisse oder von einer nuklearen, biologischen oder chemischen oder durch Terrorismus ausgelösten Katastrophe verursacht werden, leisten wir jedenfalls die Deckungsrückstellung.

(2) Die Deckungsrückstellung leisten wir auch bei Ableben oder im schweren Krankheitsfall infolge Teilnahme

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

(3) Ohne besondere Vereinbarung leisten wir nur die Deckungsrückstellung, wenn das Ableben oder der schwere Krankheitsfall

- a) in Ausübung einer Tätigkeit als Sonderpilot (z.B. Drachenflieger, Ballonfahrer, Paragleiter, Fallschirmspringer), Hubschrauberpilot oder Militärpilot,
- b) in Ausübung einer gefährlichen Sportart (z.B. Extremklettern, Tiefseetauchen) oder
- c) infolge Teilnahme an Wettfahrten oder zugehörigen Trainingsfahrten in einem Land-, Luft- oder Wasserfahrzeug erfolgt.

(4) Die Deckungsrückstellung 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 des Versicherten herbeigeführt haben.
- d) Versuch oder Begehung gerichtlich strafbarer Handlungen durch den Versicherten, 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).

§ 14. 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 leisten wir die Deckungsrückstellung. Wird uns nachgewiesen, dass die Tat in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen wurde, besteht voller Versicherungsschutz.

§ 15. Was ist bei Fälligkeit einer Versicherungsleistung zu beachten?

- (1) Leistungen aus dem Vertrag erbringen wir gegen Übergabe der Polizze.
- (2) Im Ablebensfall 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 die folgenden Nachweise:
 - a) - eine Darstellung der Ursache für den Eintritt des Versicherungsfalles und
- ausführliche Berichte der Ärzte, die den Versicherten 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) Im schweren Krankheitsfall 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. Der Versicherte hat Ärzte, Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten, bei denen er 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. Wenn Sie nach Ablauf zweier Monate seit dem Begehren nach einer Leistung eine Erklärung von uns verlangen, aus welchen Gründen die Erhebungen noch nicht beendet werden konnten, und wir diesem Verlangen nicht binnen eines Monats entsprechen, wird die Leistung fällig.

§ 16. Wo und wie ist die Versicherungsleistung zu erbringen?

- (1) Erfüllungsort für die Leistung ist unsere Generaldirektion in Wien.
- (2) Überweisungen der Leistungen an den Bezugsberechtigten erfolgen auf seine Kosten und Gefahr.

§ 17. In welcher Form ist die Versicherungsleistung zu erbringen?

- (1) Verträge gegen Einmalprämie: Im Ablebensfall oder im schweren Krankheitsfall besteht unsere Leistung aus dem Geldwert der Deckungsrückstellung, mindestens jedoch in Höhe der eingezahlten Prämien inklusive Versicherungssteuer abzüglich bereits erfolgter Kapitalentnahmen (Kapitalgarantie). Im Erlebensfall besteht unsere Leistung aus dem Geldwert der Deckungsrückstellung.
- (2) Verträge gegen laufende Prämienzahlung: Im Ablebensfall oder im schweren Krankheitsfall während der Prämienzahlungsdauer besteht unsere Leistung aus dem Geldwert der Deckungsrückstellung und der in der Polizze angegebenen Mindestrisikosumme. Ist die so ermittelte Leistung geringer als die Mindesttodesfall- bzw. Mindestkrankheitsfallsumme, gelangt diese Mindesttodesfall- bzw. Mindestkrankheitsfallsumme zur Auszahlung.

Bei Verträgen gegen laufende Prämienzahlung, bei denen die Prämienzahlungsdauer kürzer als die Versicherungsdauer ist, leisten wir im Ablebensfall oder im schweren Krankheitsfall nach Ablauf der Prämienzahlungsdauer jedenfalls den Geldwert der Deckungsrückstellung zuzüglich der Mindestrisikosumme.

Im Erlebensfall besteht unsere Leistung aus dem Geldwert der Deckungsrückstellung.

- (3) Auf ausdrücklichen Wunsch können Sie auch anstelle der Auszahlung des Geldwertes der Deckungsrückstellung die Übertragung von Fondsanteilen verlangen. In diesem Fall reduzieren sich unsere Leistungen um die festgesetzten Übertragungskosten.
- (4) Der Geldwert der Deckungsrückstellung wird jedenfalls erbracht,
 - wenn dieser unter EUR 5.000,- liegt
 - nach Ablauf eines Monats nach Eintritt des Ereignisses, das die Leistung auslöst.

§ 18. Wie ermitteln wir den Geldwert der Deckungsrückstellung?

- (1) Den Geldwert der Deckungsrückstellung ermitteln wir durch Multiplikation der Anzahl der Fondsanteile mit dem am Bewertungsstichtag gültigen Rücknahmepreis eines Fondsanteiles. Der Bewertungsstichtag ist, sofern nichts anderes bestimmt ist, der letzte Börsennotierungstag des vor dem Eintritt des Versicherungsfalles liegenden Kalendermonats. Für diese Transaktionen zum vorgenannten Bewertungsstichtag gelten jeweils jene unseren Richtlinien entsprechenden Kurse, die uns von unserem Kursdatenanbieter zur Verfügung gestellt werden.
- (2) Wenn der Bezugsberechtigte von uns eine Geldleistung erhält, behalten wir uns vor, den Geldwert der Deckungsrückstellung erst nach Veräußerung der Fondsanteile zu ermitteln. Diese Veräußerungen führen wir unter Wahrung der Interessen aller unserer Versicherungsnehmer unverzüglich durch. In diesem Fall finden die Bestimmungen über den Bewertungsstichtag für die Berechnung des Geldwertes der Deckungsrückstellung keine Anwendung.

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

- (1) Alle Ihre Erklärungen sind gültig, wenn sie schriftlich erfolgen und bei einer unserer Verwaltungsstellen 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 bekannt gegebenen 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 uns 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.

§ 20. 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 Polizza anspruchsberechtigt, so können wir verlangen, dass er uns seine Berechtigung nachweist. Unter Überbringer ist jene Person zu verstehen, die die zuletzt ausgestellte Polizza (Letztstandspolizza) überbringt. Mit Ausstellung einer Letztstandspolizza verlieren alle zuvor für diesen Vertrag ausgestellten Polizzen ihre Gültigkeit.

§ 21. 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 Verpfändung oder Abtretung ist uns gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn sie uns schriftlich angezeigt wird. Eine Vinkulierung bedarf unserer Zustimmung.

§ 22. Was ist bei Verlust der Polizza zu tun?

- (1) Wenn Sie den Verlust der Polizza schriftlich anzeigen, werden wir Ihnen eine Letztstandspolizza ausstellen.
(2) Wir können verlangen, dass eine auf den Überbringer (Inhaber) lautende Polizza gerichtlich für kraftlos erklärt wird.

§ 23. Welche Gebühren werden wir berechnen?

Wir werden nur gesetzlich vorgeschriebene Abgaben, Portospesen und Gebühren für Mehraufwendungen, die Sie veranlassen, verlangen. Dies sind insbesondere ein Attestkostenbeitrag, eine Mahngebühr bei Prämienzahlungsverzug und eine Geschäftsgebühr bei

- nachträglicher Dokumentation oder Änderung der Polizza wegen Bezugsrechtsänderung, Vormerkung oder Löschung einer Vinkulierung, Verpfändung oder Abtretung, Änderung des Polizzeninhalts (Änderung des Versicherungsnehmers und/oder des Versicherten, Wechsel der Investmentfonds oder deren Aufteilung, Terminverlegung, Einrechnung usw.)
- der Ausstellung einer Letztstandspolizza und
- der Einholung von Unbedenklichkeitserklärungen des zuständigen Finanzamtes im Falle der Auszahlung von Versicherungsleistungen an Bezugsberechtigte im Ausland.

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

- (1) Ansprüche aus dem Vertrag können innerhalb von drei Jahren gerichtlich geltend gemacht werden. Steht der Anspruch einem Dritten zu, so beginnt die Verjährung zu laufen, sobald diesem sein Recht auf die Leistung bekannt geworden ist. Ist diesem sein Recht nicht bekannt geworden, so verjähren seine Ansprüche erst nach zehn Jahren.
(2) Wir sind von der Verpflichtung zur Leistung frei, nachdem wir eine Versicherungsleistung begründet und unter Hinweis auf die mit dem Fristablauf verbundene Leistungsfreiheit abgelehnt haben und der Berechtigte den Anspruch auf die Leistung nicht binnen eines Jahres gerichtlich geltend gemacht hat.