

DON_3F01V_2309A – VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN DER FONDSGEBUNDENEN LEBENSVERSICHERUNG MIT VORZEITIGEM SCHWEREN KRANKHEITSFALL (DREAD DISEASE UND PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT)

- § 1. Begriffsbestimmungen
- § 2. Art des Vertrags und Leistungen des Versicherers im Versicherungsfall
- § 3. Schwerer Krankheitsfall (Dread Disease und Pflegebedürftigkeit)
- § 4. Zusätzliche Kinderdeckung
- § 5. Pflichten des Versicherungsnehmers
- § 6. Umfang des Versicherungsschutzes
- § 7. Beginn des Versicherungsschutzes
- § 8. Kosten und Gebühren
- § 9. Veranlagung in Investmentfonds
- § 10. Gewinnbeteiligung bei Veranlagung im Deckungsstock der klassischen Lebensversicherung
- § 11. Leistungserbringung durch den Versicherer
- § 12. Angaben zur Steuerpflicht
- § 13. Kapitalentnahme bzw. vollständige Kapitalentnahme durch Kündigung (Rückkauf) - Rückkaufswert
- § 14. Prämienfreistellung
- § 15. Nachteile einer Kündigung oder Prämienfreistellung
- § 16. Verpfändung, Abtretung und Vinkulierung
- § 17. Erklärungen
- § 18. Bezugsberechtigung
- § 19. Vorgangsweise bei Verlust der Polizze
- § 20. Verjährung
- § 21. Vertragsgrundlagen
- § 22. Anwendbares Recht
- § 23. Aufsichtsbehörde
- § 24. Erfüllungsort

Anhang: § 176 Abs. 5 VersVG

Personenbezogene Bezeichnungen in diesem Dokument beziehen sich auf alle Geschlechter in gleicher Weise.

§ 1. Begriffsbestimmungen

Bitte lesen Sie die folgenden Begriffsbestimmungen sorgfältig durch – sie sind für das Verständnis dieser Versicherungsbedingungen notwendig!

Bezugsberechtigter (Begünstigter)	ist die Person, die für den Empfang der Leistungen genannt ist.
Deckungsrückstellung	ist die Summe aus den Ihrer fondsgebundenen Lebensversicherung rein rechnerisch zugeordneten Investmentfondsanteilen (Anzahl der Fondsanteile multipliziert mit dem jeweils gültigen Rechenwert (Anteilspreis – siehe § 7)) bzw. bei Wahl des Deckungsstocks plus dem Anteil am Deckungsstock der klassischen Lebensversicherung. Der Versicherer bildet mit diesem Wert eine Rückstellung in seiner Bilanz zur Deckung des entsprechenden Anspruchs des Begünstigten (daher der Name „Deckungsrückstellung“).
Gewinnbeteiligung (nur bei Wahl des Deckungsstocks)	sind Ihrem Vertrag zugewiesene Überschüsse, die die garantierten Versicherungsleistungen erhöhen.
Kapitalanlagegesellschaft	ist die Managementgesellschaft, die den Investmentfonds verwaltet.
Mindestrisikosumme	ist jene Summe, die im Ablebens- bzw. schweren Krankheitsfall zusätzlich zur Deckungsrückstellung ausbezahlt wird.
Modellrechnung	ist die individuell auf Ihren Vertrag abgestimmte Darstellung der möglichen Vertragsentwicklung, insbesondere der Erlebensleistung, der Ablebens- und schweren Krankheitsfalleistung, der prämienfreien Leistungen und der Rückkaufswerte, unter den getroffenen Annahmen für die Wertentwicklung der Investmentfonds.

Rückkaufswert	ist die Leistung des Versicherers, wenn der Vertrag vorzeitig gekündigt und „rückgekauft“ wird.
Tarif/Geschäftsplan (= versicherungs- mathematische Grundlagen)	ist eine der Finanzmarktaufsichtsbehörde (FMA) bekannt gemachte detaillierte Aufstellung jener Bestimmungen und versicherungsmathematischen Formeln, anhand derer die Leistung des Versicherers und die Gegenleistung des Versicherungsnehmers (Versicherungsprämie) zu berechnen sind. Der Tarif/Geschäftsplan kann für bestehende Verträge während der Vertragslaufzeit von uns nicht einseitig verändert werden.
Versicherer	ist die DONAU Versicherung AG Vienna Insurance Group
Versicherter	ist die Person, deren Leben versichert ist.
Versicherungsnehmer	ist der Vertragspartner des Versicherers und Träger der Rechte und Pflichten aus dem Versicherungsvertrag.
Versicherungsprämie	ist das vom Versicherungsnehmer zu zahlende Entgelt.

§ 2. Art des Vertrags und Leistungen des Versicherers im Versicherungsfall

(1) Die für den jeweiligen Versicherungsfall zu Ihrem Vertrag vereinbarten Leistungen entnehmen Sie bitte Ihrem Antrag bzw. Ihrer Polizza.

(2) Ihr Vertrag ist eine auf bestimmte Zeit abgeschlossene fondsgebundene Lebensversicherung mit der **Veranlagungsmöglichkeit in die klassische Lebensversicherung durch Investition in den Deckungsstock** (höchstens jedoch 90 %) gegen laufende Prämienzahlung über eine im Vorhinein festgelegte Prämienzahlungsdauer und bietet Zuzahlungsmöglichkeiten und die Möglichkeit der Änderung der Veranlagungsstrategie und der Kapitalentnahme während des Versicherungsverhältnisses sowie Versicherungsleistungen im Ab- bzw. Erlebensfall oder bei Eintritt des schweren Krankheitsfalles, den der Versicherte noch mindestens 28 Tage überlebt.

Nähere Informationen zum Wesen der fondsgebundenen Lebensversicherung sowie den Bestimmungen zur Veranlagung in Investmentfonds entnehmen Sie bitte § 9.

(3) Zuzahlungen bis zur Höhe der bei Vertragsabschluss vereinbarten Prämiensumme sind möglich. Zuzahlungen darüber hinaus bedürfen unserer Zustimmung. Die Mindesthöhe für die einzelne Zuzahlung beträgt EUR 1.000,–.

(4) Die Deckungsrückstellung (siehe § 1) wird jedenfalls erbracht,

- wenn diese unter EUR 5.000,– liegt
- nach Ablauf eines Monats nach Eintritt des Ereignisses, das die Leistung auslöst.

(5) Im **Erlebensfall** besteht unsere Leistung aus der Deckungsrückstellung.

(6) Im **Ablebensfall** oder im **schweren Krankheitsfall** leisten wir die Deckungsrückstellung zuzüglich der Mindestrisikosumme (siehe § 1). Die Höhe der Mindestrisikosumme entnehmen Sie bitte Ihrem Antrag bzw. Ihrer Polizza. Bei Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen (§ 3 Pkt. 11) leisten wir die um den in Ihrer Polizza angeführten Prozentsatz erhöhte Mindestrisikosumme.

Wir entnehmen der Deckungsrückstellung einen Teil der anfallenden Kosten (die detaillierten Regelungen der Kosten entnehmen Sie bitte § 8). Dies kann dazu führen, dass die Deckungsrückstellung vollständig aufgebraucht wird. In diesem Fall tritt der Vertrag ohne Ansprüche außer Kraft.

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, der beim erstmaligen Entstehen des Anspruches besteht, begrenzt.

(7) Wird uns innerhalb von sechs Monaten ab Eintritt eines schweren Krankheitsfalles das Vorliegen einer Pflegebedürftigkeit im Sinne der Bedingungen nachgewiesen, die der Versicherte noch mindestens drei Monate überlebt, so zahlen wir die für Pflegebedürftigkeit versicherte Leistung. Aus dem Versicherungsfall bereits erbrachte Leistungen werden gegengerechnet.

Nach diesen Bedingungen besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistung, wenn die Pflegebedürftigkeit innerhalb der ersten sechs Monate nach Beginn des Versicherungsschutzes (§ 7 Absatz (1)) eintritt, es sei denn, die Pflegebedürftigkeit wird durch einen Unfall hervorgerufen.

(8) Den Wert der **Deckungsrückstellung** ermitteln wir durch Multiplikation der Anzahl der Ihrem Vertrag rein rechnerisch zugeordneten Fondsanteile mit dem zum Bewertungsstichtag gültigen Rechenwert bzw. bei Wahl des Deckungsstocks plus dem Wert des Anteils am Deckungsstock der klassischen Lebensversicherung.

Der Bewertungsstichtag ist der letzte Börsetag des Monats vor Fälligkeit der Versicherungsleistung (siehe auch § 9 Absatz (5)).

§ 3. Schwerer Krankheitsfall (Dread Disease und Pflegebedürftigkeit)

1. Herzinfarkt

(1) Ein Herzinfarkt im Sinne dieser Bedingungen ist der Untergang von Herzmuskelzellen infolge unzureichender Blutzufuhr in den betroffenen Bereichen.

(2) Leistungspflicht im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn alle der folgenden Bedingungen erfüllt sind:

- a) Auftreten der typischen-pectanginösen Schmerzen,
 - b) frische EKG-Veränderungen nach den üblichen Infarktkriterien,
 - c) für einen Herzinfarkt typische nachgewiesene Erhöhung von herzspezifischen Markern,
 - d) Nachweis einer Reduzierung der Funktion der linken Herzkammer durch den Herzinfarkt. Diese Reduzierung der Funktion muss z.B. durch eine verminderte Ejektionsfraktion, eine schwere Hypokinesie oder durch Abnormalitäten der Herzwandbewegung nachgewiesen werden.
- (3) Nach diesen Bedingungen besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistung, wenn
- a) erstmalige Symptome innerhalb der ersten drei Monate nach Beginn des Versicherungsschutzes auftreten oder
 - b) eine Diagnose von Herzinfarkt innerhalb der ersten drei Monate nach Beginn des Versicherungsschutzes erfolgt.

Bei Erhöhungen des Versicherungsschutzes gilt dieselbe Wartezeit für den zusätzlichen Versicherungsschutz erneut.

2. Schlaganfall

(1) Ein Schlaganfall im Sinne dieser Bedingungen ist der Untergang von Hirngewebe, verursacht durch eine Durchblutungsstörung des Gehirns infolge eines Hirninfarkts oder einer intrakranialen oder subarachnoidalen Blutung.

(2) Leistungspflicht im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn alle der folgenden Bedingungen erfüllt sind:

- a) Das Vorliegen eines Schlaganfalles muss durch CT, MRI oder andere bildgebende Verfahren nachgewiesen werden.
- b) Der Schlaganfall muss zu einem neurologischen Defizit führen, das mindestens eine der folgenden Beeinträchtigungen zur Folge hat:
 - b1) Die versicherte Person ist dauerhaft und irreversibel nicht in der Lage, ohne Hilfsmittel (wie z. B. einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls) eine Entfernung von 200 Metern über einen ebenen Boden gehend zurück zu legen, ohne anzuhalten, sich abzustützen oder sich setzen zu müssen.
 - b2) Die versicherte Person ist dauerhaft und irreversibel nicht in der Lage – auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße –, ohne fremde Hilfe bereits vorbereitete essfertige Nahrung und Getränke aufzunehmen oder muss dauerhaft und irreversibel parenteral ernährt werden.
 - b3) Die versicherte Person ist dauerhaft und irreversibel nicht in der Lage, ohne Hilfsmittel über die Sprache mit der Umwelt zu kommunizieren.
 - b4) Vollständiger dauerhafter und irreversibler Funktionsverlust einer kompletten Gliedmaße in seiner Gesamtheit. Komplette Gliedmaße ist definiert als Arm einschließlich der Hand oder Bein einschließlich des Fußes. Der Funktionsverlust muss neurologisch nachgewiesen werden.
- c) Die Beurteilung, ob die unter b) aufgeführten Bedingungen an das neurologische Defizit erfüllt sind, darf frühestens drei Monate nach dem Schlaganfall erfolgen.

3. Krebs

(1) Krebs im Sinne dieser Bedingungen ist ein histologisch nachgewiesener bösartiger Tumor, der durch unkontrolliertes Wachstum sowie das Eindringen in anderes Gewebe mit Tendenz zur Metastasenbildung gekennzeichnet ist. Unter den Begriff 'Krebs' fallen auch die Tumorformen des Blutes, der blutbildenden Organe und des Lymphsystems einschließlich Leukämie, Lymphome und Morbus Hodgkin. Die Diagnose muss durch Vorlage des histologischen – bzw. für Leukämien und Lymphome zytologischen – Befundes bestätigt sein.

(2) Nicht unter den Versicherungsschutz fallen:

- a) Morbus Hodgkin und Non-Hodgkin-Lymphome der Klasse 1 (Ann Arbor Klassifikation),
- b) Leukämie (außer chronisch lymphatischer Leukämie), wenn keine generalisierte Ausbreitung von Leukämiezellen im Blut vorliegt,
- c) chronische lymphatische Leukämie mit Schweregrad unterhalb von RAI Klasse 1 oder Binet Klasse A-1,

- d) Carcinoma-in-situ (einschließlich Zervixdysplasie der CIN-Klassifikationen CIN-1, CIN-2 und CIN-3 und der PAP-Klassifikationen PAP-1 bis PAP-4) oder prae-maligne Formen,
 - e) Hautkrebs und Melanome, die ein histologisch nachgewiesenes Tumorstadium I oder II der TNM Klassifikation oder eine Eindringtiefe von weniger als 1,5 Millimetern nach der Breslow-Methode haben. Liegt aber eine Fernmetastasenbildung vor, so werden wir leisten.
 - f) Kaposi-Sarkom und andere Tumore bei gleichzeitig bestehender HIV-Infektion oder AIDS-Erkrankung,
 - g) Prostatakrebs der histologisch nachgewiesenen TNM-Klassifikation T1 (einschließlich T1 (a), T1 (b) oder einer anderen vergleichbaren Klassifikation),
 - h) papilläre Mikrokarzinome der Schilddrüse oder der Blase.
- (3) Nach diesen Bedingungen besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistung, wenn
- a) erstmalige Symptome innerhalb der ersten drei Monate nach Beginn des Versicherungsschutzes auftreten oder
 - b) eine Diagnose von Krebs innerhalb der ersten drei Monate nach Beginn des Versicherungsschutzes erfolgt.

Bei Erhöhungen des Versicherungsschutzes gilt dieselbe Wartezeit für den zusätzlichen Versicherungsschutz erneut.

4. Benigner (gutartiger) Gehirntumor

(1) Ein benigner Gehirntumor im Sinne dieser Bedingungen ist ein lebensbedrohlicher, nicht bösartiger Tumor des Gehirns. Der Anspruch auf Versicherungsleistung entsteht, wenn klinische Zeichen des Hirndruckes als Folge des Tumors wie z. B. Papilloedem, Hirnleistungsstörung, epileptische Anfälle oder motorische oder sensorische Beeinträchtigungen nachweisbar sind sowie mindestens eine der folgenden Bedingungen erfüllt ist:

- a) Der Tumor wurde durch eine Operation teilweise oder vollständig entfernt.
- b) Die Behandlung des Tumors durch eine Chemo- oder Strahlentherapie wurde begonnen.
- c) Es ist nur noch eine palliative Behandlung möglich.

(2) Zysten, Verkalkungen, Granulome, Fehlbildungen in den oder der Arterien oder Venen des Gehirns sowie Tumore der Gehirnanhangsdrüse und der Zirbeldrüse fallen nicht unter den Versicherungsschutz.

- (3) Nach diesen Bedingungen besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistung, wenn
- a) erstmalige Symptome innerhalb der ersten drei Monate nach Beginn des Versicherungsschutzes auftreten oder
 - b) eine Diagnose eines benignen Gehirntumors innerhalb der ersten drei Monate nach Beginn des Versicherungsschutzes erfolgt.

Bei Erhöhungen des Versicherungsschutzes gilt dieselbe Wartezeit für den zusätzlichen Versicherungsschutz erneut.

5. Bypass-Operation der Koronararterien

(1) Eine Bypass-Operation der Koronararterien im Sinne dieser Bedingungen ist die Durchführung einer Operation an den Koronararterien unter Eröffnung des Brustraumes mit operativer Korrektur von zwei oder mehr Gefäßabschnitten zur Behebung einer nachgewiesenen Verengung oder eines Verschlusses von Herzkranzgefäßen. Der Anspruch auf Versicherungsleistung entsteht nach durchgeführter Operation.

(2) Unter diesem Vertrag besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistung, wenn die Operation innerhalb der ersten drei Monate nach Beginn des Versicherungsschutzes durchgeführt wird.

Bei Erhöhungen des Versicherungsschutzes gilt dieselbe Wartezeit für den zusätzlichen Versicherungsschutz erneut.

6. Chronisches Nierenversagen

Chronisches Nierenversagen im Sinne dieser Bedingungen ist ein chronisches Nierenversagen im terminalen Stadium, das eine Dialysebehandlung oder eine Nierentransplantation erforderlich macht. Die Notwendigkeit der Dialysebehandlung muss durch einen nephrologischen Bericht belegt werden. Der Anspruch auf die Versicherungsleistung entsteht nach Beginn der Dialysebehandlung bzw. nach erfolgter Transplantation.

7. Lähmung

Lähmung im Sinne dieser Bedingungen ist die vollständige und dauerhafte Lähmung von zwei Armen und/oder zwei Beinen und/oder einer Körperhälfte als Folge eines Unfalls oder einer Krankheit. 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 drei Monate nach Beginn der Lähmung erhoben wurden.

8. Multiple Sklerose

(1) Multiple Sklerose im Sinne dieser Bedingungen ist eine entzündliche Erkrankung des zentralen Nervensystems mit Entmarkungsherden in der weißen Substanz des Gehirns oder Rückenmarks.

(2) Leistungspflicht im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn alle der folgenden Bedingungen erfüllt sind:

- a) Bei schubförmigem Verlauf der Erkrankung müssen nachweisbar bereits mindestens zwei Schübe aufgetreten sein; bei chronisch progredientem Verlauf der Erkrankung muss mindestens ein Jahr nach der Diagnose einer chronisch progredienten Multiplen Sklerose vergangen sein.
 - b) Die Erkrankung manifestiert sich in neurologischen Defiziten, die mindestens eine der folgenden Beeinträchtigungen zur Folge haben:
 - b1) Die versicherte Person ist dauerhaft und irreversibel nicht in der Lage – auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße –, ohne fremde Hilfe bereits vorbereitete essfertige Nahrung und Getränke aufzunehmen oder muss dauerhaft und irreversibel parenteral ernährt werden.
 - b2) Die versicherte Person ist dauerhaft und irreversibel nicht in der Lage, ohne Hilfsmittel (wie z. B. einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls) eine Entfernung von 200 Metern über einen ebenen Boden gehend zurück zu legen, ohne anzuhalten, sich abzustützen oder sich setzen zu müssen.
 - b3) Es liegt ein neurologisch nachgewiesenes Zentralskotom vor.
- (3) Nach diesen Bedingungen besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistung, wenn
- a) erstmalige Symptome innerhalb der ersten drei Monate nach Beginn des Versicherungsschutzes auftreten oder
 - b) eine Diagnose von Multipler Sklerose innerhalb der ersten drei Monate nach Beginn des Versicherungsschutzes erfolgt.

Bei Erhöhungen des Versicherungsschutzes gilt dieselbe Wartezeit für den zusätzlichen Versicherungsschutz erneut.

9. Blindheit

(1) Blindheit im Sinne dieser Bedingungen ist der klinisch nachgewiesene, irreversible und nicht therapierbare weitgehende Verlust der Sehschärfe (Visus) als Folge einer Krankheit oder eines Unfalles.

(2) Leistungspflicht im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die folgenden beiden Bedingungen erfüllt sind:

- a) Die Sehschärfe auf dem besseren Auge beträgt unter Zuhilfenahme von Hilfsmitteln nicht mehr als 6/60 oder 20/200 oder das Sehfeld auf beiden Augen ist auf maximal 20 Grad beschränkt.
- b) Nach allgemeiner medizinischer Meinung kann die Sehschärfe oder das Sehfeld durch Hilfsmittel oder Implantate nicht derart verbessert werden, dass die Sehschärfe auf dem schlechteren Auge auf mehr als 6/60 oder 20/200 verbessert würde und das Sehfeld auf einem Auge mehr als 20 Grad betragen würde.

10. Organtransplantation

(1) Eine Organtransplantation im Sinne dieser Bedingungen ist eine durchgeführte Transplantation von Herz (nur komplette Transplantation), Lunge, Leber, Bauchspeicheldrüse (ausgeschlossen ist die Transplantation der Langerhans' Inseln allein), Niere oder Knochenmark von einem Spender auf einen Empfänger, welcher die versicherte Person ist.

(2) Die Leistung kann vor der Operation erbracht werden, wenn die versicherte Person die Aufnahme in eine offiziell anerkannte Transplantations-Warteliste innerhalb Europas durch ein Transplantationszentrum nachweisen kann und alle der folgenden Bedingungen erfüllt sind:

- a) Der Versicherte befindet sich seit mindestens einem Jahr auf der Transplantations-Warteliste und ein Transplantationszentrum bestätigt nach diesem Zeitraum, dass die Voraussetzungen für einen Verbleib der versicherten Person auf der Transplantations-Warteliste gegeben sind oder der Versicherte musste die Transplantations-Warteliste wegen schlechter Gesundheit verlassen.
- b) Es liegt eine Bestätigung durch einen Facharzt vor, dass die Transplantation die bestmögliche Behandlungsweise für die versicherte Person ist und dass die Erkrankung der versicherten Person lebensbedrohlich ist.

11. Pflegebedürftigkeit

(1) Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn der Versicherte infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls voraussichtlich dauerhaft so hilflos ist, dass er für mindestens drei der im Folgenden genannten sechs Verrichtungen auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel in erheblichem Umfang täglich der Hilfe einer anderen Person bedarf. "Dauerhaft" bedeutet in diesem Zusammenhang, dass die Pflegebedürftigkeit voraussichtlich auf Dauer besteht und aus ärztlicher Sicht keine Hoffnung auf Reaktivierung besteht.

1. Fortbewegen im Zimmer

Hilfebedarf liegt vor, wenn der Versicherte – auch bei Inanspruchnahme einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls – die Unterstützung einer anderen Person benötigt, um sich an seinem gewöhnlichen Aufenthaltsort auf ebener Oberfläche von Zimmer zu Zimmer fortzubewegen..

2. Aufstehen und Zubettgehen

Hilfebedarf liegt vor, wenn der Versicherte nur mit Hilfe einer anderen Person das Bett verlassen oder in das Bett gelangen kann.

3. An- und Auskleiden

Hilfebedarf liegt vor, wenn der Versicherte – auch bei Benutzung krankengerechter Kleidung – sich nicht ohne Hilfe einer anderen Person an- oder auskleiden kann.

4. Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken

Hilfebedarf liegt vor, wenn der Versicherte – auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße – nicht ohne fremde Hilfe bereits vorbereitete essfertige Nahrung und Getränke aufnehmen kann.

5. Waschen

Hilfebedarf liegt vor, wenn der Versicherte – auch bei Benutzung von Hilfsmitteln wie Wannengriffen oder einem Wannelift – sich nicht ohne Hilfe einer anderen Person so waschen kann, dass ein akzeptables Maß an Körperhygiene gewahrt bleibt.

6. Verrichten der Notdurft

Hilfebedarf liegt vor, wenn der Versicherte die Unterstützung einer anderen Person benötigt, weil

- er sich nach dem Stuhlgang nicht allein säubern kann
- er seine Notdurft nur unter Zuhilfenahme einer Bettschüssel verrichten kann oder
- der Darm bzw. die Blase nur mit fremder Hilfe entleert werden kann.

Besteht eine Inkontinenz des Darms bzw. der Blase, die durch die Verwendung von Hilfsmitteln wie Windeln, speziellen Einlagen, einem Katheder oder einem Kolostomiebeutel ausgeglichen werden kann, liegt hinsichtlich der Verrichtung der Notdurft keine Pflegebedürftigkeit vor, solange der Versicherte bei Verwendung dieser Hilfsmitteln zur Verrichtung der Notdurft nicht auf die Hilfe einer anderen Person angewiesen ist.

Die Pflegebedürftigkeit ist ärztlich nachzuweisen.

(2) Unabhängig von der Fähigkeit, die oben genannten Verrichtungen ohne Unterstützung durch eine andere Person ausführen zu können, liegt Pflegebedürftigkeit auch vor, wenn der Versicherte eine schwere Einschränkung der Alltagskompetenz aufweist. Eine solche schwere Einschränkung der Alltagskompetenz liegt vor, wenn

- die mentalen Fähigkeiten des Versicherten sich infolge einer organischen Krankheit wie der Alzheimer'schen Krankheit erheblich verschlechtern haben und
- die versicherte Person aufgrund der schweren Einschränkung der Alltagskompetenz in erheblichem Maße täglicher Beaufsichtigung durch eine andere Person bedarf, um zu verhindern, dass der Versicherte sich oder anderen Personen Schaden zufügt, und
- die schwere Einschränkung der Alltagskompetenz mit Standardtestverfahren nachgewiesen werden kann und
- die schwere Einschränkung der Alltagskompetenz voraussichtlich dauerhaft bestehen wird.

Eine schwere Einschränkung der Alltagskompetenz liegt nicht vor, wenn die geistigen Fähigkeiten des Versicherten aufgrund einer seelischen Erkrankung wie z. B. Depressionen beeinträchtigt sind.

Die Diagnose der schweren Einschränkung der Alltagskompetenz und der Standardtest müssen von einem Experten für solche Krankheitsbilder durchgeführt werden.

(3) Nach diesen Bedingungen besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistung, wenn die Pflegebedürftigkeit innerhalb der ersten sechs Monate nach Beginn des Versicherungsschutzes (§ 7 Absatz (1)) eintritt, es sei denn, die Pflegebedürftigkeit wird durch einen Unfall hervorgerufen.

Bei Erhöhungen des Versicherungsschutzes gilt dieselbe Wartezeit für den zusätzlichen Versicherungsschutz erneut.

12. Verlust der Gliedmaßen

Verlust der Gliedmaßen im Sinne dieser Bedingungen ist der vollständige und dauerhafte Verlust von mindestens zwei Gliedmaßen oberhalb der Hand und/oder oberhalb des Fußes.

13. Taubheit

Taubheit im Sinne dieser Bedingungen ist der irreversible und nicht therapierbare Verlust der Hörfähigkeit für alle Schallreize unterhalb von 90 Dezibel aufgrund einer Krankheit oder eines Unfalls.

Es besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistung, wenn nach allgemeiner medizinischer Meinung die Hörfähigkeit durch ein Hörgerät, Implantat oder andere Hilfsmittel derart verbessert werden kann, dass auch Schallreize unterhalb von 90 Dezibel gehört werden könnten.

14. Operation der Herzklappen

(1) Eine Operation der Herzklappen im Sinne dieser Bedingungen ist eine Operation am offenen Herzen mit Eröffnung des Brustraumes zur operativen Korrektur oder zum Ersatz von einer oder mehreren Herzklappen. Der Anspruch auf Versicherungsleistung entsteht nach durchgeführter Operation.

(2) Nach diesen Bedingungen besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistung, wenn die Operation innerhalb der ersten drei Monate nach Beginn des Versicherungsschutzes durchgeführt wird. Bei Erhöhungen des Versicherungsschutzes gilt dieselbe Wartezeit für den zusätzlichen Versicherungsschutz erneut.

15. Operation der Aorta

Eine Operation an der Aorta im Sinne dieser Bedingungen ist eine Operation mit Eröffnung des Brust- oder Bauchraumes zur operativen Korrektur oder zum teilweisen Ersatz der Aorta aufgrund eines Aortenaneurysmas, einer Verengung der Aorta oder einer traumatischen Aortenruptur. Unter dieser Deckung sind Operationen an von der Bauch- oder Brustaorta abgehenden Gefäßen nicht gedeckt. Der Anspruch auf Versicherungsleistung entsteht nach durchgeführter Operation.

16. Verlust der Sprache

Der Verlust der Sprache im Sinne dieser Bedingungen ist der vollständige und irreversible Verlust des Sprechvermögens über einen ununterbrochenen Zeitraum von zwölf Monaten.

Es besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistung, wenn nach allgemeiner medizinischer Meinung durch irgendein Hilfsmittel, eine Behandlung oder ein Implantat das Sprechvermögen ganz oder teilweise wieder hergestellt werden könnte.

17. Fortgeschrittene Demenz einschließlich Alzheimer'sche Krankheit

(1) Alzheimer'sche Krankheit im Sinne dieser Bedingungen ist eine progressive degenerative Erkrankung des Gehirns, die durch eine diffuse Hirnatrophie und krankheitsspezifische Zellveränderungen gekennzeichnet ist.

(2) Demenz im Sinne dieser Bedingungen ist eine organische, mentale Erkrankung, die durch einen allgemeinen Verlust der intellektuellen Fähigkeiten einschließlich der Beeinträchtigung des Gedächtnisses, des Urteilsvermögens, der Fähigkeit zum abstrakten Denken sowie Änderungen in der Persönlichkeit gekennzeichnet ist.

(3) Leistungspflicht im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn der Versicherte eine schwere Einschränkung der Alltagskompetenz aufweist. Eine solche schwere Einschränkung der Alltagskompetenz liegt vor, wenn alle der folgenden Bedingungen erfüllt sind:

- a) die mentalen Fähigkeiten des Versicherten haben sich infolge von fortgeschrittener Demenz oder der Alzheimer'schen Krankheit erheblich verschlechtert,
- b) die versicherte Person bedarf aufgrund der schweren Einschränkung der Alltagskompetenz der Beaufsichtigung, um Gefährdungen zu verhüten,
- c) die schwere Einschränkung der Alltagskompetenz kann mit Standardtestverfahren nachgewiesen werden,
- d) die schwere Einschränkung der Alltagskompetenz wird voraussichtlich dauerhaft bestehen.

Eine schwere Einschränkung der Alltagskompetenz liegt nicht vor, wenn die geistigen Fähigkeiten des Versicherten aufgrund einer seelischen Erkrankung wie z.B. Depressionen beeinträchtigt sind.

Beaufsichtigung zur Verhütung von Gefährdung im Sinne dieser Definition bedeutet, dass die versicherte Person beaufsichtigt werden muss, um zu verhindern, dass sie sich oder anderen Personen Schaden zufügt, weil die versicherte Person

- den Wohnbereich unkontrolliert verlässt oder
- gefährdende Situationen verkennt oder verursacht oder
- unsachgemäß mit gefährlichen Gegenständen oder potenziell gefährdenden Substanzen hantiert oder
- sich tätlich oder verbal aggressiv in Verkennung der Situation verhält.

Die Diagnose der schweren Einschränkung der Alltagskompetenz und der Standardtest müssen von einem Experten für solche Krankheitsbilder durchgeführt werden.

18. Parkinson'sche Krankheit

(1) Die Parkinson'sche Krankheit im Sinne dieser Bedingungen ist eine langsam fortschreitende degenerative Erkrankung des Zentralnervensystems, die zu einer Degeneration von Nervenzellen in einem Gebiet des Gehirns führt, welche die Absenkung der Dopaminlevel in Teilen des Gehirns zur Folge hat.

(2) Leistungspflicht im Sinne dieser Bedingungen liegt nur vor, wenn alle der folgenden Bedingungen erfüllt sind:

- a) Mögliche Differentialdiagnosen müssen explizit ausgeschlossen worden sein.
- b) Die Symptome sind fortschreitend.
- c) Die Erkrankung ist medikamentös nicht ausreichend einzustellen.

- Falls sich die versicherte Person in medizinisch technischer Behandlung befindet, so darf die Erkrankung während oder nach der Behandlung nicht ausreichend einstellbar sein.
 - Falls sich die versicherte Person einer Operation zur Behandlung der Parkinson'schen Krankheit unterzogen hat, so darf die Erkrankung nach dieser Operation nicht ausreichend einstellbar sein.
- d) Die Erkrankung manifestiert sich in neurologischen Defiziten, die die folgende Beeinträchtigung zur Folge haben: die versicherte Person ist aufgrund der Parkinson'schen Krankheit dauerhaft und irreversibel nicht in der Lage, ohne Hilfsmittel (wie z.B. einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls) eine Entfernung von 200 Metern über einen ebenen Boden gehend zurück zu legen, ohne anzuhalten, sich abzustützen oder sich setzen zu müssen.

19. Schwere Verbrennungen

Als schwere Verbrennungen im Sinne dieser Bedingungen werden Verbrennungen dritten Grades von mindestens 20 % der Körperoberfläche bezeichnet, die durch thermische, chemische oder elektrische Einwirkungen auf die Haut entstanden sind. Als Messkriterium gilt die „Neuner-Regel“ oder die Körperoberflächenkarte nach Lund und Browder.

20. Koma

(1) Koma im Sinne dieser Bedingungen ist ein Zustand tiefer Bewusstlosigkeit ohne jegliche Reaktion auf externe Reize oder interne Bedürfnisse.

(2) Leistungspflicht im Sinne dieser Bedingungen liegt nur vor, wenn die folgenden Bedingungen erfüllt sind:

- a) Der Zustand muss für einen Zeitraum von mindestens 96 Stunden andauern und während dieser Zeit eine künstliche Beatmung erfordern.
- b) Das Koma muss zu permanenten neurologischen Ausfällen führen, die mindestens eine der folgenden Beeinträchtigungen zur Folge haben:
 - b1) Die versicherte Person ist dauerhaft und irreversibel nicht in der Lage, ohne Hilfsmittel (wie z. B. einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls) eine Entfernung von 200 Metern über einen ebenen Boden gehend zurück zu legen, ohne anzuhalten, sich abzustützen oder sich setzen zu müssen.
 - b2) Die versicherte Person ist dauerhaft und irreversibel nicht in der Lage – auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße –, ohne fremde Hilfe bereits vorbereitete essfertige Nahrung und Getränke aufzunehmen oder muss dauerhaft und irreversibel parenteral ernährt werden.
 - b3) Die versicherte Person hat dauerhaft, irreversibel und nicht therapierbar die Fähigkeit verloren, über die Sprache mit der Umwelt zu kommunizieren.
 - b4) Die versicherte Person kann in MMSE-Tests (Mini-Mental State Examination) nicht mehr als 16 Punkte erreichen. Der MMSE-Test ist von einem Neurologen, der mit diesem Test vertraut ist, durchzuführen.

(3) Es wird ebenfalls eine Versicherungsleistung erbracht, wenn die versicherte Person für einen Zeitraum von zwei Monaten in einem Zustand tiefer Bewusstlosigkeit ohne jegliche Reaktion auf externe Reize oder interne Bedürfnisse gelegen hat und dieser Zustand kein „Künstliches Koma“ als Therapiemaßnahme ist und die Dauer nicht durch eine Verlängerung des komatösen Zustandes aus therapeutischen Gründen zustande gekommen ist.

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

(1) Tödliche Krankheit im Sinne dieser Leistungsbeschreibung ist jede fortschreitende, unheilbare Krankheit, die nach Ansicht eines Facharztes – nicht des Hausarztes – innerhalb von zwölf Monaten zum Tode führen wird.

(2) Leistungspflicht im Sinne dieser Bedingungen liegt nur vor, wenn alle der folgenden Bedingungen erfüllt sind:

- a) Die Prognose muss von einem Facharzt erstellt werden, der die versicherte Person zuvor nicht behandelt hat.
- b) Es ist keine weitere Behandlung der Erkrankung möglich und es kann nur eine rein palliative Therapie erfolgen.
- c) In Zweifelsfällen ist der Versicherer berechtigt, einen weiteren Facharzt hinzuzuziehen.

22. HIV-Infektion – erworben durch Bluttransfusion

(1) Eine HIV-Infektion - erworben durch Bluttransfusion – im Sinne dieser Bedingungen ist eine HIV-Infektion, die nachweislich auf einer nach Versicherungsbeginn erfolgten Bluttransfusion beruht.

(2) Leistungspflicht im Sinne dieser Bedingungen liegt nur vor, wenn alle der folgenden Bedingungen erfüllt sind:

- a) Dem Versicherer wird ein
 - a1) Schuldanerkenntnis des Herstellers, des Krankenhauses oder der Institution, in der die Transfusion erfolgte, oder
 - a2) rechtskräftiges Urteil vorgelegt, das glaubhaft macht, dass die Ursache für den Eintritt der HIV-Infektion der versicherten Person im Verantwortungsbereich einer der vorstehend genannten Stellen gesehen wurde.
- b) Die versicherte Person leidet nicht an Hämophilie.
- c) Der Versicherer muss freien Zugang zu allen Blutproben der versicherten Person haben sowie die Möglichkeit erhalten, diese Blutproben unabhängig testen zu lassen.

(3) HIV-Infektionen über alle anderen Infektionswege, einschließlich sexueller Aktivitäten und intravenöser Verabreichung von Drogen, sind nicht vom Versicherungsschutz erfasst.

23. HIV-Infektion – erworben während der beruflichen Tätigkeit

(1) Eine HIV-Infektion – erworben während der beruflichen Tätigkeit der versicherten Person – im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die HIV-Infektion

- a) durch eine Verletzung oder
- b) durch den beruflichen Umgang mit Blut oder anderen Körperflüssigkeiten während der Ausübung der beruflichen Tätigkeit (Vorfall) hervorgerufen wurde.

(2) Leistungspflicht im Sinne dieser Bedingungen liegt nur vor, wenn alle der folgenden Bedingungen erfüllt sind:

- a) Die versicherte Person muss die HIV-Infektion während der Ausübung der normalen Tätigkeit ihres Berufes erworben haben, und der Beruf der versicherten Person muss in der nachstehenden Liste enthalten sein.
- b) Die Serokonversion muss innerhalb von sechs Monaten nach dem Vorfall erfolgen.
- c) Die versicherte Person muss innerhalb von fünf Tagen nach dem Vorfall einen Bluttest durchführen lassen, der das Nichtvorhandensein von HIV-Viren oder von Antikörpern auf HIV-Viren anzeigt.
- d) Innerhalb von zwölf Monaten nach dem Vorfall müssen HIV-Viren oder HIV-Antikörper durch einen weiteren Bluttest nachgewiesen werden.
- e) Der Vorfall muss nach dem üblichen berufsgenossenschaftlichen oder anderen für die Berufsgruppe verbindlichen Verfahren gemeldet und durch die berufsständischen Organisationen anerkannt worden sein.

(3) HIV-Infektionen über alle anderen Infektionswege, einschließlich sexueller Aktivitäten und intravenöser Verabreichung von Drogen, sind nicht vom Versicherungsschutz erfasst.

(4) Die oben genannte Liste beruflicher Tätigkeiten umfasst:

ZahntechnikerInnen	Krankenschwestern/-pfleger
Personal in medizinischen Einrichtungen	Krankenhaushilfspersonal
Küchenpersonal im Krankenhaus	Reinigungspersonal im Krankenhaus
ArzthelferInnen	ZahnarzthelferInnen
Hebammen	Sanitäter
Wäschereipersonal im Krankenhaus	Feuerwehrleute
Polizisten/Polizistinnen	Gefängnispersonal

24. Schwerwiegende Erkrankung verursacht durch Zeckenbiss

(1) Eine schwerwiegende Erkrankung verursacht durch Zeckenbiss im Sinne dieser Bedingungen ist die schwerwiegende Erkrankung verursacht durch Zeckenbiss mit nachfolgender Früh-Sommer-Meningoenzephalitis (FSME) oder Lyme-Borreliose.

- a) FSME ist eine durch spezifische ARBO-Viren verursachte Hirnhaut- und Gehirnentzündung (Meningo-Enzephalitis); die Übertragung erfolgt typischerweise durch Zecken in den bekannten Endemiegebieten.
- b) Lyme-Borreliose ist eine durch Zecken übertragene bakterielle entzündliche Infektionserkrankung mit Hautläsion, neurologischen, kardialen und/oder Gelenkmanifestationen.

(2) Leistungspflicht im Sinne dieser Bedingungen liegt nur vor, wenn Krankheitserscheinungen innerhalb von drei Monaten nach dem Zeckenbiss auftreten.

(3) Leistungspflicht im Sinne dieser Bedingungen bei Diagnose von FSME liegt nur vor, wenn alle der folgenden Bedingungen erfüllt sind:

- a) Die Diagnose muss bestätigt werden durch einen Zeckenbiss mit Datumsangabe in der Vorgeschichte sowie den Nachweis einer frischen Infektion durch eine Dokumentierung der typischen Antikörperspiegel im Verlauf der Erkrankung.
 - b) Es muss eine stationäre Behandlung einer Meningo-Enzephalitis erfolgt sein.
 - c) Es muss ein fachärztlicher Nachweis schwerer neurologischer und/oder psychiatrischer Dauerfolgen durch FSME vorgelegt werden.
 - d) Der Aufenthalt in einem eindeutigen Endemiegebiet wurde nachgewiesen.
- (4) Leistungspflicht im Sinne dieser Bedingungen bei Diagnose von Lyme-Borreliose liegt nur vor, wenn alle der folgenden Bedingungen erfüllt sind:
- a) Die Diagnose muss bestätigt werden durch Zeckenbiss anamnestisch mit Datumsangabe sowie einem klaren und eindeutigen Nachweis von Borrelia burgdorferi-DNA aus Synovia oder Liquor.
 - b) Es muss ein Nachweis einer frischen Infektion durch spezifische Antikörperspiegel gegen Borrelien (IgM und IgG) und die ärztliche Bestätigung des Krankheitsbildes/Stadiums durch eine fachneurologische Klinik vorliegen.
 - c) Es muss ein fachärztlicher Nachweis schwerer neurologischer und/oder psychiatrischer Dauerfolgen durch Lyme-Borreliose vorgelegt werden.
 - d) Der Aufenthalt in einem eindeutigen Endemiegebiet wurde nachgewiesen.

§ 4. Zusätzliche Kinderdeckung

- (1) Bei bestimmten schweren Erkrankungen besteht Versicherungsschutz für alle Kinder der versicherten Person, wenn diese zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles mindestens 3 Jahre, jedoch nicht älter als 18 Jahre sind.
- (2) Eine Leistung wird erbracht, wenn bei einem Kind der versicherten Person oder einem im gemeinsamen Haushalt lebenden Stiefkind der versicherten Person eine der im § 3 definierten Erkrankungen diagnostiziert wird.
- (3) Ausgenommen vom Versicherungsschutz sind die Fortgeschrittene Demenz einschließlich Alzheimer'sche Krankheit, die Parkinson'sche Krankheit und die Pflegebedürftigkeit.
- (4) 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 3. 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.
- (5) 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.
- (6) 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 mindestens 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 Prämien sind in unveränderter Höhe zu entrichten.

§ 5. Pflichten des Versicherungsnehmers

5.1 Anzeigepflicht vor Abschluss des Vertrags

- (1) Sie sind verpflichtet, den Antrag und die damit verbundenen Fragen wahrheitsgemäß und vollständig auszufüllen bzw. zu beantworten.
Wenn das Leben einer anderen Person versichert werden soll, ist auch diese für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung aller Fragen verantwortlich.
- (2) Werden Fragen schuldhaft unrichtig oder unvollständig beantwortet, können wir innerhalb von drei Jahren seit Abschluss oder Wiederherstellung vom Vertrag zurücktreten. Im Fall einer risikoe erhöhenden Änderung können wir innerhalb von drei Jahren nur von dieser Änderung zurücktreten. Wir können den Rücktritt nur innerhalb eines Monats ab Kenntnis der Unrichtigkeit oder Unvollständigkeit der Angaben erklären.
- (3) Wir können nicht vom Vertrag zurücktreten, wenn wir von der Unrichtigkeit oder Unvollständigkeit der Angaben Kenntnis hatten oder der verschwiegene Umstand keinen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalles oder auf den Umfang unserer Leistung gehabt hat.
- (4) Bei arglistiger Täuschung können wir außerdem den Vertrag jederzeit anfechten.
- (5) Wenn wir den Vertrag anfechten oder vom Vertrag zurücktreten, leisten wir den Rückkaufswert.

(6) Schuldhaft unrichtige oder unvollständige Angaben können darüber hinaus nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen zum Verlust des Versicherungsschutzes führen, sodass wir im Versicherungsfall nur den Rückkaufswert leisten.

(7) An Ihren Antrag sind Sie sechs Wochen ab Antragstellung gebunden

5.2 Prämien, Zahlungsverzug und dessen Folgen

(1) Sie sind verpflichtet, die vereinbarten Versicherungsprämien (laufende Prämien) an uns kostenfrei und rechtzeitig zu bezahlen.

(2) Die laufenden Prämien können je nach Vereinbarung jährlich, halbjährlich, vierteljährlich oder monatlich bezahlt werden; es wird kein Unterjährigkeitszuschlag verrechnet.

(3) Wenn Sie mit der Zahlung einer Rate in Verzug geraten, werden im Versicherungsfall (siehe § 2) die offenen Raten des laufenden Versicherungsjahres in Abzug gebracht.

(4) Die **erste Prämie** wird mit Zustellung der Polizze, nicht aber vor Versicherungsbeginn und Aufforderung zur Prämienzahlung, fällig und ist sodann innerhalb von zwei Wochen zu bezahlen.

(5) Wenn Sie die erste Prämie nicht rechtzeitig bezahlen, sind wir leistungsfrei und können vom Vertrag zurücktreten, es sei denn, Sie waren an der rechtzeitigen Zahlung ohne Verschulden verhindert. Es gilt als Rücktritt unsererseits, wenn wir die erste Prämie nicht innerhalb von drei Monaten vom Fälligkeitstag an gerichtlich geltend machen. Bei einem Rücktritt sind die Kosten einer allfälligen ärztlichen Untersuchung, die im Rahmen des Vertragsabschlusses notwendig war, von Ihnen zu bezahlen.

(6) **Folgeprämien** sind innerhalb eines Monats, bei monatlicher Prämienzahlung innerhalb von zwei Wochen, jeweils ab dem in der Polizze angegebenen Fälligkeitstag zu bezahlen.

(7) Wenn Sie eine Folgeprämie nicht rechtzeitig bezahlen, erhalten Sie eine Mahnung, mit welcher Ihnen eine Frist von mindestens zwei Wochen zur Zahlung gesetzt wird.

(8) Bezahlen Sie den Rückstand nicht innerhalb der in der Mahnung festgesetzten Frist, können wir den Vertrag nach Ablauf der festgesetzten Frist mit sofortiger Wirkung oder im Vorhinein zum Ablauf der festgesetzten Frist kündigen. In diesem Fall vermindert sich Ihr Versicherungsschutz auf die Deckungsrückstellung, er entfällt bei Unterschreiten der Mindestsumme gemäß § 14 Absatz (4) zur Gänze oder es wird entsprechend den Bestimmungen des § 14 Absatz (1) der Rückkaufswert ausbezahlt. Die Wirkungen der Kündigung entfallen, wenn Sie innerhalb eines Monats nach Kündigung die Zahlung nachholen, sofern der Versicherungsfall nicht schon eingetreten ist.

(9) Bezahlen Sie den Rückstand nicht innerhalb der in der Mahnung festgesetzten Frist, und tritt nach Ablauf der Frist der Versicherungsfall ein, sind wir leistungsfrei; es sei denn, Sie waren an der rechtzeitigen Zahlung ohne Verschulden verhindert.

Ist der Versicherungsnehmer mit nicht mehr als 10 % der Jahresprämie, höchstens aber mit EUR 60,- in Verzug, so tritt die vorgesehene Leistungsfreiheit des Versicherers nicht ein.

§ 6. Umfang des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherungsschutz besteht grundsätzlich unabhängig davon, auf welcher Ursache der Versicherungsfall beruht.

(2) Es besteht – unbeschadet der übrigen Vertragsbestimmungen – Versicherungsschutz nur, soweit und solange dem keine auf die Vertragsparteien direkt anwendbaren Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Europäischen Union oder der Republik Österreich entgegenstehen. Dies gilt auch für Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos, die durch die Vereinigten Staaten von Amerika oder andere Länder erlassen werden, soweit dem nicht europäische oder österreichische Rechtsvorschriften entgegenstehen.

(3) Bei Selbstmord des Versicherten innerhalb von drei Jahren nach Abschluss, Wiederherstellung oder einer die Leistungspflicht des Versicherers erweiternde Änderung des Vertrags leisten wir den Wert der Deckungsrückstellung (siehe § 1).

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

(4) Wird Österreich von einer nuklearen, biologischen, chemischen oder durch Terrorismus ausgelösten Katastrophe betroffen oder in kriegerische Ereignisse verwickelt, bezahlen wir für dadurch verursachte Versicherungsfälle den Wert der Deckungsrückstellung.

(5) Bei Ableben oder im schweren Krankheitsfall infolge einer Teilnahme an kriegerischen Handlungen oder Unruhen auf Seiten der Unruhestifter leisten wir ebenfalls den Wert der Deckungsrückstellung.

(6) Den Wert der Deckungsrückstellung leisten wir auch, wenn der schwere Krankheitsfall verursacht wurde

- a) durch Alkoholmissbrauch, Missbrauch von Drogen oder Medikamenten oder die Einnahme von Gift.
 - b) durch Selbstverstümmelungen, selbst herbeigeführte Erkrankungen oder Selbsttötungsversuche.
- Wenn aber nachgewiesen werden kann, dass diese Handlungen in einem die freie

Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind, besteht voller Versicherungsschutz.

- c) durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die versicherte Person.
- d) durch widerrechtliche Handlungen, mit denen der Versicherungsnehmer vorsätzlich eine schwere Erkrankung oder eine Operation der versicherten Person im Sinne dieser Bedingungen herbeigeführt 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 oder vergleichbarer Einrichtungen anderer Länder bedarf.

(7) Wir leisten auch den Wert der Deckungsrückstellung, wenn durch den Eintritt eines der unter Absatz (6) aufgeführten Ereignisse, Erkrankungen oder Verhaltensweisen bereits vor diesem Zeitpunkt bei der versicherten Person vorhandene Erkrankungen oder bestehende Gesundheitszustände der versicherten Person derart verschlimmert werden, dass sie zu einem versicherten Ereignis im Sinne dieser Bedingungen führen.

(8) Im Übrigen bestehen spezielle Ausschlüsse und Einschränkungen für einzelne schwere Krankheiten bzw. Operationen; diese Ausschlüsse und Einschränkungen sind unter der Definition der jeweiligen versicherten schweren Krankheit bzw. Operation aufgeführt.

§ 7. Beginn des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherungsschutz beginnt, sobald wir die Annahme Ihres Antrags in geschriebener Form oder durch Zustellung der Polizza erklärt und Sie die erste Prämie rechtzeitig (§ 5.2 Absatz (4)) bezahlt haben. Vor dem in der Polizza angegebenen Versicherungsbeginn besteht kein Versicherungsschutz.

(2) Ihr Versicherungsvertrag ist mit vorläufigem **Sofortschutz** ausgestattet.

Der vorläufige Sofortschutz erstreckt sich auf die für den Todesfall bzw. auf den schweren Krankheitsfall beantragten Summen, maximal jedoch auf EUR 150.000,-, auch wenn insgesamt höhere Summen auf das Leben desselben Versicherten beantragt sind. Der Inhalt des Sofortschutzes geht keinesfalls über den beantragten Versicherungsschutz hinaus.

Der vorläufige Sofortschutz gilt, wenn

- der Versicherte zum Zeitpunkt der Antragstellung voll arbeitsfähig ist,
- er nicht in ärztlicher Behandlung oder Kontrolle steht und
- die Versicherungsbedingungen keine Einschränkungen oder Ausschlüsse vorsehen.

Der vorläufige Sofortschutz gilt nicht für die schweren Krankheiten Krebs, Herzinfarkt, Bypass-Operation der Koronararterien, Multiple Sklerose, Operation der Herzklappen, Benigner Gehirntumor und Pflegebedürftigkeit, es sei denn, die Pflegebedürftigkeit wird durch einen Unfall hervorgerufen.

Der vorläufige Sofortschutz **beginnt** mit Eingang Ihres Antrags bei uns, frühestens aber mit dem beantragten Versicherungsbeginn.

Der vorläufige Sofortschutz **endet** mit Zustellung der Polizza oder der Ablehnung Ihres Antrags, weiters mit unserer Erklärung, dass der vorläufige Sofortschutz beendet ist oder auch mit Ihrem Rücktritt vom Antrag, sofern dieser vor Zustellung der Polizza erfolgt, in jedem Fall jedoch sechs Wochen nach Antragstellung. Wenn wir aufgrund des vorläufigen Sofortschutzes leisten, verrechnen wir die erste Jahresprämie.

(3) Der Versicherungsschutz für die schweren Krankheiten Krebs, Herzinfarkt, Bypass-Operation der Koronararterien, Multiple Sklerose, Operation der Herzklappen, Benigner Gehirntumor beginnt erst drei Monate, für Pflegebedürftigkeit sechs Monate nach dem im Absatz (1) angegebenen Zeitpunkt, es sei denn, die Pflegebedürftigkeit wird durch einen Unfall hervorgerufen.

§ 8. Kosten und Gebühren

(1) Die Versicherungssteuer entnehmen wir Ihrer Prämie unmittelbar vor der Veranlagung (siehe § 9 Absatz (2)).

(2) Zudem ziehen wir von Ihren Versicherungsprämien Abschlusskosten (vgl. (a)), Verwaltungskosten (vgl. (b)) und Kosten zur Deckung des Ablebens- und schweren Krankheitsfallrisikos (Risikokosten) (vgl. (c)) sowie sonstige Kosten (vgl. (d)) ab.

(a) Abschlusskosten

Abschlusskosten fallen bei Abschluss des Versicherungsvertrages, bei Erhöhungen der laufenden Prämie und bei einmaligen Zuzahlungen an.

Die Höhe der Abschlusskosten entnehmen Sie bitte dem Informationsblatt Ihres Antrags bzw. Ihrer Polizza unter dem Punkt „Kostenvereinbarung und Sterbetafel, welcher Bestandteil Ihres Vertrags ist.

(b) Verwaltungskosten

Die Höhe der Verwaltungskosten können Sie ebenfalls dem Informationsblatt Ihres Antrags bzw. Ihrer Polizza unter dem Punkt „Kostenvereinbarung und Sterbetafel“, welcher Bestandteil Ihres Vertrags ist, entnehmen.

(c) Risikokosten

Die Kosten zur Deckung des Ablebens- und schweren Krankheitsfallrisikos (Risikokosten) richten sich nach dem Alter des Versicherten sowie der vereinbarten Todes- bzw. Krankheitsfallleistung und der Deckungsrückstellung. Das für die Berechnung relevante Alter ist die Differenz zwischen dem jeweiligen Kalenderjahr und dem Geburtsjahr.

Die für Ihren Vertrag geltende Sterbetafel ist im Informationsblatt Ihres Antrags bzw. Ihrer Polizze unter dem Punkt „Kostenvereinbarung und Sterbetafel, welcher Bestandteil Ihres Vertrags ist, angeführt.

Für die Übernahme erhöhter Risiken, insbesondere wegen Krankheit, Beruf, Sport, etc., bzw. möglicher gewünschter Zusatzrisiken werden wir Risikozuschläge bzw. Zusatzprämien zur Versicherungsprämie und/oder besondere Bedingungen mit Ihnen vereinbaren.

Während der Vertragsdauer kann die Prämie, außer bei Erhöhung des Versicherungsumfanges, nur dann angehoben werden, wenn es zu einer nicht nur vorübergehenden, unvorhersehbaren Änderung des Leistungsbedarfes gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen und der daraus errechneten Prämie kommt. Sollten Sie einer Prämienhöhung nicht zustimmen, so können Sie den Vertrag in gleicher Prämienhöhe wie bisher, jedoch mit verminderter Versicherungsleistung fortführen.

(d) Sonstige Kosten (= Gebühren) Wir verrechnen nur solche angemessenen Gebühren, die der Abgeltung von Mehraufwendungen dienen, die durch Sie veranlasst worden sind.

Darüber hinaus verrechnen wir jene Kosten, die aufgrund zusätzlicher pflichtgemäßer Bearbeitung zu Ihrem Versicherungsvertrag durch einen Dritten auflaufen.

(3) Eine Aufstellung aller Kosten und Gebühren sowie deren Höhe können Sie der „Information über die Kosten und Gebühren gemäß § 2 Abs. 5 LV-InfoV“ im Antrag entnehmen.

(4) Die Kosten, die wir der Deckungsrückstellung entnehmen, werden im aktuellen Verhältnis der Fondsguthaben auf die zugeordneten Fonds bzw. bei Wahl des Deckungsstockes auf den Deckungsstock aufgeteilt. Bei prämienfreien Versicherungen kann dies bei Kursrückgängen dazu führen, dass die Deckungsrückstellung vor Ablauf der vereinbarten Versicherungsdauer aufgebraucht wird. In diesem Fall endet der Vertrag ohne Rückvergütungsansprüche.

(5) Die Rechnungsgrundlagen für die Ermittlung der Kosten sind Teil der der Finanzmarktaufsichtsbehörde (FMA) übermittelten versicherungsmathematischen Grundlagen des jeweiligen Tarifs. Diese können für bestehende Verträge während der Vertragslaufzeit von uns nicht einseitig verändert werden.

(6) Die näheren Regelungen bei Kündigung und Prämienfreistellung entnehmen Sie bitte den §§ 13 und 14.

§ 9. Veranlagung in Investmentfonds

(1) Bei der fondsgebundenen Lebensversicherung erwerben Sie einen Anspruch auf eine Versicherungsleistung, deren Höhe sich nach der Wertentwicklung der Ihrem Vertrag rein rechnerisch zugeordneten Fondsanteile bemisst.

Ihrem Vertrag wird entsprechend der von Ihnen getroffenen Auswahl aus unserem Fondsangebot (z. B. bestehend aus Aktienfonds, Anleihefonds, gemischte Fonds etc.) eine bestimmte Anzahl von **Fondsanteilen rein rechnerisch zugeordnet**. Der Versicherer hält Fondsanteile nicht in Ihrem Auftrag, sondern zur Bedeckung der Versicherungsansprüche aus Ihrem Vertrag. **Eigentümer der Fondsanteile ist immer der Versicherer**.

Kurssteigerungen der für die Berechnung der Versicherungsleistung ausgewählten und rein rechnerisch zugeordneten Fonds führen zu Wertzuwachsen, Kursrückgänge zu Wertminderungen.

Ertragsausschüttungen aus Wertzuwachsen veranlassen wir weiter und erhöhen dadurch die Deckungsrückstellung Ihres Vertrags. Bei Veranlagung in Investmentfonds, die in einer Fremdwährung notieren, unterliegen diese Währungskursschwankungen, die den Wert der Fondsanteile zusätzlich beeinflussen können.

Dem Wesen einer fondsgebundenen Lebensversicherung entspricht es, dass **ausschließlich der Versicherungsnehmer und nicht der Versicherer das volle Veranlagungsrisiko trägt**. Der Versicherer hat auf die Wertentwicklung von Investmentfonds keinen Einfluss und kann deshalb für die Ergebnisse nicht haftbar gemacht werden.

Der Auszahlungsbetrag kann auch unter der Summe der einbezahlten Prämien liegen. Die Wertentwicklung der Vergangenheit lässt keine Rückschlüsse auf die zukünftige Entwicklung eines Fonds zu. Die Veranlagung erfolgt daher auf eigene Verantwortung und auf eigenes Risiko.

(2) Ihre **Prämie** verwenden wir nach Abzug der an das zuständige Finanzamt für Gebühren und Verkehrssteuern abzuführenden Versicherungssteuer (= Nettoprämie) und den an der Nettoprämie zu bemessenden Kosten zur rein rechnerischen Zuordnung von Anteilen der von Ihnen gewählten Fonds bzw. des Anteils am Deckungsstock der klassischen Lebensversicherung.

Für die rein rechnerische Zuordnung der Fondsanteile gilt der Rechenwert des letzten Börsetages des Monats vor der Prämienfälligkeit (siehe auch Absatz (5)).

(3) Für **Zuzahlungen** gilt der Rechenwert des letzten Börsertages vor dem Monat, zu dem die Zuzahlung beantragt ist (siehe auch Absatz (5)).

(4) Sie können während der Vertragslaufzeit Ihre **Fondsauswahl verändern**, indem Sie beantragen, dass

- die nach Absatz (2) künftig zu veranlagenden Prämienanteile für die rein rechnerische Zuordnung in einem anderen Verhältnis auf die zu diesem Zeitpunkt zur Verfügung stehenden Investmentfonds aufgeteilt werden (**Switch**) und/oder
- die vorhandene Deckungsrückstellung ganz oder teilweise in andere zu diesem Zeitpunkt zur Verfügung stehende Investmentfonds umgeschichtet wird (**Shift**).

Ein solcher Antrag auf eine Änderung Ihres Versicherungsvertrages bedarf unserer Zustimmung. Wir werden Ihren Antrag annehmen, wenn dem kein wichtiger Grund gemäß Absatz (6) entgegensteht und die Risikoklasse des/der neu ausgewählten Investmentfonds Ihrem Risikoprofil entspricht.

Wir sind weiters berechtigt, die Auswahl der zur Verfügung stehenden Fonds zu verändern. Sollten von Ihnen gewünschte Fonds nicht zur Verfügung stehen, können wir Ihren Antrag nicht durchführen. Davon werden wir Sie unverzüglich benachrichtigen.

Bitte bedenken Sie, dass jede Änderung der Veranlagung auch Auswirkung auf die Wertentwicklung Ihres Versicherungsvertrages hat und eventuell Garantien, die im Rahmen des Anlageproduktes (Fonds) abgebildet sind, verloren gehen.

Die Bewertung der Investmentfondsanteile erfolgt mit dem Rechenwert des vierten Börsertages, der dem Einlangen Ihres Änderungsauftrages in der zentralen Verwaltungsstelle der DONAU Versicherung AG Vienna Insurance Group in Wien folgt (siehe auch Absatz (5)).

Wir werden pro Monat einen von Ihnen beauftragten Switch bzw. Shift gebührenfrei durchführen. Für jeden weiteren Switch bzw. Shift sind wir berechtigt, Gebühren in Rechnung zu stellen (siehe § 6 Absatz (3)).

(5) **Für die Bewertung und rein rechnerische Zuordnung der Fondsanteile** zu Ihrer fondsgebundenen Lebensversicherung **gilt** stets Folgendes:

- Für die Umrechnung der Sparprämien in Investmentfondsanteile bzw. für die Bewertung von Investmentfondsanteilen wird der am Bewertungsstichtag gültige „Anteilspreis“ (Rechenwert) herangezogen, das ist der Rücknahmepreis eines Anteils bzw. bei ausschließlich börsengehandelten Investmentfonds (z.B. ETFs) der Schlusskurs (für einen Anteil) am entsprechenden Börseplatz.
- Es gelten die Kurse, die uns von unserem Kursdatenanbieter zur Verfügung gestellt werden.
- Die Zuordnung von Anteilen kann am nächstmöglichen späteren Tag als angegeben erfolgen, wenn zum vorgesehenen Tag der Börsehandel ausgesetzt ist oder dies die Abrechnungsmodalitäten der betroffenen Fondsgesellschaft erfordern.
- Wir behalten uns vor, den Geldwert der Deckungsrückstellung erst nach Veräußerung der Wertpapiere zu ermitteln. Diese Veräußerung führen wir unter Wahrung der Interessen aller unserer Versicherungsnehmer durch. In diesem Fall finden die Bestimmungen über den Bewertungsstichtag für die Berechnung der Deckungsrückstellung keine Anwendung.
- Es werden keine Depotgebühren verrechnet und für den Erwerb Ihrer Fondsanteile verrechnen wir Ausgabeaufschläge nur dann, wenn diese uns von der Kapitalanlagegesellschaft (KAG) in Rechnung gestellt werden. Die Regelungen der Kosten entnehmen Sie bitte § 8 sowie Ihrem Antrag bzw. Ihrer Polizze.

(6) Eine Kapitalanlagegesellschaft kann sowohl den Ankauf von Investmentfondsanteilen verweigern als auch einen Investmentfonds schließen. Ebenso können wir aus wichtigem Grund einen Investmentfonds mit Wirkung sowohl für die Neuanlage als auch für bereits erworbene Investmentfondsanteile aus dem Angebot zu Ihrer fondsgebundenen Lebensversicherung entfernen. Ein solcher wichtiger Grund, welcher nicht in der Verantwortung des Versicherers liegt, ist insbesondere dann gegeben, wenn der Investmentfonds nicht mehr oder nur eingeschränkt oder nicht mehr täglich handelbar ist, die Fondsgesellschaft Mindestabnahmemengen vorgibt oder einem Investmentfonds die Vertriebszulassung für Österreich entzogen wird.

Wird ein Ihrem Vertrag rein rechnerisch zugeordneter Investmentfonds fällig, geschlossen, aus unserer Auswahl entfernt, mit einem anderen Fonds zusammengelegt oder wird die Ausgabe von Anteilen eingestellt, werden wir Sie darüber informieren und die darauf entfallende Deckungsrückstellung in einen Investmentfonds mit vergleichbarer Anlagestrategie übernehmen. Sie können – außer bei Zusammenlegung von Fonds – binnen eines Monats einen anderen Investmentfonds für die rein rechnerische Zuordnung von Fondsanteilen aus unserem Angebot auswählen. Falls Sie sich nicht innerhalb dieser Frist entscheiden, bleibt die Deckungsrückstellung in diesem Investmentfonds mit vergleichbarer Anlagestrategie veranlagt. Ein Switch bzw. Shift ist jedoch weiterhin möglich (siehe § 9 Absatz (4)).

§ 10. Gewinnbeteiligung bei Veranlagung im Deckungsstock der klassischen Lebensversicherung

(1) Bei Wahl der Möglichkeit, Teile Ihres Kapitals – höchstens jedoch 90 % – in unserem Deckungsstock der klassischen Lebensversicherung zu veranlagern, gilt Folgendes: die Berechnung der sich dadurch

ergebenden garantierten Versicherungssumme erfolgt mit dem garantierten Rechnungszins. **Die Höhe des garantierten Rechnungszinses entnehmen Sie bitte Ihrem Antrag bzw. Ihrer Polizze.**

(2) Die Gesamtverzinsung hängt von den von uns erwirtschafteten Gewinnen ab. Sie nehmen bezüglich dem im Deckungsstock der klassischen Lebensversicherung veranlagten Teil im Wege der Gewinnbeteiligung an den von uns erzielten Überschüssen teil. Die Aufteilung der Überschüsse erfolgt über Gewinn- und Abrechnungsverbände, in denen alle gleichartigen Versicherungsverträge zusammengefasst sind.

Der für Ihren Versicherungsvertrag geltende Gewinnverband bzw. Abrechnungsverband ist in Ihrem Antrag bzw. Ihrer Polizze ausgewiesen.

(3) Da die in künftigen Jahren erzielbaren Überschüsse nicht vorausgesehen werden können, beruhen Zahlenangaben über die zu erwartende Gewinnbeteiligung auf Schätzungen, denen die gegenwärtigen Verhältnisse zugrunde gelegt sind. **Solche Angaben sind daher unverbindlich.** Die tatsächlich zur Auszahlung gelangende Gewinnbeteiligung hängt allein von den während der Laufzeit des Vertrags erzielten Überschüssen ab.

(4) Lebensversicherer können gemäß § 3 Versicherungsunternehmen-Höchstzinssatzverordnung – VU-HZV, BGBl II Nr. 299/2015 angesichts bestehender Zinsverpflichtungen dazu verpflichtet sein, Rückstellungen für Verträge mit Garantien zu bilden, um deren jederzeitige Erfüllbarkeit sicherzustellen. Bei dieser **Zinszusatzrückstellung** handelt es sich um eine Pauschalrückstellung, die in der Bilanz für das jeweils laufende Geschäftsjahr als Deckungsrückstellung ausgewiesen und nicht dem Deckungskapital der einzelnen Versicherungsverträge zugerechnet wird. Die Höhe der Rückstellung hängt grundsätzlich von der Zinsentwicklung auf den Kapitalmärkten sowie den Garantiezinsen ab und wird entsprechend der in der Versicherungsunternehmen-Höchstzinssatzverordnung – VU-HZV, BGBl II Nr. 299/2015 festgelegten Berechnungsmethode ermittelt und deren ordnungsgemäße Bildung von unserem Aktuar geprüft und bestätigt. Zur Sicherstellung und Durchführung einer ausreichenden Dotierung der Zinszusatzrückstellung kann gemäß § 4 Abs. 3 Z. 3 Lebensversicherung-Gewinnbeteiligungsverordnung – LV-GBV, BGBl. II Nr. 292/2015 bei der Ermittlung der Bemessungsgrundlage für die Mindestgewinnbeteiligung ein begrenzter Betrag in Abzug gebracht werden.

Als Folge der Dotierung der Zinszusatzrückstellung (gemäß § 4 Abs. 3 Z. 3 LV-GBV) sowie in Folge der Anrechnung von Überdotierungen und negativer Bemessungsgrundlagen aus früheren Geschäftsjahren (§ 4 Abs. 1 Z. 17 LV-GBV) kann es zu einer Minderung der Bemessungsgrundlage für die Gewinnbeteiligung kommen.

Im Fall einer Reduktion des Rückstellungserfordernisses kann es zu einer zumindest teilweisen Auflösung der Zinszusatzrückstellung kommen, die gemäß § 4 Abs. 2 Lebensversicherung-Gewinnbeteiligungsverordnung – LV-GBV, BGBl. II Nr. 292/2015 in Form der Gewinnbeteiligung den Versicherungsnehmern zugutekommt.

(5) Für die Höhe des Gewinnanteiles sind die von unseren Unternehmensorganen diesbezüglich jeweils gefassten Beschlüsse maßgeblich. Die Höhe der Gewinnanteilssätze wird in unserem jeweiligen Geschäftsbericht bzw. der Gewinnbeteiligungsbroschüre veröffentlicht.

(6) Der jeweils für das gesamte Kalenderjahr im Vorhinein beschlossene Gewinnanteil wird auf Basis einer gleichmäßig täglichen Zuteilung über das laufende Kalenderjahr verteilt und somit der entsprechende Teilbetrag laufend ihrem Deckungsstockanteil gutgeschrieben.

§ 11. Leistungserbringung durch den Versicherer

(1) Für die Erbringung von Leistungen aus dem Vertrag können wir einen Identitätsnachweis des Leistungsempfängers sowie die Übergabe der Polizze verlangen.

Bei Verlust einer auf „Überbringer“ lautenden Polizze können wir die Leistungserbringung von einer gerichtlichen Kraftloserklärung abhängig machen.

Im Ablebensfall sind zusätzlich auf Kosten des Bezugsberechtigten eine amtliche Sterbeurkunde und ein Nachweis über die Todesursache des Versicherten vorzulegen. Zusätzlich können wir, jeweils auf unsere Kosten, zur Beurteilung unserer Leistungspflicht weitere ärztliche oder amtliche Nachweise über die Todesursache sowie über den Beginn und Verlauf der zum Tode führenden Umstände verlangen oder darüber hinaus erforderliche Erhebungen auf unsere Kosten selbst anstellen.

(2) Im schweren Krankheitsfall im Sinne dieser Bedingungen benötigen wir die folgenden Nachweise:

- a) Sowohl die Diagnose einer schweren Krankheit im Sinne dieser Bedingungen als auch die Indikation und der Operationsbericht für eine Operation im Sinne dieser Bedingungen muss von einem in Österreich oder einem anderen durch den Versicherer ausdrücklich anerkannten Land niedergelassenen Arzt erstellt worden sein, der weder die versicherte Person selbst, der Versicherungsnehmer noch ein Lebens-, Ehepartner oder ein Verwandter der versicherten Person oder des Versicherungsnehmers ist.
- b) Die Diagnose muss durch entsprechende klinische, radiologische oder histologische Untersuchungen bestätigt werden sowie Unterlagen über Laboruntersuchungen enthalten.

- c) Zusätzlich werden in einigen Definitionen von schweren Krankheiten und von versicherten Operationen weitere Anforderungen an die zum Nachweis des versicherten Ereignisses vorzulegenden Unterlagen gestellt.
- d) Wir behalten uns das Recht vor – dann allerdings auf unsere Kosten –, weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte sowie notwendige Nachweise – insbesondere zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen – zu verlangen, um die Diagnose einer schweren Krankheit bzw. die Notwendigkeit einer durchgeführten Operation zu überprüfen. 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.

(3) Die Versicherungsleistung wird nach Eintritt des Versicherungsfalles sowie Abschluss der Erhebungen zum Versicherungsfall und Leistungsumfang sowie nach Vorliegen aller erforderlichen Unterlagen (insbesondere Identitätsnachweise etc.) ausgezahlt.

§ 12. Angaben zur Steuerpflicht

(1) Sie sind verpflichtet, uns alle Angaben und alle Änderungen der Angaben unverzüglich bekannt zu geben, die für die Beurteilung Ihrer Steuerpflicht oder jener des Leistungsempfängers relevant sein können, insbesondere

- (i) Name,
- (ii) Staat oder Staaten, in dem oder in denen Sie steuerlich ansässig sind,
- (iii) Steueridentifikationsnummer(n),
- (iv) entsprechende Daten allfälliger Treugeber.

Bei natürlichen Personen zusätzlich zu den Unterpunkten (i) bis (iv)

- (v) Geburtsdatum, Geburtsort und Geburtsland,
- (vi) Adresse Ihres Wohnsitzes,
- (vii) Anzahl der Tage und gewöhnlicher Aufenthalt im Ausland.

Bei nicht natürlichen Personen zusätzlich zu den Unterpunkten (i) bis (iv)

- (viii) ihren Sitz,
 - (ix) den Ort der tatsächlichen Geschäftsleitung und Organisation,
 - (x) den Status als aktive oder passive Non-Financial Entity im Sinne der §§ 93 bis 95 GMSG,
 - (xi) die für die Beurteilung der Steuerpflicht relevante Eigentümerstruktur, insbesondere beherrschende Personen im Sinne von § 92 GMSG, BGBl I Nr. 116/2015, und Art. 1 lit. ee) des FATCA-Abkommens, BGBl III Nr. 16/2015, in der jeweils geltenden Fassung, und zu jenen beherrschenden Personen, die gemäß § 89 GMSG meldepflichtig sind, die Angaben gemäß den Unterpunkten (i) bis (vii).
- (2) Leistungen erbringen wir nur Zug um Zug gegen Identifikation und, falls von uns verlangt, Abgabe einer Erklärung des Leistungsberechtigten, die die Angaben laut Absatz (1) enthält sowie entsprechender Nachweise (insbesondere Reisepass).

(3) Wenn und insoweit die Gefahr einer Haftung für Steuern durch uns besteht, sind wir berechtigt, den entsprechenden Teil der Versicherungsleistung bis zum Wegfall der Gefahr einzubehalten und an die jeweils zuständigen in- oder ausländischen Steuerbehörden abzuführen. Wir sind nicht verpflichtet, Kosten des Leistungsempfängers, die zur Erlangung einer allfälligen Rückerstattung der abgeführten Beträge von Steuerbehörden anfallen, zu ersetzen.

§ 13. Kapitalentnahme bzw. vollständige Kapitalentnahme durch Kündigung (Rückkauf)

(1) Kapitalentnahmen bei **Fortbestand des Vertrags**

Kapitalentnahmen sind auf den Schluss des laufenden Monats möglich, frühestens jedoch auf den Schluss des dritten Versicherungsjahres, wobei der zur Auszahlung gelangende Betrag mindestens EUR 500,- betragen muss.

Bei Kapitalentnahme zahlen wir:

- innerhalb der vereinbarten Prämienzahlungsdauer (unabhängig davon, ob der Vertrag prämienfrei oder prämienpflichtig ist) die Deckungsrückstellung (siehe § 1) abzüglich eines Abschlags sowie einer allfälligen nachträglichen Versicherungssteuer (Rückkaufswert).

Der Abschlag entfällt bei Kapitalentnahmen nach Ablauf von fünf Jahren.

Wird der Vertrag innerhalb von drei Jahren nach der Kapitalentnahme gekündigt, erfolgt eine nachträgliche Verrechnung des Abschlags auf den Teilauszahlungsbetrag.

- nach Ablauf der vereinbarten Prämienzahlungsdauer die Deckungsrückstellung abzüglich einer allfälligen nachträglichen Versicherungssteuer.

Die Höhe der jeweiligen Abschläge entnehmen Sie bitte Ihrem Antrag bzw. Ihrer Police.

Nach Kapitalentnahme muss ein Wert gemäß Absatz (3) in Höhe von mindestens EUR 1.000,- verbleiben.

(2) **Kündigung** und vollständige Kapitalentnahme (**Rückkauf**)

Sie können Ihren Vertrag kündigen und das Kapital vollständig entnehmen:

- jederzeit mit Wirkung zum Schluss des laufenden Versicherungsjahres
- innerhalb eines Versicherungsjahres mit dreimonatiger Frist mit Wirkung zum Monatsende, frühestens jedoch mit Wirkung zum Ende des ersten Versicherungsjahres.

Bei Kündigung und vollständiger Kapitalentnahme zahlen wir:

- innerhalb der vereinbarten Prämienzahlungsdauer (unabhängig davon, ob der Vertrag prämienfrei oder prämienpflichtig ist) die Deckungsrückstellung (siehe § 1) abzüglich eines Abschlags sowie einer allfälligen nachträglichen Versicherungssteuer (= Rückkaufswert).
- nach Ablauf der vereinbarten Prämienzahlungsdauer die Deckungsrückstellung abzüglich einer allfälligen nachträglichen Versicherungssteuer (= Rückkaufswert).

Die Höhe der jeweiligen Abschläge entnehmen Sie bitte Ihrem Antrag bzw. Ihrer Police.

Bei Rückkauf innerhalb der ersten fünf Jahre wird § 176 Abs. 5 VersVG (Regelung der Abschlusskostenverrechnung) berücksichtigt (siehe Gesetzestext, abgedruckt am Ende dieser Versicherungsbedingungen).

Die sich aus unterschiedlichen Annahmen über die Performance ergebenden Rückkaufswerte entnehmen Sie bitte der Modellrechnung (siehe § 1) Ihres Antrags bzw. Ihrer Police.

(3) Für die Berechnung des Wertes der Deckungsrückstellung (siehe § 1) bei Kapitalentnahme oder Kündigung gilt: die Deckungsrückstellung ermitteln wir durch Multiplikation der Ihrem Vertrag rein rechnerisch zugeordneten Fondsanteile mit dem zum Bewertungsstichtag gültigen Rechenwert bzw. bei Wahl des Deckungsstocks plus dem Anteil am Deckungsstock der klassischen Lebensversicherung. Es gilt der Rechenwert des letzten Börsetages des Monats, sofern die entsprechende Willenserklärung bis zum 20. des laufenden Monats bei uns eingegangen ist. Erreicht uns die Willenserklärung erst nach dem 20. des laufenden Monats, gilt der Rechenwert des letzten Börsetages des darauffolgenden Monats (siehe auch § 9 Absatz (5)).

(4) Bitte beachten Sie,

- dass eine Kapitalentnahme innerhalb der steuerlichen Mindestbindefrist eine Versicherungssteuernachzahlung zur Folge haben kann.
- dass die Kapitalentnahme in den ersten Jahren wegen der Deckung der Abschlusskosten für Sie wirtschaftlich nachteilig ist.
- dass bei vorzeitiger Kapitalentnahme eventuell Garantien, die im Rahmen des Anlageproduktes (Fonds) abgebildet sind, verloren gehen.
- dass eine Rückzahlung der einbezahlten Prämien nicht möglich ist.

§ 14. Prämienfreistellung

(1) Sie können Ihren Vertrag prämienfrei stellen:

- jederzeit mit Wirkung zum Schluss des laufenden Versicherungsjahres
- innerhalb eines Versicherungsjahres mit dreimonatiger Frist mit Wirkung zum Monatsende, wobei dies bei nicht monatlicher Prämienzahlung ein vertraglich vereinbarter Prämienfälligkeitzeitpunkt sein muss, frühestens jedoch mit Wirkung zum Ende des ersten Versicherungsjahres.

Voraussetzung ist, dass bereits ein nach § 13 Absatz (3) zu berechnender Wert des Vertrags in Höhe von mindestens EUR 1.000,- vorhanden ist, andernfalls wird der Vertrag aufgelöst und der Rückkaufswert (siehe § 13 Absatz (2) und (3)) ausbezahlt.

Bei Prämienfreistellung sind jedoch die jeweils geltenden steuerlichen Rechtsfolgen zu berücksichtigen.

(2) Bei Prämienfreistellung entnehmen wir der Deckungsrückstellung (siehe § 1) einen Abschlag.

Die Höhe des Abschlags entnehmen Sie bitte Ihrem Antrag bzw. Ihrer Police.

Bei Prämienfreistellung innerhalb der ersten fünf Jahre wird § 176 Abs. 5 VersVG (Regelung der Abschlusskostenverrechnung) berücksichtigt (siehe Gesetzestext, abgedruckt am Ende dieser Versicherungsbedingungen).

(3) Sie haben nach Ablauf von fünf Jahren auch die Möglichkeit, für einen Zeitraum von bis zu elf Monaten und ab einem Wertstand von EUR 1.000,- **bis zu drei Mal eine abschlagfreie Prämienpause** zu verlangen. Auf Ihr Ansuchen wird der Versicherungsvertrag in diesem Zeitraum in einen prämienfreien Vertrag umgewandelt und nach Ablauf der beantragten Prämienpause reaktiviert.

Nehmen Sie die Prämienzahlung danach nicht wieder auf, wird der Vertrag unter Berücksichtigung des Abschlags ab dem Zeitpunkt der Prämienpause rückwirkend erneut prämienfrei gestellt.

(4) Innerhalb der vereinbarten Prämienzahlungsdauer wird die Mindestrisikosumme (siehe § 1) für die weitere Vertragslaufzeit im Verhältnis der Dauer der einbezahlten Prämien zur gesamten Prämienzahlungsdauer gekürzt.

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

(5) Sie können analog dazu auch eine nur teilweise Prämienfreistellung, also eine **Prämienreduktion**, verlangen. Bei Reduktion der Prämienzahlung darf die verbleibende laufende Prämie nicht geringer sein als jene Mindestprämie, die zu diesem Zeitpunkt bei einem Neuabschluss eines solchen Vertrags von uns vorgeschrieben ist.

§ 15. Nachteile einer Kündigung oder Prämienfreistellung

Die Kündigung oder Prämienfreistellung Ihres Versicherungsvertrages ist mit Nachteilen verbunden, denn sie können unter anderem wegen der Deckung der Abschlusskosten, insbesondere in den ersten Jahren nach Vertragsabschluss, zu einem Verlust eines Teils der einbezahlten Prämien führen. Der Rückkaufswert (siehe § 1) entspricht nicht der Summe der einbezahlten Prämien, sondern errechnet sich aus den einbezahlten Prämien abzüglich der Prämienanteile für Versicherungssteuer, Kosten und Risiko sowie eines Abzugs/Abschlags für eine vorzeitige Vertragsbeendigung.

§ 16. Verpfändung, Abtretung und Vinkulierung

Eine Verpfändung oder Abtretung ist uns gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn sie uns angezeigt wird. Eine Vinkulierung bedarf neben der Anzeige zu ihrer Wirksamkeit auch unserer Zustimmung.

§ 17. Erklärungen

(1) Für alle Ihre Mitteilungen und Erklärungen – mit Ausnahme des Rücktritts, der formlos möglich ist – ist die geschriebene Form erforderlich, sofern und soweit nicht die Schriftform oder elektronische Kommunikation ausdrücklich und mit gesonderter Erklärung vereinbart wurde.

Schriftform bedeutet das Original der Erklärung mit eigenhändiger Unterschrift des Erklärenden oder eine qualifizierte elektronische Signatur gemäß § 4 Signatur- und Vertrauensdienstgesetz.

Für die geschriebene Form ist keine Unterschrift oder qualifizierte elektronische Signatur erforderlich, wenn aus der Erklärung die Person des Erklärenden hervorgeht.

Haben wir mit Ihnen ausdrücklich und gesondert eine elektronische Kommunikation gemäß § 5a VersVG vereinbart, so regelt diese die Form und die Übermittlung von Erklärungen.

Wenn wir uns auf die Unwirksamkeit einer nicht in der vereinbarten Schriftform abgegebenen Erklärung berufen wollen, so haben wir dies dem Erklärenden unverzüglich nach dem Zugang der Erklärung mitzuteilen. Dem Erklärungsempfänger steht es dann frei, das Formgebrecchen sodann binnen 14 Tagen durch Absendung einer schriftlichen Erklärung fristwährend zu beseitigen.

(2) Wenn Sie Ihren Wohnort wechseln, müssen Sie uns Ihre neue Adresse mitteilen, andernfalls richten wir unsere Erklärungen rechtswirksam an Ihre letzte uns von Ihnen bekannt gegebene Adresse.

(3) Sie können jederzeit Abschriften der Erklärungen fordern, die Sie mit Bezug auf den Vertrag abgegeben haben. Die Kosten dieser Abschriften haben Sie zu tragen und auf Verlangen vorzuschließen (siehe „Kosten und Gebühren“).

§ 18. Bezugsberechtigung

(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. Änderung und Widerruf der Bezugsberechtigung müssen uns angezeigt werden.

(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 die Polizza auf den „Überbringer“ ausgestellt, können wir dennoch verlangen, dass der Überbringer der Polizza uns seine Berechtigung und seine Identität nachweist. Die Auszahlung des Geldbetrags erfolgt erst nach Vorliegen aller nötigen Unterlagen.

§ 19. Vorgangsweise bei Verlust der Polizza

(1) Wenn Sie den Verlust der Polizza anzeigen, werden wir Ihnen ein neues Dokument ausstellen.

(2) Wir können verlangen, dass eine auf den Überbringer (Inhaber) lautende Polizza gerichtlich für kraftlos erklärt wird.

§ 20. Verjährung

Sie können Ihre Ansprüche aus Ihrem Versicherungsvertrag innerhalb von drei Jahren ab Fälligkeit der Leistung geltend machen. Danach tritt Verjährung ein. Steht der Anspruch einem anderen zu, so beginnt die Verjährung zu laufen, sobald diesem sein Recht auf die Leistung bekannt geworden ist. Ist ihm sein Recht nicht bekannt geworden, so verjähren die Ansprüche erst nach zehn Jahren ab Fälligkeit der Leistung.

§ 21. Vertragsgrundlagen

Vertragsgrundlagen sind Ihr Antrag, die Polizze, der dem Vertrag zugrunde liegende Tarif (siehe § 1), die Modellrechnung (siehe § 1), die vorliegenden Versicherungsbedingungen sowie allfällige für Ihren Vertrag geltende besondere Versicherungsbedingungen.

§ 22. Anwendbares Recht

Dieser Vertrag unterliegt österreichischem Recht ohne die Verweisungsnormen des österreichischen internationalen Privatrechts.

§ 23. Aufsichtsbehörde

Der Versicherer und der diesem Versicherungsvertrag zugrunde liegende Tarif (siehe § 1) unterliegen der Aufsicht durch die Finanzmarktaufsichtsbehörde (FMA), A-1090 Wien, Otto-Wagner-Platz 5.

§ 24. Erfüllungsort

Erfüllungsort für die Versicherungsleistung ist unsere Generaldirektion in Wien.

ANHANG

Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz (VersVG):

§ 176 Abs. 5 VersVG

(5) Wird eine kapitalbildende Lebensversicherung innerhalb des ersten Jahres beendet, so dürfen bei der Berechnung des Rückkaufswerts die rechnermäßig einmaligen Abschlusskosten nicht berücksichtigt werden. Wird eine kapitalbildende Lebensversicherung nach dem ersten Jahr und vor dem Ablauf von fünf Jahren oder einer vereinbarten kürzeren Laufzeit beendet, so dürfen bei der Berechnung des Rückkaufswerts die rechnermäßig einmaligen Abschlusskosten höchstens mit jenem Anteil berücksichtigt werden, der dem Verhältnis zwischen der tatsächlichen Laufzeit und dem Zeitraum von fünf Jahren oder der vereinbarten kürzeren Laufzeit entspricht. Ebenso sind diese Kosten bei der Umwandlung in eine prämienfreie Versicherung für die Berechnung der Grundlage der prämienfreien Versicherungsleistung höchstens nach dem Verhältnis zwischen der tatsächlichen Prämienzahlungsdauer und dem Zeitraum von fünf Jahren oder einer vereinbarten kürzeren Prämienzahlungsdauer zu berücksichtigen.