

3R02V – VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN DES KOMBI SCHUTZES LEBEN (2206A)

- § 1. Begriffsbestimmungen
- § 2. Leistungen des Versicherers bei Verlust bestimmter Grundfähigkeiten
- § 3. Definition der versicherten „Grundfähigkeitsverluste“
- § 4. Leistungen des Versicherers bei Eintritt einer kritischen Erkrankung
- § 5. Definition der „kritischen Erkrankungen“
- § 6. Leistungen des Versicherers bei Krebs und benignem (gutartigem) Gehirntumor
- § 7. Definition von „Krebs“ und „benignem (gutartigem) Gehirntumor“
- § 8. Leistungen des Versicherers bei Pflegebedürftigkeit
- § 9. Definition der „Pflegebedürftigkeit“
- § 10. Pflichten des Versicherungsnehmers
- § 11. Umfang des Versicherungsschutzes
- § 12. Beginn des Versicherungsschutzes
- § 13. Kosten und Gebühren
- § 14. Gewinnbeteiligung
- § 15. Leistungserbringung durch den Versicherer sowie Mitwirkungspflichten des Antragstellers
- § 16. Verletzung von Schadenminderungs- und Mitwirkungspflichten
- § 17. Nachprüfung der Leistungsvoraussetzungen
- § 18. Ihre Rechte bei Meinungsverschiedenheiten
- § 19. Kündigung des Versicherungsvertrages
- § 20. Prämienfreistellung
- § 21. Nachteile einer Kündigung
- § 22. Verpfändung, Abtretung und Vinkulierung
- § 23. Erklärungen
- § 24. Bezugsberechtigung
- § 25. Vorgangsweise bei Verlust der Polizze
- § 26. Verjährung
- § 27. Vertragsgrundlagen
- § 28. Anwendbares Recht
- § 29. Aufsichtsbehörde
- § 30. Erfüllungsort

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!

Kombi Schutz Leben	Ist eine kombinierte Versicherung für <ul style="list-style-type: none">- funktionelle Invalidität (§ 2 bis 3)- kritische Erkrankung (§ 4 bis 5)- Krebserkrankung (§ 6 bis 7)- Pflegebedürftigkeit (§ 8 bis 9)
Bezugsberechtigter (Begünstigter)	ist die Person, die für den Empfang der Leistungen genannt ist (hier auch: Antragsteller).
Gewinnbeteiligung (Prämienbonus)	sind Ihrem Vertrag zugewiesene Überschüsse, die sich aus der aufsichtsrechtlich vorgeschriebenen vorsichtigen Prämienkalkulation ergeben und bei diesem Tarif die laufenden Prämien reduzieren (Prämienbonus) bzw. im Leistungsfall die Rente erhöhen. Die Gewinnbeteiligung und somit auch der zukünftige Prämienbonus hängen allein von den während der Laufzeit des Vertrages erzielten Überschüssen ab. Auch der Prämienbonus kann daher nicht garantiert werden. Abhängig vom Ausmaß des Prämienbonus ist daher sowohl eine Senkung als auch eine Erhöhung der laufenden Prämie zukünftig möglich. Im Falle einer Reduktion der Gewinnbeteiligung erhöhen sich daher die zu zahlenden Prämien im entsprechenden Ausmaß.
Kapitalleistung	ist die in der Polizze ausgewiesene und im Rahmen der Versicherungsbedingungen garantierte einmalige Leistung des

	Versicherers, die im Fall der dafür definierten Krebserkrankungen oder bei benignem (gutartigem) Hirntumor ausgezahlt wird.
Rente	ist die in der Polizze ausgewiesene und im Rahmen der Versicherungsbedingungen garantierte Leistung des Versicherers in Form einer monatlichen Rentenzahlung, die im Fall der in diesen Bedingungen definierten Leistungsvoraussetzungen ausgezahlt 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 Fähigkeiten und Gesundheitszustand 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. Leistungen des Versicherers bei Verlust bestimmter Grundfähigkeiten

(1) Verliert die versicherte Person während des vereinbarten Zeitraums, in dem Versicherungsschutz besteht, eine der nachfolgend beschriebenen Grundfähigkeiten in dem definierten Ausmaß, so erbringen wir folgende Versicherungsleistungen:

- a) vollständige Befreiung von der Prämienzahlungspflicht
- b) Zahlung der vereinbarten Rentenleistung.

Die Rente zahlen wir monatlich zu Monatsbeginn.

Die für den Versicherungsfall zu Ihrem Vertrag vereinbarte Leistung entnehmen Sie bitte Ihrem Antrag bzw. Ihrer Polizze.

(2) Der Anspruch auf die Versicherungsleistungen entsteht nach Ablauf des Monats, in dem der den Leistungsfall auslösende Verlust der Grundfähigkeit anhand dafür geeigneter ärztlicher Befunde eindeutig diagnostiziert wurde.

Werden die Versicherungsleistungen zu einem späteren Zeitpunkt beantragt, hat die bezugsberechtigte Person längstens für einen rückwirkenden Zeitraum von sechs Monaten ab dem Zeitpunkt der Leistungsantragstellung einen Anspruch auf Leistungen.

(3) Die Rente wird, solange ein in der Folge jeweils definierter Grundfähigkeitsverlust besteht, bis zum Ende des Monats gezahlt, in dem die versicherte Person stirbt, längstens jedoch bis zum Ende jenes Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 65. Lebensjahr vollendet hat.

(4) Nach Anerkennung unserer Leistungspflicht aufgrund definierter Grundfähigkeitsverluste können wir eine Neubemessung des festgestellten Grundfähigkeitsverlustes bzw. der festgestellten Grundfähigkeitsverluste verlangen. Ergibt diese Neubemessung, dass keine Leistungsvoraussetzung mehr vorliegt, erfolgt keine weitere Rentenzahlung aus diesem Titel.

Wird eine von uns verlangte Untersuchung zur Neubemessung verweigert, werden wir weitere Rentenzahlungen bis zur Klärung des Sachverhalts einstellen.

(5) Eine wesentliche Besserung des Gesundheitszustandes, der zur Anerkennung der Leistung geführt hat, ist uns unverzüglich mitzuteilen.

(6) Entsteht ein Rentenanspruch aufgrund eines Grundfähigkeitsverlustes nach § 3 dieser Bedingungen als Folge einer Krebserkrankung, die im Sinne dieser Bedingungen eine einmalige Kapitalzahlung in Höhe einer vielfachen Anzahl an Monatsrenten ausgelöst hat, erfolgt die erste Rentenzahlung frühestens ab jenem Monat, der der Anzahl jener Monate, die als Kapitaleistung ausgezahlt wurden, folgt.

§ 3. Definition der versicherten „Grundfähigkeitsverluste“

(1) Verlust des Sehvermögens

Ein Rentenanspruch entsteht, wenn bei der versicherten Person eine klinisch nachgewiesene, aus ärztlicher Sicht irreversible und nicht therapierbare Reduzierung der Sehfähigkeit entsprechend der nachfolgenden Definition besteht: die Sehschärfe auf dem besseren Auge beträgt unter Zuhilfenahme von Hilfsmitteln

- a) nicht mehr als 1/50 oder
- b) nicht mehr als 1/35, wenn das Gesichtsfeld dieses Auges bis auf 30 Grad oder weiter eingeschränkt ist oder

- c) nicht mehr als 1/20, wenn das Gesichtsfeld dieses Auges bis auf 15 Grad oder weiter eingeschränkt ist oder
- d) nicht mehr als 1/10, wenn das Gesichtsfeld dieses Auges bis auf 10 Grad oder weiter eingeschränkt ist oder
- e) mehr als 1/10 bis zur vollen Sehschärfe, wenn das Gesichtsfeld dieses Auges bis auf 5 Grad oder weiter eingeschränkt ist.

Ein Rentenanspruch ergibt sich nur, wenn nach allgemeiner medizinischer Meinung die Sehschärfe oder das Sehfeld durch Hilfsmittel oder andere therapeutische Maßnahmen nicht derart verbessert werden können, dass eine Blindheit im Sinne dieser Leistungsbeschreibung nicht mehr besteht.

(2) **Verlust des Sprachvermögens**

Ein Rentenanspruch entsteht, sofern die versicherte Person durch eine aus ärztlicher Sicht irreversible Schädigung entweder des zentralen Nervensystems (Gehirn) oder des Sprechapparats (Kehlkopf, Stimmbänder, Zunge) nicht fähig ist, irgendein verständliches Wort auszusprechen.

Kein Versicherungsschutz besteht bei Verlust der Sprachfähigkeit durch nicht organische Ursachen, insbesondere bei psychogenem Sprachverlust.

(3) **Verlust des Hörvermögens**

Ein Rentenanspruch entsteht, sobald die versicherte Person basierend auf folgender Definition auf beiden Seiten vollständig ertaubt ist: aus ärztlicher Sicht irreversibler und nicht therapierbarer Verlust der Hörfähigkeit für alle Schallreize unterhalb von 90 Dezibel.

Kein Versicherungsschutz besteht, wenn nach allgemeiner medizinischer Meinung die Hörfähigkeit durch ein Hörgerät oder anderes Hilfsmittel oder durch therapeutische Maßnahmen derart verbessert werden kann, dass auch Schallreize unterhalb von 90 Dezibel gehört werden können.

(4) **Verlust motorischer Funktionen durch den Verlust von Gliedmaßen**

Ein Rentenanspruch aufgrund des Verlusts von Gliedmaßen im Sinne dieser Bedingungen entsteht bei vollständigem und dauerhaftem Verlust von mindestens zwei Teilgliedmaßen oberhalb der Hand und/oder oberhalb des Fußes. Das bedeutet den Verlust von mindestens zwei der folgenden Teilgliedmaßen:

Unterarm, Oberarm, Unterschenkel oder Oberschenkel.

(5) **Verlust der Alltagskompetenz durch fortgeschrittene Demenz einschließlich Alzheimersche Krankheit**

Ein Rentenanspruch entsteht, wenn aufgrund einer der definierten Erkrankungen eine der beschriebenen Defizite festgestellt wird.

Alzheimersche Krankheit im Sinne dieser Bedingungen ist eine progressive degenerative Erkrankung des Gehirns, die durch eine diffuse Hirnatrophie und krankheitsspezifische Zellveränderungen gekennzeichnet ist.

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.

Leistungspflicht im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die versicherte Person 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 der versicherten Person haben sich infolge von fortgeschrittener Demenz oder der Alzheimerschen 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 der versicherten Person 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 tötlich 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.

(6) **Verlust der Mobilität durch Parkinson'sche Krankheit**

Ein Rentenanspruch entsteht, wenn die Mobilität der versicherten Person aufgrund der definierten

Erkrankung in dem beschriebenen Ausmaß eingeschränkt ist. Die Parkinsonsche 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.

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 Parkinsonschen 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 Parkinsonschen Krankheit dauerhaft und irreversibel nicht in der Lage, ohne Hilfsmittel (wie z. B. eine Gehhilfe oder einen Rollstuhl) eine Entfernung von 200 Metern über einen ebenen Boden gehend zurückzulegen, ohne anzuhalten, sich abzustützen oder sich setzen zu müssen.

(7) Verlust kognitiver Fähigkeiten durch die Folgen eines Zeckenbisses

Ein Rentenanspruch entsteht, wenn aufgrund einer der definierten Folge-Erkrankungen nach einem Zeckenbiss schwere neurologische bzw. psychiatrische Dauerfolgen entstanden sind. Der Versicherungsschutz bezieht sich auf eine schwerwiegende Erkrankung verursacht durch Zeckenbiss mit nachfolgender Früh-Sommer-Meningoenzephalitis (FSME) oder Lyme-Borreliose.

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

FSME ist eine durch spezifische ARBO-Viren verursachte Hirnhaut- und Gehirnentzündung (Meningo-Enzephalitis); die Übertragung erfolgt typischerweise durch Zecken in den bekannten Endemiegebieten.

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.

Lyme-Borreliose ist eine durch Zecken übertragene bakterielle entzündliche Infektionserkrankung mit Hautläsion, neurologischen, kardialen und/oder Gelenkmanifestationen.

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 einen 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. Leistungen des Versicherers bei Eintritt einer kritischen Erkrankung

(1) Wird bei der versicherten Person während des vereinbarten Zeitraums, in dem Versicherungsschutz besteht, eine der nachfolgend beschriebenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen aufgrund einer der beschriebenen kritischen Erkrankungen bzw. Gesundheitsstörungen festgestellt, so erbringen wir folgende Versicherungsleistungen:

- a) vollständige Befreiung von der Prämienzahlungspflicht
- b) Zahlung der vereinbarten Rentenleistung.

Die Rente zahlen wir monatlich zu Monatsbeginn.

Die für den Versicherungsfall zu Ihrem Vertrag vereinbarte Leistung entnehmen Sie bitte Ihrem Antrag bzw. Ihrer Polizze.

(2) Der Anspruch auf die Versicherungsleistungen entsteht nach Ablauf des Monats, in dem die kritische Erkrankung bzw. Gesundheitsstörung anhand dafür geeigneter ärztlicher Befunde eindeutig diagnostiziert wurde.

Werden die Versicherungsleistungen zu einem späteren Zeitpunkt beantragt, hat die bezugsberechtigte Person längstens für einen rückwirkenden Zeitraum von sechs Monaten ab dem Zeitpunkt der Leistungsantragstellung einen Anspruch auf Leistungen.

(3) Die Rente wird, solange die in der Folge jeweils definierten gesundheitlichen Beeinträchtigungen bestehen, bis zum Ende des Monats gezahlt, in dem die versicherte Person stirbt, längstens jedoch bis zum Ende jenes Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 65. Lebensjahr vollendet hat.

(4) Nach Anerkennung unserer Leistungspflicht können wir eine Überprüfung der festgestellten gesundheitlichen Beeinträchtigungen verlangen. Ergibt diese Überprüfung, dass keine Leistungsvoraussetzung mehr vorliegt, erfolgt keine weitere Rentenzahlung aus diesem Titel. Wird eine von uns verlangte Untersuchung zur Überprüfung verweigert, werden wir weitere Rentenzahlungen bis zur Klärung des Sachverhalts einstellen.

(5) Eine wesentliche Besserung des Gesundheitszustandes, der zur Anerkennung der Leistung geführt hat, ist uns unverzüglich mitzuteilen.

§ 5. Definition der versicherten „kritischen Erkrankungen“

(1) Herzinfarkt

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

Leistungspflicht im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn der Herzinfarkt durch

- das Auftreten der typischen pectanginösen Schmerzen,
- frische EKG-Veränderungen nach den üblichen Infarktkriterien und
- die für einen Herzinfarkt typische Erhöhung von herzspezifischen Markern (Troponin I, Troponin T oder CK-MB), bestätigt wurde und
- der Nachweis einer Reduzierung der Funktion der linken Herzkammer durch den Herzinfarkt erbracht wurde.

Diese Reduzierung der Funktion muss durch eine verminderte Ejektionsfraktion kleiner gleich 50 % nachgewiesen werden. Der Zustand muss irreversibel und auch durch Medikamente nicht dauerhaft über das oben beschriebene Maß verbesserbar sein.

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

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.

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

- a) Das Vorliegen eines Schlaganfalls 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:
 - Die versicherte Person ist dauerhaft und irreversibel nicht in der Lage, ohne Hilfsmittel (wie z. B. eine Gehhilfe oder einen Rollstuhl) eine Entfernung von 200 Metern über einen ebenen Boden gehend zurückzulegen, ohne anzuhalten, sich abzustützen oder sich setzen zu müssen.
 - 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.
 - Die versicherte Person ist dauerhaft und irreversibel nicht in der Lage, ohne Hilfsmittel über die Sprache mit der Umwelt zu kommunizieren.
 - 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) 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.

(4) Multiple Sklerose

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

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:
 - 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.
 - Die versicherte Person ist dauerhaft und irreversibel nicht in der Lage, ohne Hilfsmittel (wie z. B. eine Gehhilfe oder einen Rollstuhl) eine Entfernung von 200 Metern über einen ebenen Boden gehend zurückzulegen, ohne anzuhalten, sich abzustützen oder sich setzen zu müssen.
 - Es liegt ein neurologisch nachgewiesenes Zentralskotom vor.

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.

(5) Koma

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

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:
 - Die versicherte Person ist dauerhaft und irreversibel nicht in der Lage, ohne Hilfsmittel (wie z. B. eine Gehhilfe oder einen Rollstuhl) eine Entfernung von 200 Metern über einen ebenen Boden gehend zurückzulegen, ohne anzuhalten, sich abzustützen oder sich setzen zu müssen.
 - 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.
 - Die versicherte Person hat dauerhaft, irreversibel und nicht therapierbar die Fähigkeit verloren, über die Sprache mit der Umwelt zu kommunizieren.
 - 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.

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 Zustands aus therapeutischen Gründen zustande gekommen ist.
- wenn ein Versagen der Hirnfunktion, das zu einem Zustand tiefer Bewusstlosigkeit ohne jegliche Reaktion auf externe Reize führt, vorliegt und der Zustand andauernd unter Einsatz von lebenserhaltenden Systemen für einen Zeitraum von mindestens 96 Stunden besteht.

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

§ 6. Leistungen des Versicherers bei Krebs und benignem (gutartigem) Gehirntumor

(1) Wird bei der versicherten Person während des vereinbarten Zeitraums, in dem Versicherungsschutz besteht, eine der nachfolgend beschriebenen Tumorerkrankungen erstmals festgestellt, so erbringen wir eine einmalige Kapitalleistung in Höhe einer vielfachen Anzahl an Monatsrenten.

Die diesbezüglich konkret vereinbarte Leistung entnehmen Sie bitte Ihrem Antrag bzw. Ihrer Police.

Ein Versicherungsfall wegen Krebs oder gutartigem Hirntumor löst keine Rentenzahlung aus. Der Versicherungsvertrag und der vertragliche Versicherungsschutz bleiben weiter bestehen. Die Prämienzahlungspflicht wird dadurch nicht unterbrochen.

(2) Der Anspruch auf die Versicherungsleistung entsteht nach Ablauf des Monats, in dem die Erkrankung anhand dafür geeigneter ärztlicher Befunde eindeutig diagnostiziert wurde.

(3) Ein Anspruch auf Versicherungsleistung besteht nur, solange Prämien zu diesem Versicherungsvertrag entrichtet werden. Erfolgt bereits eine Rentenleistung aus diesem Versicherungsvertrag, besteht kein Anspruch auf eine Leistung bezüglich Krebses oder gutartigen Hirntumors.

(4) Kein Anspruch auf eine Versicherungsleistung aus diesem Titel besteht, wenn

- a) erstmalige Symptome innerhalb der ersten drei Monate nach Beginn des Versicherungsschutzes auftreten oder
- b) eine Diagnose von Krebs oder gutartigem Hirntumor innerhalb der ersten drei Monate nach Beginn des Versicherungsschutzes erfolgt.

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

§ 7. Definition von „Krebs“ und „benignem (gutartigem) Gehirntumor“

(1) Krebs

Krebs im Sinne dieser Bedingungen ist ein bösartiges Zellwachstum (z. B. Tumor), das durch unkontrolliertes Wachstum sowie das Eindringen in anderes Gewebe mit Tendenz zur Metastasenbildung gekennzeichnet ist. Unter den Begriff 'Krebs' fallen auch die Tumorformen des Bluts, der blutbildenden Organe und des Lymphsystems einschließlich Leukämie, Lymphome und Morbus Hodgkin.

Die Diagnose muss durch Vorlage des histologischen – bzw. für Leukämien zytologischen – Befunds bestätigt sein.

Zusätzlich muss mindestens eine der folgenden Bedingungen erfüllt sein:

- a) Es liegt ein Lymphom des Stadiums II oder höher entsprechend der Ann-Arbor-Klassifikation (Stand 01.01.2016) vor.
- b) Es liegt eine Leukämie vor, durch die eine Anämie verursacht wird.
- c) Es liegt ein Hirntumor des Grads II oder höher entsprechend der Klassifikation der Weltgesundheitsorganisation von 2007 vor (WHO Classification of Tumours of the Central Nervous System).
- d) Es liegt ein sonstiger Tumor des Stadiums II oder höher entsprechend der siebenten Auflage der „TNM Klassifikation maligner Tumoren“ der Union for International Cancer Control (UICC) vor.

Nicht unter den Versicherungsschutz fallen alle Krebserkrankungen, die ausschließlich auf Basis molekularer oder biochemischer Verfahren nachgewiesen werden (z. B. durch den Nachweis von Tumor-DNA im Blut).

(2) Benigner (gutartiger) Gehirntumor

Ein benigner Gehirntumor im Sinne dieser Bedingungen ist ein lebensbedrohlicher, nicht bösartiger Tumor des Gehirns.

Der Anspruch auf Versicherungsleistung entsteht, wenn klinische Zeichen des Hirndrucks als Folge des Tumors wie z. B. Papillenödem, 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.

Nicht unter den Versicherungsschutz fallen Zysten, Verkalkungen, Granulome, Fehlbildungen in den oder der Arterien oder Venen des Gehirns sowie Tumore der Hirnanhangsdrüse und der Zirbeldrüse.

§ 8. Leistungen des Versicherers bei Pflegebedürftigkeit

(1) Ein Rentenanspruch entsteht, wenn die versicherte Person während des vereinbarten Zeitraums, in dem Versicherungsschutz besteht, mindestens in einem Ausmaß, das einem Pflegebedarf von durchschnittlich mehr als 65 Stunden pro Monat über mindestens sechs Monate entspricht, pflegebedürftig wird.

Dieser Pflegebedarf entspricht einer Pflegebedürftigkeit im Sinne des Bundespflegegeldgesetzes (BPGG) der Pflegestufe 1 nach Stand 2016.

Solange keine Gesetzesänderung in Bezug auf die Pflegestufe 1 stattfindet, entsteht mit Zuerkennung der Pflegestufe 1 oder höher nach dem Bundespflegegeldgesetz der Rentenanspruch. Eine Änderung des Bundespflegegeldgesetzes führt zu keiner Änderung der Leistungszusage und zu keiner Änderung der hier beschriebenen Definition des Pflegebedarfs für einen Rentenanspruch aus diesem Versicherungsvertrag.

(2) Besteht Pflegebedürftigkeit nach Absatz (1), erbringen wir folgende Versicherungsleistungen:

- a) vollständige Befreiung von der Prämienzahlungspflicht
- b) Zahlung der vereinbarten Rentenleistung.

Die Rente zahlen wir monatlich zu Monatsbeginn.

Die für den Versicherungsfall zu Ihrem Vertrag vereinbarte Leistung entnehmen Sie bitte Ihrem Antrag bzw. Ihrer Polizze.

(3) Der Anspruch auf die Versicherungsleistungen entsteht nach Ablauf des Monats, in dem die Pflegestufe zuerkannt wurde. Lediglich nicht sozialversicherte Personen können den Nachweis der Pflegebedürftigkeit durch Vorlage einer ärztlichen Bestätigung erbringen (bei einer Änderung des Bundespflegegeldgesetzes kann dies aber für alle Personen gelten). Der Anspruch auf die Versicherungsleistungen entsteht bei nicht sozialversicherten Personen nach Ablauf des Monats, in dem die genannte ärztliche Bestätigung ausgestellt wurde.

(4) Die Rente wird, solange Pflegebedürftigkeit nach Absatz (1) vorliegt, bis zum Ende des Monats gezahlt, in dem die versicherte Person stirbt, längstens jedoch bis zum Ende jenes Versicherungsjahres in dem die versicherte Person das 65. Lebensjahr vollendet hat.

(5) Das Ende der Pflegebedürftigkeit ist uns unverzüglich mitzuteilen.

(6) Entsteht ein Rentenanspruch aufgrund Pflegebedürftigkeit nach Absatz (1) als Folge einer Krebserkrankung, die im Sinne dieser Bedingungen eine einmalige Kapitalzahlung in Höhe einer vielfachen Anzahl an Monatsrenten ausgelöst hat, erfolgt die erste Rentenzahlung frühestens ab jenem Monat nach Feststellung der Krebserkrankung, das der Anzahl jener Monate, die als Kapitalleistung ausgezahlt wurden, folgt.

§ 9. Definition von „Pflegebedürftigkeit“

(1) Pflegebedürftig sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder psychischen Behinderung oder einer Sinnesbehinderung der ständigen Betreuung und Hilfe (Pflegebedarf) bedürfen. Ständiger Pflegebedarf liegt vor, wenn dieser täglich oder zumindest mehrmals wöchentlich regelmäßig gegeben ist.

(2) Betreuung

Unter Betreuung sind alle in relativ kurzer Folge notwendigen Verrichtungen anderer Personen zu verstehen, die vornehmlich den persönlichen Lebensbereich betreffen und ohne die die pflegebedürftige Person der Verwahrlosung ausgesetzt wäre. Zu diesen Verrichtungen zählen insbesondere solche beim An- und Auskleiden, bei der Körperpflege, der Zubereitung und Einnahme von Mahlzeiten, der Verrichtung der Notdurft, der Einnahme von Medikamenten und der Mobilitätshilfe im engeren Sinn.

Bei der Feststellung des zeitlichen Betreuungsaufwandes ist von folgenden – auf den Tag bezogenen – Richtwerten auszugehen:

- An- und Auskleiden 2 x 20 Minuten
- Reinigung bei inkontinenten Patienten 4 x 10 Minuten
- Entleerung und Reinigung des Leibstuhls 4 x 5 Minuten
- Einnehmen von Medikamenten 6 Minuten
- Anus-praeter-Pflege 15 Minuten
- Kanülen-Pflege 10 Minuten
- Katheter-Pflege 10 Minuten
- Einläufe 30 Minuten
- Mobilitätshilfe im engeren Sinn 30 Minuten

Für die nachstehenden Verrichtungen werden folgende – auf einen Tag bezogene – zeitliche Mindestwerte festgelegt:

- Tägliche Körperpflege 2 x 25 Minuten
- Zubereitung der Mahlzeiten 1 Stunde
- Einnehmen der Mahlzeiten 1 Stunde
- Verrichtung der Notdurft 4 x 15 Minuten

Abweichungen von diesen Zeitwerten sind nur dann zu berücksichtigen, wenn der tatsächliche Betreuungsaufwand diese Mindestwerte um mehr als das Doppelte überschreitet oder um die Hälfte unterschreitet.

Zubereitung und Einnahme von Mahlzeiten

Es kommt bei der Zubereitung von Mahlzeiten lediglich auf die körperliche, geistige und psychische Fähigkeit zur täglichen Zubereitung einer einfachen gekochten warmen Hauptmahlzeit und gegebenenfalls auf die Zumutbarkeit des Umgangs mit gefährlichen Brennstoffen an. Die Herstellung einer einfachen gekochten warmen Hauptmahlzeit ist täglich vorauszusetzen. Die ausschließliche Verköstigung mit

aufgewärmten Speisen (Tiefkühlkost oder Konserven) ist auch dann nicht zumutbar, wenn sie mit verhältnismäßig geringem Zeitaufwand möglich wäre. Im Zusammenhang mit der Nahrungszubereitung ist nicht nur die Bedienung der (konkreten) Kochstelle zu berücksichtigen, sondern auch die notwendige Reinigung der verwendeten Geräte (Koch- und Essgeschirr, Kochstelle). Der Betreuungsbedarf bei der Zubereitung der Nahrung ist allerdings nur dann für die Beurteilung des Pflegebedarfs heranzuziehen, wenn diese Betreuung nicht aufgrund mangelnder Kochkenntnisse erforderlich ist. Vorschneiden oder Passieren von Teilen der Mahlzeit oder der gesamten Mahlzeit sind durch den vorgegebenen Mindestwert (eine Stunde täglich) abgedeckt. Wenn eine vorgeschnittene oder breiige Nahrung selbständig, d. h. ohne Anleitung, wiederholte Aufforderung und/oder Beaufsichtigung aufgenommen werden kann, ist kein Pflegebedarf anzurechnen.

Verrichtung der Notdurft

Die Frage, ob jemand außerstande ist, seine Notdurft zu verrichten, ist danach zu beurteilen, ob der Betreffende imstande ist, eine ordnungsgemäß installierte Toilette aufzusuchen, sie vollständig bestimmungsgemäß zu benutzen und sich nach der Stoffwechselverrichtung ausreichend zu reinigen. Bei vorliegender Unfähigkeit zur selbständigen Reinigung ist in Fällen, in denen Stuhl- und Harninkontinenz vorliegt, sowohl der Pflegebedarf für die Reinigung bei Inkontinenz, für die tägliche Körperpflege als auch für die Verrichtung der Notdurft anzurechnen. Falls die Notdurft unter Verwendung eines Leibstuhls ordnungsgemäß verrichtet werden kann, die Entleerung und Reinigung des Leibstuhls jedoch nur mit Unterstützung einer Pflegeperson bewerkstelligt werden kann, ist für die Entsorgung des Leibstuhls durch eine Pflegeperson ein Zeitbedarf von zehn Stunden pro Monat anzurechnen, jedoch kein Pflegebedarf für die Verrichtung der Notdurft selbst.

An- und Auskleiden

Der für die Betreuung beim An- und Auskleiden vorgesehene Richtwert ist für das vollständige An- und Auskleiden mit üblicher Kleidung (einmal täglich auch mit Mantel, Ausgeschuhen und Kopfbedeckung) zu verstehen. Dabei ist zu prüfen, ob einfache Hilfsmittel verwendet werden können (z. B. langer Schuhlöffel). Benötigt die pflegebedürftige Person aufgrund einer psychischen oder geistigen Behinderung Anleitung zum An- und Auskleiden, ist der Richtwert von 20 Stunden pro Monat als Pflegebedarf ebenfalls für das komplette An- und Auskleiden anzurechnen. Falls der Kleiderwechsel selbständig durchgeführt werden kann, jedoch die pflegebedürftige Person

- der Anleitung bei der Auswahl einer adäquaten Kleidung oder
- der Anleitung zum regelmäßigen Wäschewechsel

bedarf, ist für diese teilweise Anleitung ein jeweils geringerer Pflegebedarf heranzuziehen.

Anleitung, Beaufsichtigung und Motivationsgespräch

Die Anleitung sowie die Beaufsichtigung von Menschen mit geistiger oder psychischer Behinderung bei der Durchführung der in § 9 Absatz (2) und Absatz (3) angeführten Verrichtungen ist der Betreuung und Hilfe gleichzusetzen. Das Motivationsgespräch ist eine eigene Betreuungshandlung, die als Beziehungsarbeit für geistig oder psychisch Behinderte oft eine unerlässliche Basis für deren Aktivierung ist, die einen entsprechenden zeitlichen Aufwand erfordert. Für die Motivationsgespräche der Betreuungspersonen mit geistig oder psychisch behinderten pflegebedürftigen Personen ist von einem zeitlichen Richtwert von insgesamt zehn Stunden pro Monat für diese Betreuungsmaßnahme auszugehen.

Einnahme von Medikamenten

Bei üblicher Medikation sind drei Stunden pro Monat als Pflegebedarf anzurechnen. Bei Notwendigkeit mehr als 3 x täglicher Verabreichung kann der Pflegebedarf mit bis zu fünf Stunden pro Monat angerechnet werden.

Mobilitätshilfe im engeren Sinn

Mobilitätshilfe im engeren Sinn umfasst die notwendige Unterstützung z. B. beim Aufstehen und Zubettgehen, Umlagern, Gehen, Stehen und Treppensteigen sowie bei allen gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Ortswechseln im eigenen (inneren) Wohnbereich und bei allen im täglichen Leben vorkommenden Lagewechseln. Weiter ist darunter die Hilfe beim An- und Ablegen von Körperersatzstücken, die der Förderung der Mobilität dienen, zu verstehen. Als Richtwert für den hierfür erforderlichen Betreuungsaufwand gemäß Abs. 2 sind 15 Stunden pro Monat zu berücksichtigen. Notwendige Unterstützung in diesem Sinn ist auch gegeben, wenn die Begleitung im eigenen Wohnbereich aufgrund des Orientierungsverlustes oder zwecks Verhinderung einer Verletzung (z. B. bei Schwindelzuständen, die wiederholt zu Stürzen geführt haben) erforderlich ist.

(3) Hilfe

Unter Hilfe sind unaufschiebbare Verrichtungen anderer Personen zu verstehen, die den sachlichen Lebensbereich betreffen und zur Sicherung der Existenz erforderlich sind. Hilfsverrichtungen sind die Herbeischaffung von Nahrungsmitteln, Medikamenten und Bedarfsgütern des täglichen Lebens, die Reinigung der Wohnung und der persönlichen Gebrauchsgegenstände, die Pflege der Leib- und Bettwäsche, die Beheizung des Wohnraums einschließlich der Herbeischaffung von Heizmaterial und die

Mobilitätshilfe im weiteren Sinn. Für jede Hilfsverrichtung ist ein – auf den Monat bezogener – fixer Zeitwert von zehn Stunden anzunehmen.

Herbeischaffung von Nahrungsmitteln, Bedarfsgütern des täglichen Lebens und Medikamenten

Die Lage der Wohnung (Stockwerk) und die Wegstrecke zur nächsten Einkaufsmöglichkeit sind für die Beurteilung der Frage, ob ein Hilfebedarf bei der Herbeischaffung von Nahrungsmitteln, Bedarfsgütern des täglichen Lebens und Medikamenten vorliegt, zu berücksichtigen.

Reinigung der Wohnung und der persönlichen Gebrauchsgegenstände

Unter Wohnungsreinigung ist die laufend notwendige Wohnungsreinigung, allenfalls unter Verwendung zumutbarer technischer Hilfsmittel, das Aufbetten der Schlafstelle und das Staubabwischen zu verstehen. Ein Hilfsbedarf liegt vor, wenn das für eine Einzelperson übliche Mindestmaß an Wohnraum (Küche, Wohnzimmer, Schlafzimmer, Bad und etwaige dazugehörige Nebenräume) ohne fremde Hilfe nicht mehr gereinigt werden kann.

Beheizung des Wohnraums einschließlich Herbeischaffung von Heizmaterial

Bei der Prüfung, ob der Wohnraum ordnungsgemäß beheizt werden kann, ist generell von der konkreten Heizeinrichtung der Wohnung auszugehen. Es ist nicht nur auf die Bedienung der vorhandenen Heizmöglichkeiten Bedacht zu nehmen, sondern auch auf deren Reinigung. Bei vorhandener Zentralheizung kann kein Hilfsbedarf berücksichtigt werden, wenn die Wartung und Temperaturregelung nicht von der pflegebedürftigen Person vorgenommen werden muss (z. B. Fernwärme, Gasetagenheizung).

Mobilitätshilfe im weiteren Sinn

Mobilitätshilfe im weiteren Sinn umfasst Hilfeleistungen außerhalb des Wohnbereichs bei allen Abläufen, die zur Führung eines menschenwürdigen Lebens erforderlich sind. Sie umfasst insbesondere die Begleitung zum Arzt, zur Therapie, zu Behörden oder Banken sowie zu kulturellen Veranstaltungen. Die mangelnde Fähigkeit zur Manipulation mit Geld kann für sich allein keinen anrechenbaren Pflegebedarf bewirken.

§ 10. Pflichten des Versicherungsnehmers

10.1 Anzeigepflicht vor Abschluss des Vertrages

(1) Sie sind verpflichtet, den Antrag und die damit verbundenen Fragen wahrheitsgemäß und vollständig auszufüllen bzw. zu beantworten.

Wenn eine andere 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, Wiederherstellung oder Änderung vom Vertrag 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 wegen arglistiger Täuschung anfechten oder vom Vertrag zurücktreten, entfällt unsere Leistungspflicht.

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

10.2 Prämien, Zahlungsverzug und dessen Folgen

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

(2) Laufende Prämien sind Jahresprämien. Sie können nach Vereinbarung auch in halbjährlichen, vierteljährlichen oder monatlichen Raten bezahlt werden, dann jedoch mit Zuschlägen. **Die Höhe des jeweiligen Zuschlages entnehmen Sie bitte Ihrem Antrag bzw. Ihrer Police.**

(3) 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. Im Versicherungsfall werden die offenen Raten des laufenden Versicherungsjahres in Abzug gebracht.

(4) Die **erste Prämie** wird mit Zustellung der Police, 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.
Ein Stunden der Prämien ist nicht möglich.

(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 entfällt Ihr Versicherungsschutz, es sei denn, dass Sie an der rechtzeitigen Zahlung ohne Verschulden verhindert waren.

Die Wirkungen der Kündigung entfallen, wenn Sie innerhalb eines Monats nach Kündigung die Zahlung nachholen, sofern der Versicherungsfall nicht schon eingetreten ist.

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.

(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.

§ 11. Umfang des Versicherungsschutzes

(1) Unsere Leistungspflicht besteht grundsätzlich unabhängig davon, wie es zum Versicherungsfall gekommen ist.

(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) Wir leisten jedoch nicht, wenn die gesundheitliche Beeinträchtigung verursacht ist:

a) unmittelbar oder mittelbar durch Kriegsereignisse, Bürgerkrieg oder durch innere Unruhen; Innerhalb desjenigen Staats der EU, in dem die versicherte Person ihren ständigen Wohnsitz hat, gilt der Ausschluss unserer Leistungspflicht hinsichtlich innerer Unruhen nur, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat.

Wenn die versicherte Person während eines Aufenthalts außerhalb desjenigen Staats der EU, in dem die versicherte Person ihren ständigen Wohnsitz hat, unmittelbar oder mittelbar für die Dauer von bis zu zehn Tagen Kriegsereignissen, Bürgerkrieg oder inneren Unruhen ausgesetzt ist, die nicht bereits bestanden haben oder vorhersehbar waren, bleibt der Versicherungsschutz für diesen Zeitraum erhalten. Nach Ablauf des zehnten Tags ab Beginn der Gefährdung durch Kriegsereignisse, Bürgerkriege oder innere Unruhen verlängert sich diese Frist nur, soweit die versicherte Person aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, objektiv nachvollziehbar gehindert ist, das Gefahrengebiet zu verlassen.

Für Angehörige von Streitkräften, wie z. B. des Bundesheers oder anderer staatlich organisierter Kriseneinsatzkräfte, gilt dieser Versicherungsschutz im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit nicht und ist eine gesundheitliche Beeinträchtigung infolge von Auslandseinsätzen unter nationaler oder internationaler Verantwortung mit vergleichbarem Gefährdungspotential, vorbehaltlich einer anderweitigen ausdrücklichen schriftlichen Vereinbarung, nicht mitversichert.

Der Einsatz für humanitäre Hilfsdienste und Hilfeleistungen ist von dieser Leistungseinschränkung nicht erfasst, sofern die versicherte Person dabei 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 mehr als altersentsprechendem Kräfteverfall, absichtliche Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung, außer es wir uns nachgewiesen, dass diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind.

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

e) durch Strahlen infolge von Kernenergie bzw. unmittelbar oder mittelbar durch atomare, biologische, chemische oder durch Terrorismus ausgelöste Katastrophen, 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 bedarf.

f) durch einen Unfall der versicherten Person, der aufgrund einer wesentlichen Beeinträchtigung ihrer psychischen Leistungsfähigkeit durch Alkohol, Suchtgifte oder Medikamente verursacht wurde

§ 12. Beginn des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherungsschutz beginnt, sobald wir die Annahme Ihres Antrags in geschriebener Form oder durch Zustellung der Polizze erklärt und Sie die erste Prämie rechtzeitig (§ 10.2 Absatz (4)) bezahlt haben. Vor dem in der Polizze angegebenen Versicherungsbeginn besteht kein Versicherungsschutz.

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

Der vorläufige Sofortschutz erstreckt sich auf die beantragte Rente, maximal jedoch auf EUR 500,- monatlich, auch wenn insgesamt eine höhere Rente für denselben Versicherten beantragt ist.

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

Der vorläufige Sofortschutz **endet** mit Zustellung der Polizze 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 Polizze erfolgt, in jedem Fall jedoch sechs Wochen nach Antragstellung. Wenn wir aufgrund des vorläufigen Sofortschutzes leisten, verrechnen wir die erste Jahresprämie bzw. einmalige Prämie.

§ 13. Kosten und Gebühren

(1) Die Versicherungssteuer wird entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen von Ihren Versicherungsprämien in Abzug gebracht.

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

(a) Abschlusskosten

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

(c) Risikokosten

Die Kosten zur Deckung der versicherten Risiken (Risikokosten) richten sich nach dem Tarif, dem Alter des Versicherten sowie der vereinbarten Versicherungsleistung. Das für die Berechnung relevante Alter ist die Differenz zwischen dem jeweiligen Kalenderjahr und dem Geburtsjahr.

Die Risikokosten errechnen sich aus der für den Eintritt des Leistungsfalles vereinbarten Versicherungsleistung multipliziert mit den statistischen Eintrittswahrscheinlichkeiten.

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 Gebühren sowie deren Höhe können Sie Ihrem Antrag entnehmen.

(4) Die in Absatz (1) (a) bis (c) genannten Kostenbestandteile berücksichtigen wir bereits bei der Kalkulation Ihrer Prämien, sie sind daher in Ihren Prämien enthalten.

§ 14. Gewinnbeteiligung

(1) Um die Erbringung der vereinbarten Versicherungsleistung über die gesamte Versicherungsdauer hinweg sicherzustellen, sind die Prämien vorsichtig kalkuliert. Regelmäßige Überschüsse sind die Folge der vorsichtigen Prämienkalkulation.

(2) Die Risikoprämie für den Berufsunfähigkeitsschutz nimmt im Wege der Gewinnbeteiligung (siehe § 1) an den von uns erzielten Überschüssen teil.

a) Gewinnbeteiligung für die Zeit, in der keine Rentenleistung erfolgt:

Solange noch keine Rentenleistungen fällig sind, erfolgt die Aufteilung der Überschüsse 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 Polizza ausgewiesen.

Ihre Gewinnanteile werden alljährlich zum Stichtag 31. Dezember festgelegt. Der Prämienbonus wird von der zu entrichtenden Prämie sofort abgezogen. Berufs- und Risikozuschläge sind nicht überschussberechtig.

Für die Höhe des Gewinnanteiles sind die von unseren Unternehmensorganen diesbezüglich jeweils gefassten Beschlüsse maßgeblich. Die Höhe des Prämienbonus wird in unserem jeweiligen Geschäftsbericht bzw. der Gewinnbeteiligungsbroschüre veröffentlicht. Abhängig vom Ausmaß des Prämienbonus ist daher sowohl eine Senkung als auch eine Erhöhung der laufenden Prämie zukünftig möglich.

b) Gewinnbeteiligung während einer Rentenleistung:

Wenn Sie eine Rentenleistung beziehen, unterliegt Ihr Vertrag ab diesem Zeitpunkt dem dafür vorgesehenen Gewinnverband. Die Gewinnbeteiligung erhöht die laufende Rente. Die Erhöhung findet alljährlich zum Stichtag 31. Dezember, erstmalig im zweiten Auszahlungsjahr statt.

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

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

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 Falle 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 zu Gute kommt.

§ 15. Leistungserbringung durch den Versicherer sowie Mitwirkungspflichten des Antragsstellers

(1) Werden Leistungen aus dieser Versicherung verlangt, so sind uns ein Identitätsnachweis des Leistungsempfängers sowie – auf Kosten der Anspruch erhebenden Person – unverzüglich folgende Unterlagen einzureichen:

- eine Darstellung der Ursache für den Eintritt des Grundfähigkeitsverlustes bzw. der Erkrankung;
- ausführliche Berichte der Ärzte, die die versicherte Person gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens und über den Umfang der Beeinträchtigung bzw. über das genaue Krankheitsbild;
- bei Pflegebedürftigkeit zusätzlich eine Bescheinigung über das Ausmaß der Pflege und die festgestellte Pflegestufe.

(2) Wir können außerdem, dann allerdings auf unsere Kosten, weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte sowie notwendige Nachweise verlangen, z.B. zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen.

Soweit hierbei eine fachmedizinische Begutachtung der versicherten Person erforderlich ist und die versicherte Person dafür anreisen muss, übernehmen wir zusätzlich angemessene Reise- und Unterbringungskosten. Dies gilt auch für Anreisen aus dem Ausland.

(3) Die ärztlichen Nachweise im Sinne von Absatz (1) müssen von einem innerhalb der Europäischen Union zugelassenen Arzt in deutscher Sprache erstellt bzw. diesen Nachweisen muss eine durch einen vor Gericht zugelassenen Übersetzer erstellte Übersetzung ins Deutsche beigelegt werden, sofern wir nicht im Einzelfall abweichende Vereinbarungen mit Ihnen treffen. Dabei werden Kosten, die durch eine Anreise aus dem Ausland entstehen, von uns nicht übernommen.

(4) Im Rahmen der bei Vertragsabschluss geschlossenen Vereinbarung bezüglich personenbezogener Daten und Gesundheitsdaten und der darin erteilten Ermächtigungen werden wir im Bedarfsfall zusätzliche Erkundigungen und Auskünfte zur Beurteilung des Versicherungsfalles und zur Überprüfung der Angaben vor Vertragsannahme einholen. Wenn die versicherte Person die Ermächtigung widerruft bzw. von ihrem Widerspruchsrecht oder dem Recht auf Einzelfallzustimmung Gebrauch macht, sind die benötigten Unterlagen in vollem Umfang von Ihnen oder der bezugsberechtigten bzw. der versicherten Person beizubringen. Bis zum Erhalt der vollständigen Unterlagen können Leistungsansprüche nicht fällig werden.

(5) Die versicherte Person ist verpflichtet, zur Schadenminderung beizutragen und hat sich damit allen zumutbaren ärztlichen und medizinischen Maßnahmen zur Besserung oder Wiederherstellung der Gesundheit und damit zur Minderung der Beeinträchtigungen zu unterziehen sowie zumutbaren ärztlichen Anweisungen zur Besserung ihrer gesundheitlichen Verhältnisse Folge zu leisten.

Zumutbar sind allerdings nur Untersuchungen und Behandlungen, bei denen ein Schaden für Leben oder Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden kann, mit denen keine erheblichen Schmerzen verbunden sind und die keinen erheblichen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit bedeuten. Immer zumutbar sind damit Maßnahmen im Rahmen der medizinischen Grundversorgung (z. B. Blutkontrollen, das Einhalten von Diäten, Physiotherapie, Logopädie, Allergiebehandlung) und die Verwendung allgemein gebräuchlicher medizinisch-technischer Hilfsmittel (wie z. B. Prothesen, Seh- oder Hörhilfen oder Stützstrümpfe). Nicht unter die Schadensminderungspflicht fallen operative Behandlungen, spezielle Therapien wie Chemo- oder Strahlentherapie oder medikamentöse Behandlungen, mit denen regelmäßig unangemessen hohe Nebenwirkungen einhergehen. Eine Ablehnung derartiger Maßnahmen hat keinen Einfluss auf unsere Leistungspflicht.

(6) Erbringen wir Rentenleistungen, müssen uns alle Umstände, die für die Frage von Bedeutung sind, ob die früher anerkannte oder festgestellte Beeinträchtigung der Grundfähigkeiten bzw. die für einen Leistungsfall definierten gesundheitlichen Defizite der versicherten Person fortbesteht, auch ohne besondere Aufforderung unverzüglich angezeigt werden.

Dies sind insbesondere:

- jede wesentliche Besserung des Gesundheitszustandes, der zur Anerkennung der Leistung geführt hat;
- der Tod der versicherten Person.

(7) Das konkrete Ausmaß der Versicherungsleistung wird nach Eintritt des Versicherungsfalles und Abschluss sämtlicher Erhebungen zum Versicherungsfall festgestellt.

(8) Liegen uns die eingereichten sowie die von uns beigelegten Unterlagen vollständig vor, erklären wir innerhalb von vier Wochen, ob und für welchen Zeitraum wir eine Leistungspflicht anerkennen.

(9) 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.

§ 16. Verletzung von Schadenminderungs- und Mitwirkungspflichten

(1) Solange eine Schadenminderungs- oder Mitwirkungspflicht von Ihnen, der versicherten Person oder dem Ansprucherhebenden vorsätzlich nicht erfüllt wird, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Wenn die Mitwirkungspflicht später erfüllt wird, werden wir ab Beginn des dann laufenden Monats nach Maßgabe dieser Bedingungen die Leistung erbringen.

(2) Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Schadenminderungs- oder Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Dies gilt nicht, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die Schadenminderungs- oder Mitwirkungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt haben. Die Ansprüche aus der Versicherung bleiben jedoch insoweit bestehen, als die Verletzung ohne Einfluss auf den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles oder die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist.

§ 17. Nachprüfung der Leistungsvoraussetzung

(1) Nach Anerkennung oder Feststellung unserer Leistungspflicht sind wir berechtigt, das Fortbestehen der gesundheitlichen Beeinträchtigung bzw. Pflegebedürftigkeit nachzuprüfen.

(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.

(3) Liegt nach Prüfung der vollständigen Unterlagen ein Leistungsfall aufgrund des Verlusts bestimmter Grundfähigkeiten bzw. Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen nicht mehr vor, werden wir unsere Leistungen einstellen. Dies teilen wir der bezugsberechtigten Person unter Hinweis auf ihre Rechte gemäß § 18 mit.

Die Einstellung der Leistungen wird nicht vor Ablauf eines Monats nach Absenden der Mitteilung darüber wirksam.

Im Falle der Befreiung von der Prämienzahlungspflicht werden zu diesem Zeitpunkt auch wieder die Prämien fällig.

(4) Werden uns diese Informationen im Rahmen der Mitwirkungspflichten nicht innerhalb angemessener und zumutbarer Zeit zugänglich gemacht, werden wir unsere Leistungen bis zum Vorliegen der vollständigen zur Beurteilung notwendigen Unterlagen einstellen.

§ 18. Ihre Rechte bei Meinungsverschiedenheiten

(1) Wenn diejenige Person, die den Anspruch auf die Versicherungsleistung geltend macht, mit unserer Leistungsentscheidung nicht einverstanden ist, kann diese den Anspruch innerhalb von einem Jahr nach Zugang unserer Entscheidung gerichtlich geltend machen.

(2) Lässt die Person, die Anspruch auf die Versicherungsleistung erhebt, diese Frist verstreichen, ohne dass sie 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

§ 19. Kündigung der Versicherung

(1) Sie können Ihren Versicherungsvertrag, solange noch keine Ansprüche anerkannt oder festgestellt sind, kündigen:

- 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.

(2) Bei dieser Versicherung handelt es sich um eine Risikoversicherung, bei der in jedem Versicherungsjahr die entrichteten Prämien zur Deckung der eintretenden Versicherungsfälle und der Kosten voll verbraucht werden. Aus der gekündigten Versicherung fallen daher kein Rückkaufswert und keine prämienfreie Versicherungsleistung an - der Vertrag tritt ohne Rückvergütungsanspruch außer Kraft.

§ 20. Prämienfreistellung

Eine Prämienfreistellung ist nicht möglich.

§ 21. Nachteile einer Kündigung

Bei Kündigung verlieren Sie mit Ablauf der Kündigungsfrist den wertvollen Versicherungsschutz.

§ 22. 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.

§ 23. 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 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 Formgebrechen 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“).

§ 24. 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.

§ 25. Vorgangsweise bei Verlust der Polizze

Wenn Sie den Verlust der Polizze anzeigen, werden wir Ihnen ein neues Dokument ausstellen.

§ 26. 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.

§ 27. Vertragsgrundlagen

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

§ 28. Anwendbares Recht

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

§ 29. 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.

§ 30. Erfüllungsort

Erfüllungsort für die Versicherungsleistung ist unsere Generaldirektion in Wien.