

VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN DER FONDSGEBUNDENEN LEBENS- VERSICHERUNG MIT VERSICHERUNGSSCHUTZ BEI BERUFSUNFÄHIGKEIT

- § 1. Begriffsbestimmungen
- § 2. Art des Vertrages und Leistungen des Versicherers im Versicherungsfall
- § 3. Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen
- § 4. Pflichten des Versicherungsnehmers
- § 5. Umfang des Versicherungsschutzes
- § 6. Beginn des Versicherungsschutzes
- § 7. Beginn und Ende des Leistungsanspruches bei Berufsunfähigkeit
- § 8. Nachversicherungsgarantie
- § 9. Veranlagung in Investmentfonds
- § 10. Veränderungen bei Fonds bzw. der Fondsauswahl (Switch)
- § 11. Kosten und Gebühren
- § 12. Gewinnbeteiligung
- § 13. Leistungserbringung durch den Versicherer
- § 14. Erklärung über unsere Leistungspflicht wegen Berufsunfähigkeit
- § 15. Nachprüfung der Berufsunfähigkeit
- § 16. Mitwirkungspflichten nach Eintritt der Berufsunfähigkeit
- § 17. Kapitalentnahme bzw. vollständige Kapitalentnahme durch Kündigung
- § 18. Prämienfreistellung eines Versicherungsvertrages gegen laufende Prämienzahlung
- § 19. Vinkulierung, Verpfändung und Abtretung
- § 20. Erklärungen
- § 21. Bezugsberechtigung
- § 22. Letztstandspolizze (Was ist bei Verlust der Polizze zu tun?)
- § 23. Verjährung
- § 24. Vertragsgrundlagen
- § 25. Anwendbares Recht
- § 26. Aufsichtsbehörde
- § 27. Erfüllungsort

Anhang: § 176 Abs. 5 VersVG

§ 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 der Ihrer fondsgebundenen Lebensversicherung zu Grunde liegenden Investmentfondsanteile.
Geldwert der Deckungsrückstellung	ermittelt sich durch Multiplikation der Fondsanteile mit dem gültigen Rechenwert.
Mindestrisikosumme	beträgt 5% der Mindesttodesfallsumme und wird im Ablebensfall zusätzlich zum Geldwert der Deckungsrückstellung ausbezahlt, sofern nicht die Mindesttodesfallsumme zur Auszahlung gelangt.
Mindesttodesfallsumme	ist jene Leistung, die im Ablebensfall mindestens zur Auszahlung gelangt. Die Mindesttodesfallsumme wird ausgezahlt, wenn die Summe aus Geldwert der Deckungsrückstellung plus Mindestrisikosumme geringer ist. Bei Verträgen mit laufender Prämienzahlung beträgt die Mindesttodesfallsumme 10% der Prämien-summe, mindestens EUR 4.000,-, maximal 200% der Prämien-summe.
Modellrechnung	ist die individuell auf Ihren Vertrag abgestimmte Darstellung der möglichen Vertragsentwicklung, unter der Annahme der dort ausgewiesenen Fondsperformance.
Tarif/Geschäftsplan	ist eine der Finanzmarktaufsichtsbehörde (FMA) übermittelte detaillierte Aufstellung der versicherungsmathematischen Berechnungsgrundlagen Ihres Versicherungsvertrages.
Versicherer	ist die DONAU Versicherung AG Vienna Insurance Group.
Versicherter	ist die Person, deren Leben versichert ist.
Versicherungsnehmer	ist der Vertragspartner des Versicherers.
Versicherungsprämie	ist das vom Versicherungsnehmer zu zahlende Entgelt.

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

(1) Ihr Vertrag ist eine auf bestimmte Zeit abgeschlossene fondsgebundene Lebensversicherung gegen laufende Prämienzahlung über eine im vorhinein festgelegte Prämienzahlungsdauer. Die fondsgebundene Lebensversicherung bietet Versicherungsleistungen im Er- und Ablebensfall und bei Berufsunfähigkeit des Versicherten, sowie Zuzahlungsmöglichkeiten und die Möglichkeit der Änderung der Veranlagungsstrategie und der Kapitalentnahme während des Versicherungsverhältnisses.

(2) Zuzahlungen bis zur Höhe der bei Vertragsabschluss vereinbarten Prämiensumme sind möglich. Zuzahlungen darüber hinaus bedürfen unserer Zustimmung.

(3) Auf ausdrücklichen Wunsch können Sie anstelle der Auszahlung des Geldwertes der Deckungsrückstellung (siehe § 1) die Übertragung von Fondsanteilen verlangen. In diesem Fall reduzieren sich unsere Leistungen um die dadurch entstandenen Übertragungskosten.

(4) Der Geldwert der Deckungsrückstellung wird jedenfalls erbracht,

- wenn dieser unter EUR 5.000,- liegt

- nach Ablauf eines Monats nach Eintritt des Ereignisses, das die Leistung auslöst.

(5) Im **Ablebensfall** leisten wir bei einem Vertrag mit laufender Prämienzahlung während der Prämienzahlungsdauer den Geldwert der Deckungsrückstellung zuzüglich der Mindestrisikosumme, mindestens jedoch die vereinbarte Mindesttodesfallsumme (siehe § 1). Die Mindestrisikosumme beträgt 5% der Mindesttodesfallsumme.

(6) Nach Ablauf der vereinbarten Prämienzahlungsdauer entfällt die Verpflichtung zur Prämienzahlung und es entfällt die Mindesttodesfallsumme.

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

Der Versicherungsschutz im Falle des Ablebens und der Berufsunfähigkeit bleibt aufrecht, solange der Geldwert der Deckungsrückstellung (siehe § 1.) ausreicht, um alle anfallenden Verwaltungskosten (siehe § 11 Abs. 2 lit. c) und die zur Deckung des Ablebens- und Berufsunfähigkeitsrisikos bestimmten Risikoprämien (siehe § 11 Abs. 2 lit. a) zu finanzieren.

Die zur Deckung des Ablebens- und Berufsunfähigkeitsrisikos bestimmten Risikoprämien und alle anfallenden Verwaltungskosten entnehmen wir der Deckungsrückstellung. Dies kann dazu führen, dass die Deckungsrückstellung vollständig aufgebraucht wird. In diesem Fall tritt der Vertrag ohne Ansprüche außer Kraft. Wir werden Sie darauf gegebenenfalls hinweisen.

(7) Im **Erlebensfall** leisten wir den Geldwert der Deckungsrückstellung.

(8) Den Geldwert der Deckungsrückstellung ermitteln wir durch Multiplikation der Anzahl der Fondsanteile mit dem am Bewertungsstichtag gültigen Rechenwert. Der Bewertungsstichtag ist, sofern nichts anderes bestimmt ist, der letzte Börsetag des vor dem Eintritt des Versicherungsfalles liegenden Kalendermonats. Es gelten die Kurse, die uns von unserem Kursdatenanbieter zur Verfügung gestellt werden.

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 unverzüglich durch. In diesem Fall finden die Bestimmungen über den Bewertungsstichtag für die Berechnung des Geldwertes der Deckungsrückstellung keine Anwendung.

(9) Leistungen bei **Berufsunfähigkeit**:

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

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

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

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

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

- d) Assistenzleistung

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

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

Wird die versicherte Person während der vereinbarten Versicherungsschutzdauer infolge Pflegebedürftigkeit im Sinne des § 3 Abs.(5) bis (9) berufsunfähig, erbringen wir die vereinbarten Versicherungsleistungen, unabhängig vom Grad der Berufsunfähigkeit.

ANHANG 709

Seite 3 von 11

§ 3. Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen

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

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

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

(4) Was gilt nach dem Ausscheiden aus dem Berufsleben:

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

(5) Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit:

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

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

(7) Wann liegt Pflegebedürftigkeit vor und wie wird sie bewertet:

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

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

Die versicherte Person benötigt Hilfe beim

Fortbewegen im Zimmer:

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

Aufstehen und Zubettgehen:

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

An- und Auskleiden:

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

Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken

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

Waschen:

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

Verrichten der Notdurft

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person die Unterstützung einer anderen Person benötigt, da sie sich nach dem Stuhlgang nicht allein säubern kann oder der Darm bzw. die Blase nur mit fremder Hilfe entleert werden kann.

Besteht allein eine Inkontinenz des Darms bzw. der Blase, die durch Verwendung von Windeln, speziellen Einlagen, eines Katheters oder eines Kolostomiebeutels ausgeglichen werden kann, liegt hinsichtlich der Verrichtung der Notdurft keine Pflegebedürftigkeit vor

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

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

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

§ 4. Pflichten des Versicherungsnehmers

- (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, hat auch diese alle Fragen wahrheitsgemäß und vollständig zu beantworten.
- (2) Werden Fragen unrichtig oder unvollständig beantwortet, können wir innerhalb von drei Jahren seit Abschluss, Wiederherstellung oder Änderung des Vertrages vom Vertrag einschließlich Nachversicherungen zurücktreten. Tritt der Versicherungsfall innerhalb dieser drei Jahre ein, können wir auch noch nach Ablauf dieser Frist zurücktreten. Wir können den Rücktritt nur innerhalb eines Monats ab Kenntnis der Unrichtigkeit oder Unvollständigkeit der Angaben erklären. Wir können nicht vom Vertrag zurücktreten, wenn die unrichtige oder unvollständige Beantwortung nicht auf Verschulden beruht, wir von der Unrichtigkeit oder Unvollständigkeit der Angaben Kenntnis hatten oder der verschwiegene Umstand keinen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalles hatte. Bei arglistiger Täuschung können wir den Vertrag einschließlich Nachversicherungen jederzeit anfechten. Wenn wir den Vertrag anfechten oder vom Vertrag zurücktreten, entspricht unsere Leistung dem Wert gemäß § 17 Abs. 3.
- (3) Verzicht auf Anwendung des § 41 Versicherungsvertragsgesetz (VVG): Falls bei Vertragsabschluss gefahrerhebliche Umstände wegen Unkenntnis oder unverschuldet nicht angezeigt werden, so sind wir nach § 41 VVG berechtigt, auf Grund des erhöhten Risikos die Prämie zu erhöhen oder die Versicherung zu kündigen. Auf dieses Recht verzichten wir hiermit ausdrücklich.
- (4) An Ihren Antrag sind Sie sechs Wochen ab Antragstellung gebunden.
- (5) Sie sind verpflichtet, die vereinbarten Versicherungsprämien (einmalige oder laufende Prämien) an uns kostenfrei und rechtzeitig zu bezahlen.
- (6) Laufende Prämien sind Jahresprämien. Sie können nach Vereinbarung auch in halbjährlichen, vierteljährlichen oder monatlichen Raten bezahlt werden. Wenn Sie innerhalb des ersten Versicherungsjahres mit der Zahlung einer Rate in Verzug geraten, diese also nicht spätestens zum Fälligkeitstag zahlen, werden alle Prämienraten für das erste Versicherungsjahr sofort fällig und alle eingehenden Zahlungen auf die älteste Schuld angerechnet.
- (7) Die erste oder einmalige Prämie wird mit Zustellung der Polizze, nicht aber vor Versicherungsbeginn fällig und ist sodann innerhalb von zwei Wochen zu bezahlen. Folgeprämien sind innerhalb eines Monats, bei monatlicher Prämienzahlung innerhalb von zwei Wochen, jeweils ab dem in der Polizze angegebenen Fälligkeitstag zu bezahlen.
- (8) Wenn Sie die **erste oder eine einmalige 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 oder einmalige Prämie nicht innerhalb von drei Monaten vom Fälligkeitstag an gerichtlich geltend machen.
- (9) Wenn Sie eine **Folgeprämie** nicht rechtzeitig bezahlen, erhalten Sie eine schriftliche Mahnung. Bezahlen Sie den Rückstand nicht innerhalb der in der Mahnung festgesetzten Frist von mindestens zwei Wochen, können wir den Vertrag (mit sofortiger Wirkung oder im Vorhinein zum Ablauf der festgesetzten Frist) kündigen. Außerdem entfällt oder vermindert sich Ihr Versicherungsschutz, es sei denn, dass Sie an der rechtzeitigen Zahlung ohne Verschulden verhindert waren. Darauf werden wir in der Mahnung ausdrücklich hinweisen.
- (10) Sie haben das Recht, ohne erneute Gesundheitsprüfung die Wiederinkraftsetzung der Versicherung innerhalb von sechs Monaten seit der ersten unbezahlt gebliebenen Prämie zu verlangen.

§ 5. Umfang des Versicherungsschutzes

- (1) Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, wie und wo es zum Versicherungsfall gekommen ist. Der Versicherungsschutz für den Fall des Ablebens oder der Berufsunfähigkeit besteht weltweit.
- (2) Bei Selbstmord des Versicherten innerhalb von drei Jahren nach Abschluss, Wiederherstellung oder einer die Leistungspflicht des Versicherers erweiternden Änderung des Vertrages leisten wir den Geldwert 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.
- (3) Bei Ableben der versicherten Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit Kriegsereignissen oder durch innere Unruhen, entspricht unsere Leistung dem Wert gemäß § 17 Abs. 3. Diese Einschränkung unserer Leistungspflicht gilt nicht, wenn das Ableben der versicherten Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit Kriegsereignissen verursacht worden ist, denen sie während eines Aufenthaltes im Ausland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war. Die Verwendung der versicherten Person für humanitäre Hilfsdienste und Hilfeleistungen im Ausland ist von dieser Einschränkung der Leistungspflicht nicht erfasst, sofern die versicherte Person nicht in bewaffnete Unternehmungen einbezogen ist.
- (4) Einige Ursachen, die zur Berufsunfähigkeit führen können, müssen jedoch vom Versicherungsschutz ausgeschlossen werden. Wir leisten nicht, wenn die Berufsunfähigkeit verursacht ist:
 - a) unmittelbar oder mittelbar durch Kriegsereignisse oder durch innere Unruhen, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat. Diese Einschränkung unserer Leistungspflicht gilt nicht, wenn die Berufsunfähigkeit der versicherten Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit Kriegsereignissen verursacht worden ist, denen sie während eines Aufenthaltes im Ausland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war. Die Verwendung der versicherten Person für humanitäre Hilfsdienste und Hilfeleistungen im Ausland ist von dieser Einschränkung der Leistungspflicht nicht erfasst, sofern die versicherte Person nicht in bewaffnete Unternehmungen einbezogen ist.
 - b) durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die versicherte Person;
 - c) durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit oder Kräfteverfall, absichtliche Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung. Wenn uns jedoch nachgewiesen wird, dass diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind, werden wir leisten;
 - d) durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie als Versicherungsnehmer oder mit der der Begünstigte vorsätzlich die Berufsunfähigkeit der versicherten Person herbeigeführt haben bzw. hat;
 - e) durch Strahlen infolge Kernenergie, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen in so ungewöhnlichem Maße gefährden oder schädigen, dass es zu deren Abwehr und Bekämpfung des Einsatzes des Katastrophenschutzes bedarf.

ANHANG 709

Seite 5 von 11

§ 6. Beginn des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherungsschutz beginnt, sobald wir die Annahme Ihres Antrages schriftlich oder durch Zustellung der "Versicherungsurkunde" erklärt und Sie die erste oder einmalige Prämie rechtzeitig (§ 4. Abs. 7) bezahlt haben. Vor dem in der Police angegebenen Versicherungsbeginn besteht kein Versicherungsschutz.

(2) Ihr Versicherungsvertrag ist mit vorläufigem Sofortschutz ausgestattet.

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

Für den Fall der Berufsunfähigkeit erstreckt sich der vorläufige Sofortschutz auf die beantragte Pension, höchstens auf EUR 12.000,- Jahrespension, auch wenn insgesamt eine höhere Berufsunfähigkeitspension für dieselbe versicherte Person beantragt ist. Der vorläufige Sofortschutz für den Fall der Berufsunfähigkeit gilt nur, wenn die Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen durch einen Unfall hervorgerufen wird.

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

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

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

Der vorläufige Sofortschutz endet mit Zustellung der Police 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 Police erfolgt, in jedem Fall jedoch sechs Wochen nach Antragstellung.

Wenn wir aufgrund des vorläufigen Sofortschutzes leisten, verrechnen wir die erste Jahresprämie bzw. einmalige Prämie.

§ 7. Beginn und Ende des Leistungsanspruches bei Berufsunfähigkeit

(1) Beginn des Leistungsanspruches

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

(2) Einfluss einer vereinbarten Karenzzeit auf den Beginn des Leistungsanspruches

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

Ist eine Karenzzeit vereinbart, entsteht der Anspruch auf die Berufsunfähigkeitsleistungen erst nach Ablauf der Karenzzeit, sofern die Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen während der Karenzzeit ununterbrochen bestanden hat und bei deren Ablauf noch andauert. Dies gilt auch bei einer erneuten Berufsunfähigkeit, wenn eine zuvor bestandene Berufsunfähigkeit weggefallen ist. Während der Dauer der Karenzzeit finden die Bestimmungen zu den Mitwirkungspflichten § 16 und zur Nachprüfung der Berufsunfähigkeit § 15 sinngemäß Anwendung.

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

(3) Prämienzahlung bis zur Leistungsentscheidung

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

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

(4) Ende des Leistungsanspruches

Der Anspruch auf Berufsunfähigkeitsleistungen erlischt, wenn eine Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen nach § 3 und § 15 nicht mehr vorliegt, bei Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit, wenn die Pflegebedürftigkeit unter das erforderliche Ausmaß des § 3 Abs.(7) sinkt, wenn die versicherte Person stirbt oder spätestens bei Ablauf der vertraglichen Leistungsdauer

§ 8. Nachversicherungsgarantie

(1) Versicherte Ereignisse:

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

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

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

ANHANG 709

Seite 6 von 11

(2) Beginn der Nachversicherung:

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

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

(3) Ausmaß der Erhöhung des Versicherungsschutzes:

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

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

(4) Ende der Nachversicherungsgarantie:

Das Recht auf Nachversicherung ohne erneute Gesundheitsüberprüfung erlischt, wenn

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

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

§ 9. Veranlagung in Investmentfonds

(1) Bei der fondsgebundenen Lebensversicherung erfolgt die Veranlagung in Investmentfonds. Bei Kurssteigerungen erzielen Sie Wertzuwächse, Kursrückgänge führen zu Wertminderungen. Bei Veranlagung in Investmentfonds, die in einer Fremdwährung notieren, unterliegen diese Währungskurschwankungen, die den Wert der Fondsanteile zusätzlich beeinflussen können. Sie tragen bei der fondsgebundenen Lebensversicherung das volle Veranlagungsrisiko. Es gibt daher bei Kapitalentnahmen keine garantierten Leistungen. Die Wertentwicklung der Vergangenheit lässt keine Rückschlüsse auf die zukünftige Entwicklung eines Fonds zu.

(2) Zusätzlich haben Sie auch die Möglichkeit, Teile Ihres Kapitals, höchstens jedoch 90%, in unserem klassischen Deckungsstockfonds nach VAG zu veranlagen. Die darin investierten Beträge werden zumindest mit einer garantierten Verzinsung, in der Regel nach der bei Vertragsabschluss gültigen Höchstzinssatzverordnung, veranlagt. Die tatsächliche, in der Regel höhere Verzinsung hängt von den von uns erwirtschafteten Gewinnen ab.

(3) Ihre Prämie verwenden wir nach Abzug der an das Bundesministerium für Finanzen abzuführenden Versicherungssteuer und einem Prozent für Verwaltungskosten (siehe § 11 Abs. 2 lit. c) zur Zuteilung von Anteilen der von Ihnen gewählten Fonds. Bei Verträgen mit laufender Prämienzahlung gilt dafür der Rechenwert des letzten Börsetages des Monats vor der Prämienfälligkeit. Bei Verträgen mit Einmalprämie gilt der Rechenwert des vierten Börsetages, der dem Eingang der Prämie in unserer zentralen Verwaltung folgt. Es gelten jeweils die Kurse, die uns von unserem Kursdatenanbieter zur Verfügung gestellt werden.

Alle sonstigen Kosten und die zur Deckung des Ablebens- und Berufsunfähigkeitsrisikos bestimmten Risikoprämien entnehmen wir der Deckungsrückstellung (siehe § 11).

(4) Für Zuzahlungen zu Verträgen mit laufender Prämienzahlung, die bis zum 20. des laufenden Monats bei uns einlangen, gilt der Rechenwert des letzten Börsetages des Monats, in dem die Prämie bei uns eingegangen ist. Zuzahlungen die nach dem 20. des laufenden Monats einlangen, veranlagen wir mit dem Rechenwert des letzten Börsetages des darauf folgenden Monats.

Für Zuzahlungen zu Verträgen gegen Einmalbeitrag gilt der Rechenwert des vierten Börsetages nach Eingang der Prämie in unserer zentralen Verwaltung.

(5) Die Zuteilung von Anteilen erfolgt am nächstmöglichen späteren Tag als angegeben, wenn zum vorgesehenen Tag der Börsehandel ausgesetzt ist oder dies die Abrechnungsmodalitäten der betroffenen Fondsgesellschaft erfordern.

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.

§ 10. Veränderungen bei Fonds bzw. der Fondsauswahl (Switch)

(1) Sie können schriftlich beantragen, dass künftig fällige Anlagebeträge in einem anderen Verhältnis auf die von uns zu diesem Zeitpunkt jeweils angebotenen Investmentfonds aufgeteilt werden und/oder das vorhandene Fondsvermögen ganz oder teilweise in andere von uns zu diesem Zeitpunkt jeweils angebotene Investmentfonds umgeschichtet wird. Ein solcher Antrag auf eine Änderung Ihres Versicherungsvertrages bedarf unserer Zustimmung. Wir werden Ihren Antrag annehmen, wenn dem kein wichtiger Grund entgegensteht. Die Bewertung der Investmentfondsanteile erfolgt mit dem Rechenwert des vierten Börsetages, der dem Einlangen Ihres Änderungswunsches bei uns folgt oder dem nächstmöglichen späteren Tag, wenn zum vorgesehenen Tag der Börsehandel ausgesetzt ist oder dies die Abrechnungsmodalitäten der betroffenen Fondsgesellschaft erfordern. Es gelten die Kurse, die uns von unserem Kursdatenanbieter zur Verfügung gestellt werden.

(2) Wir werden pro Monat einen von ihnen beauftragten Switch gebührenfrei durchführen. Für jeden weiteren Switch ist die DONAU Versicherung AG Vienna Insurance Group berechtigt, Gebühren in Rechnung zu stellen (siehe § 11 Abs. 5).

(3) Die DONAU Versicherung AG Vienna Insurance Group ist berechtigt, die Auswahl der angebotenen Fonds zu verändern. Sollten von Ihnen gewählte Fonds nicht von uns angeboten werden, können wir Ihren Switchantrag nicht durchführen. Davon werden wir Sie unverzüglich benachrichtigen.

Bitte bedenken Sie, dass bei einem Fondswechsel eventuell Garantien, die im Rahmen des Anlageproduktes (Fonds) abgebildet sind, verloren gehen.

(4) 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.

(5) Wird ein von Ihnen gewählter 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 den darauf entfallenden Geldwert der Deckungsrückstellung in unseren klassischen Deckungsstock nach VAG übernehmen, solange uns kein anderer Veranlagungswunsch von Ihnen vorliegt.

§ 11. Kosten und Gebühren

(1) Folgende Kosten entnehmen wir Ihrer Prämie unmittelbar vor der Veranlagung (siehe § 9 Abs. 3 u. 4):

- die Versicherungssteuer entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen.
- ein Prozent der Nettoprämie gemäß § 9 Abs. 3.

(2) Folgende Kosten entnehmen wir der Deckungsrückstellung Ihres Vertrages, abhängig von der Zahlungsweise, jeweils zum Ende der Periode für welche die Prämien bezahlt wurden. Bei Verträgen gegen Einmalbeitrag erfolgt die Entnahme einmal jährlich zum Ende des jeweiligen Versicherungsjahres. Diese Kosten verrechnen wir Ihnen für unsere Leistungen im Rahmen Ihrer fondsgebundenen Lebensversicherung zur Deckung des Ablebens- und Berufsunfähigkeitsrisikos (a), für Abschlusskosten (b) und Verwaltungskosten (c). Die Kosten sind von mehreren Faktoren, insbesondere der Höhe der Deckungsrückstellung (siehe § 1) abhängig und können daher nicht im Vorhinein in absoluten Werten angegeben werden.

a) Risikokosten

Die Kosten zur Deckung des Ablebensrisikos richten sich nach dem Alter und dem Geschlecht des Versicherten sowie der vereinbarten Todesfallleistung und der Deckungsrückstellung. Die Kosten zur Deckung des Berufsunfähigkeitsrisikos richten sich nach dem Tarif, dem Beruf, dem Alter und dem Geschlecht des Versicherten sowie der vereinbarten Versicherungsleistung bei Berufsunfähigkeit.

Das für die Berechnung relevante Alter ist die Differenz zwischen dem jeweiligen Kalenderjahr und dem Geburtsjahr.

Die Risikokosten zur Deckung des Berufsunfähigkeitsrisikos errechnen sich aus der vereinbarten Versicherungsleistung bei Berufsunfähigkeit multipliziert mit der Wahrscheinlichkeit für Berufsunfähigkeit, die Risikokosten zur Deckung des Ablebensrisikos errechnen sich aus der Differenz des Wertes der Todesfallleistung und dem Wert der Deckungsrückstellung zum Stichtag, multipliziert mit der Ablebenswahrscheinlichkeit gemäß der für Ihren Vertrag geltenden Sterbetafel. **Die für Ihren Vertrag geltende Sterbetafel ist im Informationsblatt des Antrages bzw. in der Police unter dem Punkt "Kostenvereinbarung und Sterbetafel", welcher Bestandteil des Vertrages ist, angeführt.**

Für die Übernahme erhöhter Risiken insbesondere wegen Krankheit, Beruf, Sport, etc. bzw. für gewünschte 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 für die Berufsunfähigkeit und der daraus errechneten Prämie kommt. Sollten Sie einer Prämienhöhung nicht zustimmen, so können Sie den Vertrag in gleicher Prämienhöhe wie bisher, jedoch mit verminderter Versicherungsleistung im Falle der Berufsunfähigkeit fortführen.

b) Abschlusskosten

Die Abschlusskosten werden zu Beginn Ihres Versicherungsvertrages fällig. Die Verrechnung erfolgt durch Abzug von Ihrer Deckungsrückstellung, aufgeteilt bei Verträgen gegen Einmalprämie auf einen Zeitraum von 10 Jahren und bei Verträgen gegen laufende Prämie auf die vereinbarte Prämienzahlungsdauer. **Die Höhe der Abschlusskosten entnehmen Sie bitte dem Informationsblatt des Antrages bzw. der Police unter dem Punkt "Kostenvereinbarung und Sterbetafel" welcher Bestandteil des Vertrages ist.**

c) Verwaltungskosten

Die Verwaltungskosten entnehmen wir ebenfalls der Deckungsrückstellung Ihres Vertrages.

Die Verwaltungskosten betragen 1 % der jeweiligen Nettoprämie und zusätzlich 0,30 % der Deckungsrückstellung mindestens EUR 48,-- maximal EUR 600,-- pro Jahr.

Die Höhe der Verwaltungskosten können Sie ebenfalls dem Informationsblatt des Antrages bzw. der Police unter dem Punkt "Kostenvereinbarung und Sterbetafel", welcher Bestandteil des Vertrages ist, entnehmen.

(3) Die Kosten, die wir der Deckungsrückstellung entnehmen, werden im aktuellen Verhältnis der Fondsguthaben auf die vorhandenen Fonds aufgeteilt.

(4) Bei Versicherungen ohne laufende Prämienzahlung kann dies bei Kursrückgängen dazu führen, dass die Deckungsrückstellung aufgebraucht wird. In diesem Fall endet der Vertrag ohne Rückvergütungsansprüche.

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

Das sind insbesondere eine Gebühr für das Ändern der Veranlagung (Investmentfonds und/oder deren Aufteilung), Ausstellen einer Duplikats- oder Letztstandspolize, zusätzlich gewünschte Dokumentationen, Änderung der Zahlungsweise sowie nachträgliche Bearbeitung einer Vinkulierung, Abtretung oder Verpfändung oder eine Änderung des Polizeninhalts.

Diese Gebühr beträgt EUR 20,--, ist wertgesichert und verändert sich ab Juli eines jeden Kalenderjahres in demselben Ausmaß, in dem sich der von der STATISTIK AUSTRIA monatlich verlaubliche Verbraucherpreisindex 2000 bzw. der von der Statistik Austria als Nachfolgeindex verlaubliche Index gegenüber dem 1.1.2007 verändert hat. Der Versicherer ist dessen unbeschadet berechtigt, eine geringere als die sich nach dieser Indexklausel ergebende Gebühr zu verlangen, ohne dass dadurch das Recht verloren geht, für die Zukunft wieder die indexkonforme Gebühr zu verlangen. Die aktuelle Höhe der Gebühr können Sie jederzeit bei unserer Serviceline erfragen.

Bei Zahlungsverzug sind wir berechtigt, Mahngebühren (max. im Gesamtausmaß EUR 21,-- für alle Mahnstufen) zu verrechnen. In der Folge wird ein Rechtsanwaltsbüro mit der Forderungseinziehung beauftragt und dafür bei einem Übergabesaldo bis EUR 145,-- eine Bearbeitungsgebühr von EUR 19,--, bei einem Übergabesaldo bis EUR 500,-- eine Bearbeitungsgebühr von EUR 33,-- und darüber EUR 49,-- in Rechnung gestellt. Neben diesen Kosten gehen auch sämtliche beim Rechtsanwaltsbüro anfallenden Kosten (lt. Bestimmungen der RATG, Allgemeine Honorarkriterien AHK 2005 in der jeweils gültigen Fassung) zu Lasten der schuldhaft in Zahlungsverzug geratenen Kunden. Die verrechneten Kosten müssen der zweckentsprechenden Rechtsverfolgung dienen.

Darüber hinaus verrechnen wir jene Kosten, die aufgrund zusätzlicher pflichtgemäßer Bearbeitung zu Ihrem Versicherungsvertrag durch einen Dritten auflaufen. Das sind z.B. Gerichtskosten für die Hinterlegung von Versicherungsleistungen, Kosten für die Beglaubigung bzw. Übersetzung von ausländischen Dokumenten und der Einholung von Unbedenklichkeitserklärungen des zuständigen Finanzamtes im Falle der Auszahlung von Versicherungsleistungen an Bezugsberechtigte im Ausland.

§ 12. Gewinnbeteiligung

(1) Die fondsgebundene Lebensversicherung unterliegt keinem Gewinnverband.

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

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

Solange noch keine Leistungen wegen Berufsunfähigkeit fällig sind, erfolgt die Aufteilung der Überschüsse im Rahmen eines Abrechnungsverbandes. Der für Ihren Versicherungsvertrag geltende Gewinnverband bzw. Abrechnungsverband ist in Ihrer Polizze ausgewiesen.

Ihre Gewinnanteile werden alljährlich am 31. Dezember gutgeschrieben. Der Prämienbonus wird von der zu entrichtenden Prämie sofort abgezogen. Berufs- und Risikozuschläge sind nicht überschussberechtigt.

Für die Höhe des Gewinnanteiles sind die von unseren Unternehmensorganen diesbezüglich jeweils gefassten Beschlüsse maßgeblich.

Der zukünftige Prämienbonus hängt allein von den während der Laufzeit des Vertrages erzielten Überschüssen ab.

Die Veröffentlichung der Höhe des Prämienbonus erfolgt im jährlichen Geschäftsbericht.

b) Gewinnbeteiligung während einer Berufsunfähigkeit:

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

Die Veröffentlichung der Höhe des Prozentsatzes erfolgt im jährlichen Geschäftsbericht.

§ 13. Leistungserbringung durch den Versicherer

(1) Für die Erbringung von Leistungen aus dem Vertrag können wir 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 zur Beurteilung unserer Leistungspflicht weitere ärztliche oder amtliche Nachweise über die Todesursache, sowie über den Beginn und Verlauf der zum Tode geführten Umstände verlangen, oder darüber hinaus erforderliche Erhebungen auf unsere Kosten selbst anstellen.

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

a) bei Berufsunfähigkeit nach § 3 Absätze (1) bis (4)

- eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Berufsunfähigkeit;

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

b) bei Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit nach § 3 Absätze (5) bis (9)

- eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Berufsunfähigkeit;

- ausführliche Berichte der Ärzte, die die versicherte Person gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer der Gesundheitsstörungen und über den Umfang der Pflegebedürftigkeit;

- eine Bescheinigung der Person oder der Einrichtung, die mit der Pflege betraut ist, über Beginn, Art, Umfang und voraussichtliche Dauer der Pflege.

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

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

- weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte;

- weitere Auskünfte und Aufklärungen und notwendige weitere Nachweise, auch über die wirtschaftlichen Verhältnisse der versicherten Person und über eingetretene Veränderungen, sowie über Beginn, Ursache, Art, Umfang und Verlauf der zur Berufsunfähigkeit bzw. zur Pflegebedürftigkeit führenden Gesundheitsstörungen verlangen.

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

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

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

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

(7) Die Versicherungsleistung wird nach Eintritt des Versicherungsfalles und Abschluss der Erhebungen zu Versicherungsfall und Leistungsumfang fällig.

(8) Leistungen an ausländische Berechtigte (Bezugsberechtigte) erbringen wir, sobald uns (behördlich) nachgewiesen wird, dass wir die Zahlung ohne Gefahr der Haftung für nicht entrichtete Steuern vornehmen dürfen. Bei Überweisungen außerhalb der Europäischen Union trägt der Empfänger die Gefahr und die Kosten.

§ 14. Erklärung über unsere Leistungspflicht wegen Berufsunfähigkeit

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

(2) Während der Prüfung Ihres Anspruchs auf Leistung aus der Berufsunfähigkeitsversicherung werden wir Sie jeweils innerhalb einer Frist von drei Wochen nach Eingang von Unterlagen über erforderliche weitere Prüfungsschritte bzw. fehlende Unterlagen informieren. Liegen uns alle für unsere Leistungsentscheidung erforderlichen Unterlagen gemäß § 13 vor, so entscheiden wir innerhalb von drei Wochen, ob wir leisten.

ANHANG 709

Seite 9 von 11

§ 15. Nachprüfung der Berufsunfähigkeit

(1) Nach Anerkennung oder Feststellung unserer Leistungspflicht sind wir berechtigt, das Fortbestehen der Berufsunfähigkeit oder der Pflegebedürftigkeit im Sinne von § 3 nachzuprüfen. Für die Dauer eines zeitlich befristeten Anerkenntnisses nach § 14 ist die Nachprüfung ausgeschlossen. Wir können auch prüfen, ob die versicherte Person nach dem Eintritt der Berufsunfähigkeit neue berufliche Kenntnisse und Fähigkeiten erworben hat. In diesem Fall liegt eine Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen nicht mehr vor, wenn alle nachfolgenden Voraussetzungen zutreffen:

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

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

(2) Zur Nachprüfung können wir auf unsere Kosten jederzeit sachdienliche Auskünfte und einmal jährlich umfassende Untersuchungen der versicherten Person durch von uns zu beauftragende Ärzte verlangen. § 13 (2) gilt entsprechend.

(3) Ist die Berufsunfähigkeit weggefallen oder hat sich ihr Grad auf weniger als 50% vermindert, stellen wir unsere Leistungen ein. Die Einstellung teilen wir dem Anspruchsberechtigten unter Hinweis auf seine Rechte aus § 23 mit; sie wird nicht vor Ablauf eines Monats nach Absenden dieser Mitteilung wirksam. Im Falle der Befreiung von der Prämienzahlungspflicht, werden zu diesem Zeitpunkt auch wieder die Prämien fällig.

(4) Liegt Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit vor und hat sich der Umfang des Pflegefalles gemindert, endet unsere Leistungspflicht, wenn die Pflegebedürftigkeit nach Änderung mit weniger als drei Punkten bewertet wird. Absatz (3) Satz 2 und 3 gilt entsprechend.

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

§ 16. Mitwirkungspflichten nach Eintritt der Berufsunfähigkeit

Solange eine Mitwirkungspflicht nach § 13 oder § 15 von Ihnen, der versicherten Person oder dem Anspruchserhebenden vorsätzlich oder grob fahrlässig nicht erfüllt wird, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht bleiben die Ansprüche aus der Berufsunfähigkeit jedoch insoweit bestehen, als die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist.

§ 17. Kapitalentnahme bzw. vollständige Kapitalentnahme durch Kündigung

(1) Kapitalentnahmen bei Fortbestand des Vertrages

Kapitalentnahmen sind auf den Schluss des laufenden Monats möglich, frühestens jedoch auf den Schluss des dritten Versicherungsjahres. Bei Kapitalentnahme zahlen wir den Geldwert der Deckungsrückstellung (siehe § 1), maximal bis zur Höhe des Ablösewertes gemäß Abs. 3, abzüglich einer allfälligen nachträglichen Versicherungssteuer. Nach Kapitalentnahme muss ein Wert in Höhe von mindestens EUR 4.000,- verbleiben.

(2) Kündigung und vollständige Kapitalentnahme

Sie können Ihren Vertrag schriftlich kündigen und das Kapital vollständig entnehmen:

- jederzeit mit Wirkung zum Schluss des laufenden Versicherungsjahres
- innerhalb eines Versicherungsjahres auf den Monatsschluss mit 3-monatiger Frist mit Wirkung zum Monatsende, frühestens jedoch mit Wirkung zum Schluss des ersten Versicherungsjahres.

(3) Bei Kündigung und vollständiger Kapitalentnahme zahlen wir folgenden Wert:

Den Geldwert der Deckungsrückstellung (siehe § 1) abzüglich noch nicht amortisierter Abschlusskosten (siehe § 11 Abs. 2 lit. b) und abzüglich einem Prozent für Risikoprämie und Verwaltungskosten für die letzte Periode (= Ablösewert), abzüglich einer allfälligen nachträglichen Versicherungssteuer.

Innerhalb der ersten 5 Jahre wird § 176 Abs.5 VersVG (siehe Anhang) berücksichtigt.

Die sich aus unterschiedlichen Annahmen über die Performance ergebenden Ablösewerte entnehmen Sie bitte der Modellrechnung (siehe § 1) des Antrages.

(4) Für die Berechnung des Geldwertes der Deckungsrückstellung bei Kapitalentnahme oder Kündigung gilt:

Den Geldwert der Deckungsrückstellung ermitteln wir durch Multiplikation der Fondsanteile mit dem gültigen Rechenwert.

Es gilt der Rechenwert des letzten Börsotages 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 Börsotages des darauf folgenden Monats oder am nächstmöglichen späteren Tag, wenn dies die Abrechnungsmodalitäten der betroffenen Fondsgesellschaft erfordern. Es gelten die Kurse, die uns von unserem Kursdatenanbieter zur Verfügung gestellt werden.

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 unverzüglich durch. In diesem Fall finden die Bestimmungen über den Bewertungsstichtag für die Berechnung des Geldwertes der Deckungsrückstellung keine Anwendung.

Bitte beachten Sie,

- dass eine Kapitalentnahme innerhalb von zehn Jahren seit Einzahlung der Einmalprämie oder Zuzahlung eine Versicherungssteuer-nachzahlung zur Folge haben kann.
- dass die Kapitalentnahme innerhalb von zehn Jahren, insbesondere bei Verträgen gegen Einmalprämie, 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.

ANHANG 709

Seite 10 von 11

§ 18. Prämienfreistellung eines Versicherungsvertrages gegen laufende Prämienzahlung

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

- jederzeit mit Wirkung zum Schluss des laufenden Versicherungsjahres
- innerhalb eines Versicherungsjahres auf den Monatsschluss mit 3-monatiger Frist mit Wirkung zum Monatsende, frühestens jedoch mit Wirkung zum Schluss des ersten Versicherungsjahres.

Voraussetzung ist, dass bereits ein nach § 17 Absatz 3 zu berechnender Wert des Vertrages in Höhe von mindestens EUR 4.000,- vorhanden ist. Andernfalls erfolgt die Auflösung des Vertrages im Sinne des § 17 Absatz 3 u. 4.

(2) Bei Prämienfreistellung entnehmen wir der Deckungsrückstellung (siehe § 1) die noch nicht amortisierten Abschlusskosten (siehe § 11 Abs. 2 lit. b) und ein Prozent für Risikoprämie und Verwaltungskosten für die letzte Periode. Bei Prämienfreistellung innerhalb der ersten 5 Jahre wird § 176 Abs.5 VersVG (siehe Anhang) berücksichtigt.

(3) Durch die Prämienfreistellung entfällt die Mindesttodesfallsumme (siehe § 1); die Mindestrisikosumme (siehe § 1) bleibt unverändert.

(4) Bei Prämienfreistellung bleiben der Versicherungsschutz im Fall der Berufsunfähigkeit für die versicherten Leistungen Berufsunfähigkeitspension und Übergangsgeld, vermindert im Verhältnis der Summe der bis zur Prämienfreistellung einbezahlten laufenden Prämien zur Summe der für die gesamte Laufzeit vereinbarten laufenden Prämien, bestehen. Beträgt die nach einer Prämienfreistellung ermittelte monatliche Berufsunfähigkeitspension nicht mindestens EUR 30,-, entfällt der Versicherungsschutz bei Berufsunfähigkeit.

(5) Wir entnehmen der Deckungsrückstellung alle anfallenden Kosten und die zur Deckung des Ablebensrisikos und - solange noch keine Leistung wegen Berufsunfähigkeit fällig ist - die zur Deckung des Berufsunfähigkeitsrisikos bestimmten Risikoprämien. Dies kann dazu führen, dass die Deckungsrückstellung vollständig aufgebraucht wird. In diesem Fall tritt der Vertrag ohne Ansprüche außer Kraft. Wir werden Sie darauf gegebenenfalls hinweisen.

§ 19. Vinkulierung, Verpfändung und Abtretung

Eine Verpfändung oder Abtretung ist uns gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn sie schriftlich erfolgt und uns angezeigt wird.

Eine Vinkulierung bedarf neben der schriftlichen Anzeige zu ihrer Wirksamkeit auch unserer Zustimmung.

Wenn Ansprüche wegen Berufsunfähigkeit anerkannt sind, können Sie diese vinkulieren verpfänden oder abtreten.

§ 20. Erklärungen

(1) Alle Ihre Erklärungen sind gültig, wenn sie schriftlich erfolgen und bei uns eingelangt sind. Unsere Erklärungen erfolgen ebenfalls schriftlich.

(2) Nach Eintritt des Versicherungsfalles können wir eine Ablehnung, einen Rücktritt oder eine Anfechtung auch einem berechtigten Dritten gegenüber erklären.

(3) Jede Vertragsänderung, ausgenommen Bezugsrechtsänderung, Rückkauf oder Prämienfreistellung, ist nur mit unserer Zustimmung möglich.

(4) Wenn Sie Ihren Wohnort außerhalb Europas nehmen, müssen Sie uns eine Person innerhalb Österreichs benennen, die bevollmächtigt ist, unsere Erklärungen an Sie entgegenzunehmen.

§ 21. 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 schriftlich erfolgen und 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 nachweist.

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

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

(1) Wenn Sie den Verlust der Polizza schriftlich anzeigen, werden wir Ihnen eine Letztstandspolizza ausstellen.

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

§ 23. Verjährung

(1) Sie können Ihre Ansprüche aus Ihrem Versicherungsvertrag innerhalb von 3 Jahren geltend machen. Danach tritt, ausgenommen sind Ansprüche wegen Berufsunfähigkeit, 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 10 Jahren.

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

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

§ 24. Vertragsgrundlagen

Vertragsgrundlagen sind Ihr Antrag, die Polizza samt Anlagen, die der Polizza beiliegende Modellrechnung (siehe § 1), der dem Vertrag zugrunde liegende Tarif (siehe § 1), die vorliegenden Versicherungsbedingungen sowie allfällige für Ihren Vertrag geltende Besondere Versicherungsbedingungen.

§ 25. Anwendbares Recht

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

ANHANG 709

Seite 11 von 11

§ 26. Aufsichtsbehörde

Der Versicherer und der diesem Versicherungsvertrag zugrunde liegende Tarif (siehe § 1) unterliegen der Kontrolle und Aufsicht durch die Finanzmarktaufsichtsbehörde (FMA), A-1020 Wien, Praterstraße 23. Die Rechnungsgrundlagen für den jeweiligen Tarif (siehe § 1) wurden der Finanzmarktaufsichtsbehörde (FMA) übermittelt und sind Teil der versicherungsmathematischen Grundlagen des jeweiligen Tarifes. Ihre korrekte Anwendung ist von der Finanzmarktaufsichtsbehörde (FMA) jederzeit überprüfbar.

§ 27. Erfüllungsort

Erfüllungsort für die Versicherungsleistung ist unsere Generaldirektion in Wien.

ANHANG

Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz (VersVG) idF des Versicherungsrechts-Änderungsgesetz (VersRÄG) 2006

§ 176 Abs.5 VersVG

(5) Wird eine kapitalbildende Lebensversicherung 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.