

Versicherungsbedingungen für StarInvest (Fondsgebundene Lebensversicherung) mit Versicherungsschutz bei Berufsunfähigkeit

Die Beteiligten am Versicherungsvertrag

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

Versicherte Person ist die Person, für die der Versicherungsschutz übernommen wird.

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

Versicherer ist die DONAU Allgemeine Versicherungs-Aktiengesellschaft.

§ 1. Was bietet Ihnen die Fondsgebundene Lebensversicherung mit Versicherungsschutz bei Berufsunfähigkeit?

(1) Die Fondsgebundene Lebensversicherung bietet Versicherungsleistungen im Ab- und Erlebensfall und bei Berufsunfähigkeit der versicherten Person. Sie heißt fondsgebunden, da die Veranlagung in den von Ihnen gewählten Investmentfonds in Form von Fondsanteilen erfolgt; diese bilden die Deckungsrückstellung (§ 27) Ihres Vertrages.

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

(2) Im Ablebensfall während der Prämienzahlungsdauer besteht unsere Leistung aus dem Geldwert der Deckungsrückstellung und der in der Polizze angegebenen Mindestrisikosumme. Ist die so ermittelte Ablebensleistung geringer als die in der Polizze angegebene Mindesttodesfallsumme, gelangt diese Mindesttodesfallsumme zur Auszahlung. Im Erlebensfall besteht unsere Leistung aus dem Geldwert der Deckungsrückstellung.

Leistungen bei Berufsunfähigkeit

(3) Wird die versicherte Person während der vereinbarten Versicherungsschutzdauer im Sinne des § 2 Abs.(1) bis (4) dieser Bedingungen berufsunfähig, so erbringen wir, soweit diese mitversichert sind, folgende Versicherungsleistungen:

- a) Vollständige Befreiung von der Prämienzahlungspflicht für die Hauptversicherung und die eingeschlossenen Zusatzversicherungen.
- b) Zahlung der vereinbarten Berufsunfähigkeitspension.
- c) Zahlung von Übergangsgeld zu dem Zeitpunkt, zu dem die Pension erstmals fällig wird, gemäß den nachstehenden Bedingungen.

In der Polizze ist dokumentiert, welches Vielfache der Monatspension als Übergangsgeld vereinbart ist. Maßgebend ist die Höhe der Monatspension zu dem Zeitpunkt, zu dem sie erstmals gezahlt wird. Dabei zahlen wir das volle vereinbarte Übergangsgeld, sofern die verbleibende Versicherungsdauer von dem Zeitpunkt, zu dem der entsprechende leistungsauslösende Grad der Berufsunfähigkeit erreicht ist, bis zum Ablauf der vertraglichen Versicherungsdauer noch mindestens fünf volle Versicherungsjahre beträgt. Verbleiben weniger als fünf volle Versicherungsjahre, wird das zu zahlende Übergangsgeld wie folgt gekürzt:

Im fünftletzten Versicherungsjahr vor Ablauf der Versicherungsdauer zahlen wir 5/6 des vollen vereinbarten Übergangsgeldes, im viertletzten Versicherungsjahr vor Ablauf 4/6, im drittletzten Versicherungsjahr vor Ablauf 3/6, im vorletzten Versicherungsjahr 2/6 und im letzten Versicherungsjahr 1/6 des vollen versicherten Übergangsgeldes.

Übergangsgeld kann während der Versicherungsdauer nur einmal in Anspruch genommen werden. Mit der Zahlung eines Übergangsgeldes erlischt dieser Vertragsbestandteil.

- d) Assistenzleistung

Mit unserer Medical Helpline informieren wir über Möglichkeiten medizinischer Versorgung im Erkrankungsfall. Die Helpline vermittelt medizinische Einrichtungen und Ärzte in Österreich, auf Wunsch auch im Ausland und benennt geeignete Fachärzte bei einer Erkrankung sowie Spezialkliniken, Reha-Zentren und medizinische Einrichtungen und gibt über die jeweiligen technischen Ausstattungen Auskunft. Auf Wunsch hält die Medical Helpline mit den behandelnden Ärzten Kontakt und informiert Sie über den Stand der Behandlung, organisiert und koordiniert die medizinische Rehabilitation und bietet hier auch die Hilfestellung bei der Vereinbarung von Behandlungsterminen an. Der Ersatz von Kosten der medizinischen Hilfeleistung selber ist vom Versicherungsschutz nicht erfasst.

Welche Leistungen im Rahmen Ihres Vertrages für den Fall der Berufsunfähigkeit versichert sind und eine ggf. vereinbarte Karenzzeit entnehmen Sie bitte Ihrer Versicherungspolizze.

Wird die versicherte Person während der vereinbarten Versicherungsschutzdauer infolge Pflegebedürftigkeit im Sinne des § 2 Abs.(5) bis (10) berufsunfähig, erbringen wir die vereinbarten Versicherungsleistungen, unabhängig vom Grad der Berufsunfähigkeit.

ANHANG 081

Seite 2

§ 2. Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

(1) Berufsunfähigkeit, die Leistungspflicht im Sinne dieser Bedingungen auslöst, liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich mindestens 6 Monate ununterbrochen zu mindestens 50% außerstande ist, ihre zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit, so wie sie ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war, auszuüben und sie keine andere ihrer Ausbildung und Erfahrung und ihrer bisherigen Lebensstellung entsprechende berufliche Tätigkeit ausübt.

(2) Für Selbständige / Betriebsinhaber ist für die Anerkennung der Berufsunfähigkeit zusätzlich zu Abs.(1) Voraussetzung, dass auch nach einer wirtschaftlich angemessenen und zumutbaren Umorganisation des Arbeitsplatzes keine Betätigungsmöglichkeit mehr verbleibt, die ihrer Ausbildung, Erfahrung und ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht.

(3) Ist die versicherte Person mindestens sechs Monate ununterbrochen infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, zu mindestens 50% außerstande gewesen, ihren Beruf auszuüben, so gilt dieser Zustand von Anfang an als Berufsunfähigkeit, die Leistungspflicht im Sinne dieser Bedingungen auslöst, es sei denn, sie übt eine andere ihrer Ausbildung und Erfahrung und ihrer bisherigen Lebensstellung entsprechende berufliche Tätigkeit aus. Abs.(2) gilt entsprechend.

Was gilt nach dem Ausscheiden aus dem Berufsleben?

(4) Scheidet die versicherte Person aus dem Berufsleben aus und werden später Leistungen wegen Berufsunfähigkeit beantragt, so kommt es bei der Anwendung der Absätze (1) und (3) darauf an, dass die versicherte Person außerstande ist, eine Tätigkeit auszuüben, die aufgrund ihrer Ausbildung und Erfahrung ausgeübt werden kann und ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht.

Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit

(5) Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen im Umfang von mindestens drei Pflegepunkten nach Absatz (8) pflegebedürftig sein wird.

(6) Ist die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls mindestens sechs Monate ununterbrochen im Umfang von mindestens drei Pflegepunkten nach Absatz (8) pflegebedürftig gewesen, so gilt dieser Zustand von Anfang an als Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen.

Wann liegt Pflegebedürftigkeit vor und wie wird sie bewertet?

(7) Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls so hilflos ist, dass sie für die in Absatz (8) genannten Verrichtungen in erheblichem Umfang täglich der Hilfe einer anderen Person bedarf und diese Hilfe auch täglich erfolgt.

(8) Bewertungsmaßstab für die Einstufung des Pflegefalls sind Art und Umfang der erforderlichen täglichen Hilfe durch eine andere Person. Dabei wird die nachstehende Punktetabelle angewendet:

Die versicherte Person benötigt Hilfe beim

Fortbewegen im Zimmer: 1 Punkt

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person - auch bei Inanspruchnahme von Hilfsmittel wie Gehhilfe oder Rollstuhl – an ihrem gewöhnlichen Aufenthaltsort die Unterstützung einer anderen Person für die Fortbewegung in geschlossenen Räumlichkeiten auf ebenem Untergrund benötigt.

Aufstehen und Zubettgehen: 1 Punkt

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person nur mit einer anderen Person das Bett verlassen oder in das Bett gelangen kann.

An- und Auskleiden: 1 Punkt.

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person - auch bei Benutzung einer krankengerechten Kleidung – sich nicht ohne Hilfe einer anderen Person an- oder auskleiden kann, oder – soweit medizinisch notwendig – Prothesen und vergleichbare Hilfsmittel nicht selbständig ab- und anlegen kann.

Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken 1 Punkt.

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person - auch bei der Benutzung krankheitsgerechter Hilfsmittel – nicht ohne Hilfe einer anderen Person bereits vorbereitete flüssige oder feste Nahrung aufnehmen kann.

Waschen:

1 Punkt

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person nicht mehr selbständig für eine angemessene Körperpflege sorgen kann, auch nicht mit Hilfsmitteln wie Haltegriffen oder Badehebern.

Verrichten der Notdurft 1 Punkt

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person die Unterstützung einer anderen Person benötigt, da sie sich nach dem Stuhlgang nicht allein säubern kann oder der Darm bzw. die Blase nur mit fremder Hilfe entleert werden kann. Besteht allein eine Inkontinenz des Darms bzw. der Blase, die durch Verwendung von Windeln, speziellen Einlagen, eines Katheters oder eines Kolostomiebeutels ausgeglichen werden kann, liegt hinsichtlich der Verrichtung der Notdurft keine Pflegebedürftigkeit vor.

Der Pflegefall wird nach der Anzahl der Punkte eingestuft. Wir leisten bei drei oder mehr Punkten.

ANHANG 081

Seite 3

(9) Unabhängig von der Bewertung nach Abs. (8) liegt die Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit vor, wenn die versicherte Person wegen einer seelischen Erkrankung oder geistigen Behinderung der Aufsicht und damit ständigen Bereitschaft von Pflegepersonal bedarf. Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit liegt unabhängig von der Bewertung nach Abs. (8) auch vor, wenn die versicherte Person dauernd bettlägerig ist und nicht ohne Hilfe einer anderen Person aufstehen kann oder wenn die versicherte Person der Bewahrung bedarf. Bewahrung liegt vor, wenn eine seelisch oder geistig behinderte Person einer äußeren, stets gegenwärtigen Einwirkung durch bereitstehende Aufsichtspersonen bedarf, um sich selbst oder Dritte nicht zu gefährden.

(10) Vorübergehende akute Erkrankungen führen zu keiner höheren Einstufung. Vorübergehende Besserungen bleiben ebenfalls unberücksichtigt. Eine Erkrankung oder Besserung gilt dann nicht als vorübergehend, wenn sie nach drei Monaten noch anhält.

§ 3. Was müssen Sie für Ihren Berufsunfähigkeitsschutz noch wissen?

Beginn des Leistungsanspruches

(1) Der Anspruch auf Prämienbefreiung und Berufsunfähigkeitspension entsteht mit Ablauf des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen eingetreten ist, unter Berücksichtigung einer ggf. vereinbarten Karenzzeit.

Einfluss einer vereinbarten Karenzzeit auf den Beginn des Leistungsanspruchs

(2) Karenzzeit ist der in Monaten vereinbarte Zeitraum von dem Tag an, an dem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist, bis zum Beginn der Leistungen. Sofern eine Karenzzeit vereinbart wurde, enthält die Polizze einen entsprechenden Hinweis.

Ist eine Karenzzeit vereinbart, entsteht der Anspruch auf die Berufsunfähigkeitsleistungen erst nach Ablauf der Karenzzeit, sofern die Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen während der Karenzzeit ununterbrochen bestanden hat und bei deren Ablauf noch andauert. Dies gilt auch bei einer erneuten Berufsunfähigkeit, wenn eine zuvor bestandene Berufsunfähigkeit weggefallen ist. Während der Dauer der Karenzzeit finden die Bestimmungen zu den Mitwirkungspflichten § 20 und zur Nachprüfung der Berufsunfähigkeit § 23 sinngemäß Anwendung.

Tritt nach einer beendeten Berufsunfähigkeit aufgrund derselben medizinischen Ursache erneut Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen ein, so werden bereits zurückgelegte Karenzzeiten berücksichtigt

Prämienzahlung bis zur Leistungsentscheidung

(3) Werden Leistungen beantragt, müssen Sie bis zur Entscheidung über die Leistungspflicht die Prämien in voller Höhe weiter entrichten. Wir werden jedoch bei Anerkennung der Leistungspflicht, die über den Leistungsbeginn hinaus gezahlten Prämien zurückzahlen. Auf Ihren Wunsch hin sind wir bereit, die in diesem Zeitraum fälligen Risikoprämien für den Berufsunfähigkeitsschutz bis zur entgeltlichen Entscheidung über die Leistungspflicht, höchstens jedoch für einen Zeitraum von fünf Jahren, zinslos zu stunden. Sollten wir Ihren Leistungsanspruch nicht anerkennen können, kann auf Wunsch der nachzuzahlende Prämienbetrag in einem Zeitraum von bis zu zwölf Monaten in Raten, zusammen mit den laufenden Prämien gezahlt werden, wobei wir Zinsen erheben.

Bei einer vereinbarten Karenzzeit besteht auch bei Anerkennung einer Berufsunfähigkeit bis zum Ende der Karenzzeit die Verpflichtung zur Prämienzahlung, sodass eine Prämienrückerstattung oder eine Prämienstundung für diesen Zeitraum nicht erfolgen kann.

Ende des Leistungsanspruches

(4) Der Anspruch auf Berufsunfähigkeitsleistungen erlischt, wenn eine Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen nach § 2 und § 23 nicht mehr vorliegt, bei Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit, wenn die Pflegebedürftigkeit unter das erforderliche Ausmaß des § 2 Abs.(8) sinkt, wenn die versicherte Person stirbt oder spätestens bei Ablauf der vertraglichen Leistungsdauer.

§ 4. Was ist bei der Antragstellung zu beachten?

(1) Als Versicherungsnehmer stellen Sie einen schriftlichen Antrag auf Abschluss eines Lebensversicherungsvertrages mit Versicherungsschutz bei Berufsunfähigkeit. 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. Die Frist beginnt mit dem Tag der Antragstellung.

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

§ 5. Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

(1) Der Versicherungsschutz beginnt, sobald wir die Annahme Ihres Antrages schriftlich oder durch Zustellung der Polizze bestätigt und Sie die erste Prämie rechtzeitig bezahlt haben (§ 10 Abs.(1)). Vor dem in der Polizze angegebenen Versicherungsbeginn besteht kein Versicherungsschutz.

Sofortschutz

(2) Ihre Lebensversicherung mit Fondsveranlagung und Versicherungsschutz bei Berufsunfähigkeit ist mit vorläufigem Sofortschutz ausgestattet.

Der vorläufige Sofortschutz erstreckt sich auf die für den Todesfall beantragten Summen, höchstens auf EUR 150.000,- auch wenn insgesamt höhere Summen auf das Leben derselben versicherten Person beantragt sind.

Für den Fall der Berufsunfähigkeit erstreckt sich der vorläufige Sofortschutz auf die beantragte Pension, höchstens auf EUR 12.000,- Jahrespension, auch wenn insgesamt eine höhere Berufsunfähigkeitspension für dieselbe versicherte Person beantragt ist.

ANHANG 081

Seite 4

Der vorläufige Sofortschutz für den Fall der Berufsunfähigkeit gilt nur, wenn die Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen durch einen Unfall hervorgerufen wird.

Der vorläufige Sofortschutz für den Todesfall und für den Fall der Berufsunfähigkeit gilt nur,

- wenn die versicherte Person zum Zeitpunkt der Antragstellung voll arbeitsfähig ist,
- nicht in ärztlicher Behandlung oder Kontrolle steht
- und die Versicherungsbedingungen keine Einschränkungen oder Ausschlüsse (§§ 15, 17 und 18) vorsehen.

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.

§ 6. Wie berechnet sich Ihre Prämie?

(1) Die Prämie richtet sich nach dem Tarif, dem Beruf und dem Alter der versicherten Person. Das Alter ist die Differenz zwischen dem jeweiligen Kalenderjahr 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 für die Berufsunfähigkeit 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 im Falle der Berufsunfähigkeit fortführen.

§ 7. 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 Börsennotierungstag des Vormonats. Erfolgende Einmalprämienzahlungen veranlassen wir an dem Börsennotierungstag, 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) Mit Ihrer Prämie müssen Abschluss- und Verwaltungskosten gedeckt werden. Diese Kosten berücksichtigen wir bereits bei der Kalkulation Ihrer Prämien, sodass diese Kosten nicht gesondert in Rechnung gestellt werden, sondern je nach Tarif von der Deckungsrückstellung in Abzug gebracht werden. Unter Abschlusskosten sind die mit dem Abschluss einer Lebensversicherung verbundenen und auf Sie entfallenden Kosten, etwa die Kosten für die Beratung und Vermittlung, die Anforderung von Gesundheitsauskünften und Ausstellung der Polizze zu verstehen.

(3) Die zur Deckung des Ablebens- und Berufsunfähigkeitsrisikos bestimmten Risikoprämien entnehmen wir der Deckungsrückstellung. Die Höhe der Risikoprämie richtet sich nach dem Tarif, dem Beruf und dem Alter der versicherten Person.

(4) 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 ausgezahlt. Der verbleibende Wert des Vertrages für den Fall der Kündigung nach § 13 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 § 13 Absatz 3.

§ 8. Auflösende Bedingung

(1) Die fondsgebundene Lebensversicherung bietet Versicherungsschutz unter unmittelbarer Beteiligung an der Wertentwicklung der gewählten Fonds. Alle Leistungen sind von der Wertentwicklung der Fonds abhängig und daher nur bedingt garantiert. Das bedeutet, dass sie nur so lange in der angegebenen Höhe vereinbart sind, wie Prämien und Geldwert der Deckungsrückstellung (§ 27) ausreichen, die für alle Leistungen notwendigen Kosten- und Risikoprämien zu finanzieren. Sofern die Aufrechterhaltung der vereinbarten Leistungen gefährdet ist, werden wir Sie davon schriftlich informieren.

(2) Sie haben die Möglichkeit den Vertrag durch Prämienhöhung mit der bisher vereinbarten Leistung, oder in gleicher Prämienhöhe wie bisher, jedoch mit verminderter Versicherungsleistung, fortzuführen.

Nach Zugang dieser Mitteilung haben Sie sechs Wochen Zeit, sich zu entscheiden. Treffen Sie keine Entscheidung, so erlöschen der Vertrag und der Versicherungsschutz zu einem bestimmten in der Mitteilung angegebenen Zeitpunkt

§ 9. 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 Prämie wird mit Zustellung der Polizze, 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.

ANHANG 081

Seite 5

§ 10. 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 Polizze 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.

(3) Sie haben das Recht, ohne erneute Gesundheitsprüfung die Wiedereinkaufsumme der Versicherung innerhalb von sechs Monaten seit der ersten unbezahlt gebliebenen Prämie zu verlangen.

§ 11. 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 Mindesttodesfallsumme. Der Versicherungsschutz im Falle des Ablebens und der Berufsunfähigkeit bleibt aufrecht, so lange der Geldwert der Deckungsrückstellung (§ 27) ausreicht, um die für alle Leistungen notwendigen Kosten- und Risikoprämien zu finanzieren.

(2) Im Ablebensfall besteht unsere Leistung aus dem Geldwert der Deckungsrückstellung und der in der Polizze angegebenen Mindesttrisikosumme. Sie haben auch die Möglichkeit die Mindesttodesfallsumme weiterzuführen. Der Wunsch auf Weiterführung der Mindesttodesfallsumme ist uns gegenüber schriftlich bekannt zu geben.

(3) Die Risikoprämien für das Ablebens- und Berufsunfähigkeitsrisiko und die Verwaltungskosten werden der Deckungsrückstellung entnommen. Dies kann dazu führen, dass die Deckungsrückstellung vollständig aufgebraucht wird. In diesem Fall tritt der Vertrag ohne Ansprüche außer Kraft.

§ 12. 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 - bei Dachfonds wird der zweitfolgende Börsetag als Bewertungsstichtag herangezogen. 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.

§ 13 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 dritten 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 Einmalergsversicherung.

(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.

§ 14. Wann können Sie einen Versicherungsvertrag gegen laufende Prämienzahlung prämienvfrei stellen?

(1) Sie können schriftlich die Umwandlung Ihres Vertrages in einen prämienvfreien 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 § 13 Absatz 3 vorhanden ist und dieser nicht geringer ist als die zu diesem Zeitpunkt jeweils geltende Mindestprämie für eine Einmalergsversicherung. Andernfalls erfolgt die Auflösung des Vertrages im Sinne des § 13 Absatz 3.

(2) Im Ablebensfall während der Prämienzahlungsdauer besteht unsere Leistung aus dem Geldwert der Deckungsrückstellung und der in der Polizze angegebenen Mindesttrisikosumme. Ist die so ermittelte Ablebensleistung geringer als die in der Polizze angegebene Mindesttodesfallsumme, gelangt diese Mindesttodesfallsumme zur Auszahlung.

ANHANG 081

Seite 6

Durch die Prämienfreistellung entfällt der Versicherungsschutz bei Berufsunfähigkeit und die Mindesttodesfallsumme. Wir entnehmen der Deckungsrückstellung alle anfallenden Kosten und die zur Deckung des Ablebensrisikos bestimmten Risikoprämien. Dies kann dazu führen, dass die Deckungsrückstellung vollständig aufgebraucht wird. In diesem Fall tritt der Vertrag ohne Ansprüche außer Kraft. Wir werden Sie darauf gegebenenfalls hinweisen.

§ 15. 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 Ablebens- und Berufsunfähigkeitsrisiko eines anderen versichert werden soll, ist auch dieser für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung verantwortlich.
- (3) Werden Angaben unrichtig oder unvollständig gemacht, können wir innerhalb der ersten drei Jahre seit Abschluss, letzter Änderung oder Wiederherstellung des Vertrages, vom Vertrag einschließlich Nachversicherungen, zurücktreten. Bei Eintritt des Versicherungsfalles während der ersten drei Jahre ist ein Rücktritt auch noch nach Ablauf dieser Frist möglich. Wir werden den Rücktritt innerhalb eines Monats ab Kenntnis von der Unrichtigkeit oder Unvollständigkeit der Angaben erklären. Sind die wahrheitswidrigen Angaben unverschuldet erfolgt, wird unsere Erklärung gegenstandslos. 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 einschließlich Nachversicherungen anfechten.
- (5) Wenn wir den Vertrag anfechten oder vom Vertrag zurücktreten, leisten wir den Geldwert der Deckungsrückstellung abzüglich noch nicht amortisierter Vertragserrichtungskosten.

§ 16. Welche Option steht Ihnen im Rahmen der Nachversicherungsgarantie zur Verfügung?

Versicherte Ereignisse

(1) Aufgrund der Nachversicherungsgarantie haben Sie das Recht, den bei Vertragsabschluss vereinbarten Todesfall- und Berufsunfähigkeitsschutz nach Eintritt eines der nachfolgend beschriebenen Ereignisse, ohne erneute Gesundheitsprüfung zu erhöhen:

- Heirat der versicherten Person;
- Geburt eines Kindes der versicherten Person;
- Adoption eines Kindes durch die versicherte Person;
- Aufnahme einer Berufstätigkeit nach erfolgreichem Abschluss eines Hochschul- oder Fachhochschulstudiums durch die versicherte Person;
- Einkommenserhöhung von mindestens 20% innerhalb eines Jahres aus nichtselbstständiger Tätigkeit der versicherten Person;
- Aufnahme einer selbstständigen beruflichen Tätigkeit in einem anerkannten Ausbildungsberuf oder in einem Beruf, der die Mitgliedschaft in einer öffentlich-rechtlichen Körperschaft (Kammerzugehörigkeit) erfordert, sofern die versicherte Person aus dieser beruflichen Tätigkeit ihr hauptsächliches Erwerbseinkommen bezieht;
- Kauf einer Immobilie mit einem Verkehrswert von mindestens EUR 50.000,- zur Eigennutzung durch die versicherte Person;
- Finanzierung im gewerblichen Bereich durch die versicherte Person in Höhe von mindestens EUR 50.000,-;
- Wegfall der Versicherungspflicht für die versicherte Person bei einem gesetzlichen Sozialversicherungsträger in Österreich;
- Wegfall oder Reduzierung einer betrieblichen Invaliditätsversorgungszusage der versicherten Person;
- Ehescheidung der versicherten Person.

(2) Das Recht auf Nachversicherung können Sie innerhalb von drei Monaten nach Eintritt des Ereignisses ausüben. Der Eintritt des Ereignisses ist innerhalb dieses Zeitraumes in geeigneter Form nachzuweisen.

Beginn der Nachversicherung

(3) Eine Erhöhung des Versicherungsschutzes im Rahmen der Nachversicherungsgarantie erfolgt frühestens zu Beginn der nächsten Fälligkeit der Prämie nach Zugang Ihrer Mitteilung samt der geeigneten Nachweise, spätestens zu Beginn des nächst folgenden Versicherungsjahres. Wenn Sie keinen Erhöhungstermin mitteilen, so erfolgt die Erhöhung zu Beginn des nächst folgenden Versicherungsjahres. Der Versicherungsschutz aus der jeweiligen Erhöhung beginnt am Erhöhungstermin, sofern Sie die erforderliche Mehrprämie entrichtet haben.

(4) Die Nachversicherung wird nach einem zu diesem Zeitpunkt geltenden Tarif einschließlich der dann gültigen Versicherungsbedingungen und steuerrechtlichen Vorschriften abgeschlossen. Im Übrigen finden alle Bestimmungen für die ursprüngliche Versicherung sinngemäß Anwendung; insbesondere hat die Nachversicherung die restliche Versicherungs- und Prämienzahlungsdauer der ursprünglichen Versicherung. Die Prämie der ursprünglichen Versicherung wird um die Prämie für die Nachversicherung erhöht.

Ausmaß der Erhöhung des Versicherungsschutzes

(5) Im Rahmen jeder einzelnen Erhöhung muss die Todesfallleistung mindestens EUR 2.000,-, die Jahrespension bei Berufsunfähigkeit mindestens EUR 240,- betragen. Die Erhöhung ist pro Ereignis auf 50% des ursprünglichen Versicherungsschutzes (ohne dynamische Erhöhungen), und mit höchstens EUR 25.000,- für die Todesfallleistung bzw. mit höchstens EUR 6.000,- Jahrespension bei Berufsunfähigkeit begrenzt. Die Erhöhungen aller Nachversicherungen dürfen insgesamt höchstens 100% des ursprünglichen Versicherungsschutzes im Todesfall bzw. bei Berufsunfähigkeit betragen, wobei der gesamte Versicherungsschutz inkl. dynamischer Erhöhungen bis zum Erhöhungstermin für den Todesfallschutz EUR 150.000,- und die Jahrespension bei Berufsunfähigkeit EUR 24.000,- nicht überschreiten darf.

ANHANG 081

Seite 7

Voraussetzung für eine Erhöhung der Berufsunfähigkeitspension ist, dass die beantragte gesamte versicherte Berufsunfähigkeitspension einschließlich bestehender privater, gesetzlicher und betrieblicher Anwartschaften nicht mehr als 75% des letzten Jahresnettoeinkommens der versicherten Person beträgt. Diese Voraussetzung ist von Ihnen nachzuweisen. Ist der Nachweis nicht erbracht, besteht kein Anspruch auf Erhöhung der Berufsunfähigkeitspension im Rahmen der Nachversicherungsgarantie.

Ende der Nachversicherungsgarantie

(6) Das Recht auf Nachversicherung ohne erneute Gesundheitsüberprüfung erlischt, wenn

- die versicherte Person das 40. Lebensjahr vollendet hat;
- die versicherte Person eine Berufsunfähigkeitsleistung beantragt hat oder die Berufsunfähigkeit eingetreten ist;
- die verbleibende Versicherungsdauer weniger als fünf Jahre beträgt;
- wir vom Vertrag wegen Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht zurücktreten, oder den Vertrag anfechten.

Nach Eintritt des Versicherungsfalles noch durchgeführte Erhöhungen des Versicherungsschutzes entfallen rückwirkend.

§ 17. Wie umfassend ist Ihr Versicherungsschutz?

(1) Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, wie und wo es zum Versicherungsfall gekommen ist. Der Versicherungsschutz für den Fall des Ablebens oder der Berufsunfähigkeit besteht weltweit.

(2) Bei Ableben der versicherten Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit Kriegsereignissen oder durch innere Unruhen, beschränkt sich unsere Leistungspflicht auf den Geldwert der Deckungsrückstellung abzüglich noch nicht amortisierter Vertragserrichtungskosten. Diese Einschränkung unserer Leistungspflicht gilt nicht, wenn das Ableben der versicherten Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit Kriegsereignissen verursacht worden ist, denen sie während eines Aufenthaltes im Ausland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war.

Die Verwendung der versicherte Person für humanitäre Hilfsdienste und Hilfeleistungen im Ausland ist von dieser Einschränkung der Leistungspflicht nicht erfasst, sofern die versicherte Person nicht in bewaffnete Unternehmungen einbezogen ist.

(3) Einige Ursachen, die zur Berufsunfähigkeit führen können, müssen jedoch vom Versicherungsschutz ausgeschlossen werden. Wir leisten nicht, wenn die Berufsunfähigkeit verursacht ist:

a) unmittelbar oder mittelbar durch Kriegsereignisse oder durch innere Unruhen, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat.

Diese Einschränkung unserer Leistungspflicht gilt nicht, wenn die Berufsunfähigkeit der versicherten Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit Kriegsereignissen verursacht worden ist, denen sie während eines Aufenthaltes im Ausland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war.

Die Verwendung der versicherte Person für humanitäre Hilfsdienste und Hilfeleistungen im Ausland ist von dieser Einschränkung der Leistungspflicht nicht erfasst, sofern die versicherte Person nicht in bewaffnete Unternehmungen einbezogen ist.

b) durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die versicherte Person;

c) durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit oder Kräfteverfall, absichtliche Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung. Wenn uns jedoch nachgewiesen wird, dass diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind, werden wir leisten;

d) durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie als Versicherungsnehmer oder mit der der Begünstigte vorsätzlich die Berufsunfähigkeit der versicherten Person herbeigeführt haben bzw. hat;

e) durch Strahlen infolge Kernenergie, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen in so ungewöhnlichem Maße gefährden oder schädigen, dass es zu deren Abwehr und Bekämpfung des Einsatzes des Katastrophenschutzes bedarf.

§ 18. Was gilt bei Selbstmord?

Bei Selbstmord der versicherten Person nach Ablauf von drei Jahren seit Abschluss, Änderung oder Wiederherstellung des Vertrages besteht voller Versicherungsschutz.

Vor Ablauf dieser Frist leisten wir im Ablebensfall den Geldwert der Deckungsrückstellung abzüglich noch nicht amortisierter Vertragserrichtungskosten.

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

§ 19. Was ist bei Fälligkeit einer Versicherungsleistung im Ab- bzw. Erlebensfall zu beachten?

(1) Leistungen aus dem Vertrag erbringen wir gegen Übergabe der Polizze (Letztstandspolizze). Mit Ausstellung einer Letztstandspolizze verlieren alle zuvor für diesen Vertrag ausgestellten Polizzen ihre Gültigkeit.

(2) Im Ablebensfall ist uns auch eine amtliche Sterbeurkunde vorzulegen. Zusätzlich können wir ärztliche oder amtliche Nachweise verlangen. 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 von zwei Monaten 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.

ANHANG 081

Seite 8

§ 20. Was ist zu beachten, wenn Leistungen wegen Berufsunfähigkeit verlangt werden, und welche Mitwirkungspflichten bestehen?

(1) Werden Leistungen wegen Berufsunfähigkeit verlangt, so sind uns zum Nachweis der Berufsunfähigkeit unverzüglich folgende Unterlagen einzureichen:

a) bei Berufsunfähigkeit nach § 2 Absätze (1) bis (4)

- eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Berufsunfähigkeit;
- ausführliche Berichte der Ärzte, die die versicherte Person gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer der Gesundheitsstörungen und über den Umfang der Auswirkungen auf die Berufsfähigkeit;
- Unterlagen über die von der versicherten Person durch Ausbildung und Erfahrung erworbenen beruflichen Fähigkeiten und Kenntnisse, über ihren Beruf, ihre Stellung und Tätigkeit zum Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit sowie über die eingetretenen Veränderungen;

b) bei Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit nach § 2 Absätze (5) bis (10)

- eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Berufsunfähigkeit;
- ausführliche Berichte der Ärzte, die die versicherte Person gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer der Gesundheitsstörungen und über den Umfang der Pflegebedürftigkeit;
- eine Bescheinigung der Person oder der Einrichtung, die mit der Pflege betraut ist, über Beginn, Art, Umfang und voraussichtliche Dauer der Pflege.

Die entstehenden Kosten für die Nachweise hat der Anspruchsteller zu tragen.

(2) Wir können außerdem, dann allerdings auf unsere Kosten,

- weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte;
- weitere Auskünfte und Aufklärungen und notwendige weitere Nachweise, auch über die wirtschaftlichen Verhältnisse der versicherten Person und über eingetretene Veränderungen, sowie über Beginn, Ursache, Art, Umfang und Verlauf der zur Berufsunfähigkeit bzw. zur Pflegebedürftigkeit führenden Gesundheitsstörungen

verlangen.

Die versicherte Person hat Ärzte, Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten sowie Alten- und Pflegeheime, bei denen sie in Behandlung oder Pflege war oder sein wird, sowie Pflegepersonen, andere Personenversicherer, Sozialversicherungsträger und Behörden zu ermächtigen, uns auf Verlangen Auskunft zu erteilen. Die zu befragenden Personen sind von ihrer Schweigepflicht uns gegenüber zu befreien.

(3) Die ärztlichen Nachweise zum Eintritt oder zum Fortbestehen der Berufsunfähigkeit müssen von einem innerhalb der Europäischen Union zugelassenen Arzt erstellt werden, sofern wir nicht anlässlich einer Leistungsprüfung oder der weiteren Nachprüfung im Einzelfall abweichende Vereinbarungen mit Ihnen treffen.

(4) Sie sind verpflichtet, zumutbaren ärztlichen Anweisungen zur Besserung Ihrer gesundheitlichen Verhältnisse Folge zu leisten. Lassen Sie invasive Behandlungsmaßnahmen, die der untersuchende oder behandelnde Arzt anordnet, um die Heilung zu fördern oder die Berufsunfähigkeit zu mindern, nicht durchführen, steht dies einer Anerkennung der Leistungen aus der Berufsunfähigkeitsversicherung nicht entgegen.

(5) Eine Minderung der Berufsunfähigkeit oder der Pflegebedürftigkeit und die Wiederaufnahme oder Änderung der beruflichen Tätigkeit sind uns unverzüglich mitzuteilen.

§ 21. Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht wegen Berufsunfähigkeit ab?

(1) Nach Prüfung der uns eingereichten sowie der von uns beigezogenen Unterlagen erklären wir, ob und in welchem Umfang und für welchen Zeitraum wir eine Leistungspflicht anerkennen. Grundsätzlich erfolgt die Entscheidung über unsere Leistungspflicht ohne zeitliche Befristung. Nur in begründeten Ausnahmen ist die ein- oder mehrmalige Befristung unseres Leistungsanerkenntnisses für insgesamt zwölf Monate zulässig.

(2) Wir können ein zeitlich begrenztes Anerkenntnis unter einstweiliger Zurückstellung der Frage aussprechen, ob die versicherte Person eine andere Tätigkeit im Sinne von § 2 ausübt.

(3) Während der Prüfung Ihres Anspruchs auf Leistung aus der Berufsunfähigkeitsversicherung werden wir Sie jeweils innerhalb einer Frist von drei Wochen nach Eingang von Unterlagen über erforderliche weitere Prüfungsschritte bzw. fehlende Unterlagen informieren. Liegen uns alle für unsere Leistungsentscheidung erforderlichen Unterlagen gemäss § 20 vor, so entscheiden wir innerhalb von drei Wochen, ob wir leisten.

§ 22. Bis wann können bei Meinungsverschiedenheiten Rechte geltend gemacht werden?

(1) Wenn derjenige, der den Anspruch auf die Versicherungsleistung wegen Berufsunfähigkeit geltend macht, mit unserer Leistungsentscheidung nicht einverstanden ist, kann er diesen innerhalb von einem Jahr nach Zugang unserer Entscheidung gerichtlich geltend machen.

(2) Lässt der Anspruchserhebende diese Frist verstreichen, ohne dass er den Anspruch gerichtlich geltend macht, so sind weitergehende Ansprüche, als wir sie anerkannt haben, ausgeschlossen. Auf diese Rechtsfolge werden wir in unserer Erklärung besonders hinweisen.

ANHANG 081

Seite 9

§ 23. Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?

(1) Nach Anerkennung oder Feststellung unserer Leistungspflicht sind wir berechtigt, das Fortbestehen der Berufsunfähigkeit oder der Pflegebedürftigkeit im Sinne von § 2 nachzuprüfen. Für die Dauer eines zeitlich befristeten Anerkennnisses nach § 21 ist die Nachprüfung ausgeschlossen.

Wir können auch prüfen, ob die versicherte Person nach dem Eintritt der Berufsunfähigkeit neue berufliche Kenntnisse und Fähigkeiten erworben hat. In diesem Fall liegt eine Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen nicht mehr vor, wenn alle nachfolgenden Voraussetzungen zutreffen:

- Die versicherte Person übt auf Basis dieser neu erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten auch tatsächlich eine neue berufliche Tätigkeit aus.
- Die versicherte Person kann aufgrund ihrer gesundheitlichen Verhältnisse diese Tätigkeit auch ausüben.
- Diese ausgeübte berufliche Tätigkeit entspricht der Lebensstellung der versicherten Person zum Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit in dem früheren Beruf.

Liegen diese Voraussetzungen vor, ist es unerheblich ob die Berufsunfähigkeit in dem früheren Beruf andauert.

(2) Zur Nachprüfung können wir auf unsere Kosten jederzeit sachdienliche Auskünfte und einmal jährlich umfassende Untersuchungen der versicherten Person durch von uns zu beauftragende Ärzte verlangen. § 20 (2) gilt entsprechend.

(3) Ist die Berufsunfähigkeit weggefallen oder hat sich ihr Grad auf weniger als 50% vermindert, stellen wir unsere Leistungen ein. Die Einstellung teilen wir dem Anspruchsberechtigten unter Hinweis auf seine Rechte aus § 22 mit; sie wird nicht vor Ablauf eines Monats nach Absenden dieser Mitteilung wirksam. Im Falle der Befreiung von der Prämienzahlungspflicht, werden zu diesem Zeitpunkt auch wieder die Prämien fällig.

(4) Liegt Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit vor und hat sich der Umfang des Pflegefalles gemindert, endet unsere Leistungspflicht, wenn die Pflegebedürftigkeit nach Änderung mit weniger als drei Punkten bewertet wird. Absatz (2) gilt entsprechend.

Endet eine Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen bereits vor Ablauf der vereinbarten Karenzzeit, wird keine Leistung bei Berufsunfähigkeit fällig.

§ 24. Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten nach Eintritt der Berufsunfähigkeit?

Solange eine Mitwirkungspflicht nach § 20 oder § 23 von Ihnen, der versicherten Person oder dem Ansprucherhebenden vorsätzlich oder grob fahrlässig nicht erfüllt wird, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht bleiben die Ansprüche aus der Berufsunfähigkeit jedoch insoweit bestehen, als die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist.

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

(1) Erfüllungsort für die Leistung ist die Generaldirektion der DONAU Allgemeine Versicherungs-Aktiengesellschaft.

(2) Überweisungen der Leistungen an den Bezugsberechtigten erfolgen auf seine Kosten und Gefahr.

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

(1) Bei Verträgen gegen laufende Prämienzahlung, bei denen die Prämienzahlungsdauer kürzer als die Versicherungsdauer ist, leisten wir im Ablebensfall nach Ablauf der Prämienzahlungsdauer jedenfalls den Geldwert der Deckungsrückstellung zuzüglich der Mindestrisikosumme. Im Erlebensfall besteht unsere Leistung aus dem Geldwert der Deckungsrückstellung.

(2) 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.

(3) 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.

§ 27. 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 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.

§ 28. 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.

ANHANG 081

Seite 10

(2) Alle Erklärungen, die wir abgeben, sind ebenfalls nur dann gültig, wenn sie schriftlich erfolgen und rechtsgültig 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.

§ 29. 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 (Letztstandspolizza) anspruchsberechtigt, so können wir verlangen, dass er uns seine Berechtigung nachweist.

Mit Ausstellung einer Letztstandspolizza verlieren alle zuvor für diesen Vertrag ausgestellten Polizzen ihre Gültigkeit.

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

(1) Im allgemeinen sind Sie der Verfügungsberechtigte. Sie können Ihren Vertrag vinkulieren, verpfänden oder abtreten. Wenn Ansprüche wegen Berufsunfähigkeit anerkannt sind, können Sie diese 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.

§ 31. 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.

§ 32. 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 Polizzinhalts (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.

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

(1) Ansprüche aus dem Vertrag, ausgenommen Ansprüche wegen Berufsunfähigkeit, verjähren in drei Jahren. 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 jedenfalls 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.

§ 34. Wie sind Sie am Gewinn beteiligt?

(1) Der StarInvest (Lebensversicherung mit Fondsveranlagung) unterliegt keinem Gewinnverband.

(2) Die Risikoprämie für den Berufsunfähigkeitsschutz nimmt im Wege der Gewinnbeteiligung an den von uns erzielten Überschüssen teil.

a) Gewinnbeteiligung für die Zeit, in der keine Leistung wegen Berufsunfähigkeit erfolgt:

Solange noch keine Leistungen wegen Berufsunfähigkeit fällig sind, erfolgt die Aufteilung der Überschüsse im Rahmen eines Gewinnverbandes. An den Überschüssen sind Sie in Form eines Prämienbonus beteiligt. Dieser Bonus wird von der von Ihnen zu bezahlenden Prämie sofort abgezogen. Berufs- und Risikozuschläge sind nicht überschussberechtigt. Der Gewinnverband ist in Ihrer Polizza angeführt.

Die Höhe dieses Bonus wird jährlich festgelegt und gilt für die im laufenden Kalenderjahr zu entrichtenden Risikoprämien für den Berufsunfähigkeitsschutz. Die Veröffentlichung der Höhe des Prämienbonus erfolgt im jährlichen Geschäftsbericht.

b) Gewinnbeteiligung während einer Berufsunfähigkeit:

Wenn Sie wegen Berufsunfähigkeit eine Berufsunfähigkeitspension beziehen, unterliegt Ihr Vertrag ab diesem Zeitpunkt dem dafür vorgesehenen Gewinnverband. Die Gewinnbeteiligung erhöht die laufende Pension. Die Erhöhung findet alljährlich am 31. Dezember, erstmalig im zweiten Auszahlungsjahr statt.

Die Veröffentlichung der Höhe des Prozentsatzes erfolgt im jährlichen Geschäftsbericht.