

VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN DER GRUNDFÄHIGKEITS- VERSICHERUNG (LebensKasko-Versicherung)

- § 1. Begriffsbestimmungen
- § 2. Leistungen des Versicherers im Versicherungsfall
- § 3. Beeinträchtigung vitaler Funktionen oder Fähigkeiten im Sinne dieser Bedingungen
- § 4. Pflichten des Versicherungsnehmers
- § 5. Umfang des Versicherungsschutzes
- § 6. Beginn des Versicherungsschutzes
- § 7. Beginn und Ende des Leistungsanspruches
- § 8. Nachversicherungsgarantie
- § 9. Umstiegsoption
- § 10. Kosten und Gebühren
- § 11. Gewinnbeteiligung
- § 12. Leistungserbringung durch den Versicherer
- § 13. Nachprüfung der Beeinträchtigung vitaler Funktionen oder Fähigkeiten
- § 14. Mitwirkungspflichten nach Eintritt des Versicherungsfalles
- § 15. Kündigung der Versicherung
- § 16. Prämienfreistellung
- § 17. Nachteile einer Kündigung
- § 18. Vorauszahlungen
- § 19. Verpfändung, Abtretung und Vinkulierung
- § 20. Erklärungen
- § 21. Letztstandspolizze (Was ist bei Verlust der Polizze zu tun?)
- § 22. Verjährung
- § 23. Vertragsgrundlagen
- § 24. Anwendbares Recht
- § 25. Aufsichtsbehörde
- § 26. Erfüllungsort

Analog den Formulierungen im Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) beziehen sich personenbezogene Bezeichnungen auf Frauen und Männer in gleicher Weise.

§ 1. Begriffsbestimmungen

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

Bezugsberechtigter (Begünstigter) ist die Person, die für den Empfang der Leistungen genannt ist.

Deckungsrückstellung Die Deckungsrückstellung ergibt sich aus der Summe der einbezahlten Prämien abzüglich der Versicherungssteuer, der Abschlusskosten sowie der Prämienanteile für Verwaltungskosten und für die Übernahme des Risikos zuzüglich der Verzinsung mit dem garantierten Rechnungszinssatz (= vertragliche Deckungsrückstellung).
(Der Versicherer bildet mit diesem Wert eine nicht rückkaufsfähige Rückstellung in seiner Bilanz zur Deckung des entsprechenden Anspruchs des Begünstigten.)

Gewinnbeteiligung (Prämienbonus) sind Ihrem Vertrag zugewiesene Überschüsse, die bei Grundfähigkeits-Versicherungen die laufenden Prämien reduzieren (Prämienbonus).

Grundfähigkeits Versicherung ist eine Lebensversicherung, die eine Leistung bei Eintritt der Beeinträchtigung vitaler Funktionen oder Fähigkeiten bei der versicherten Person vorsieht.
Nach Ablauf der vereinbarten Versicherungsdauer tritt der Vertrag ohne Rückvergütungsanspruch außer Kraft.

ANHANG 790

Seite 2 von 9

Tarif/Geschäftsplan	ist eine der Finanzmarktaufsichtsbehörde (FMA) übermittelte detaillierte Aufstellung jener Bestimmungen und versicherungsmathematischen Formeln, anhand derer die Leistung des Versicherers und die Gegenleistung des Versicherungsnehmers (Versicherungsprämie) zu berechnen sind.
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. Leistungen des Versicherers im Versicherungsfall

- (1) Die für den jeweiligen Versicherungsfall zu Ihrem Vertrag vereinbarten Leistungen entnehmen Sie bitte Ihrer Polizze.
- (2) Wird die versicherte Person während der Dauer der Grundfähigkeits-Versicherung von schwerwiegenden bzw. vollständigen Beeinträchtigungen vitaler Funktionen oder Fähigkeiten im Sinne des § 3 dieser Bedingungen betroffen, so erbringen wir, soweit diese mitversichert sind, folgende Versicherungsleistungen:
 - a) Vollständige Übernahme der Prämienzahlung für die Hauptversicherung und die eingeschlossenen Zusatzversicherungen;
 - b) Zahlung der vereinbarten Grundfähigkeitspension;

§ 3. Beeinträchtigung vitaler Funktionen oder Fähigkeiten im Sinne dieser Bedingungen

- (1) Der Versicherungsfall im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn bei der versicherten Person infolge von Krankheit oder Körperverletzung voraussichtlich dauernd, zumindest aber zwölf Monate lang ununterbrochen eine oder mehrere schwerwiegende bzw. vollständige Beeinträchtigungen vitaler körperlicher oder geistiger Funktionen oder Fähigkeiten vorliegen, oder zumindest zwölf Monate lang ununterbrochen vorlagen.

Die Krankheit oder Körperverletzung ist mit objektivierbaren Befunden und Diagnosen sowie Angaben zu Ausmaß und Grad der damit verbundenen Beeinträchtigungen ärztlich nachzuweisen.

Die Leistungspflicht richtet sich dabei nach Anzahl und Schwere der Beeinträchtigungen. Wir leisten bei einer vollständigen Beeinträchtigung nach Absatz (2) oder bei drei schwerwiegenden Beeinträchtigungen nach Absatz (3) oder bei Pflegebedürftigkeit nach Absatz (4) und (5).

Bei einer geringeren Beeinträchtigung vitaler Funktionen oder Fähigkeiten besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistungen.

- (2) Wir leisten, wenn mindestens **eine** der nachfolgenden vollständigen Beeinträchtigungen vorliegt. **Vollständige Beeinträchtigungen** vitaler Funktionen oder Fähigkeiten im Sinne des Absatz (1) sind:

1. Verlust der Sehfähigkeit

Der Verlust der Sehfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen ist die klinisch nachgewiesene, irreversible Reduzierung der Sehschärfe (Visus) infolge von Krankheit oder Körperverletzung, wobei die Sehschärfe auf dem besseren Auge nicht mehr als 2/50 betragen darf.

Die Diagnose muss durch einen Facharzt für Augenheilkunde mit Angabe des Rest-Visus gestellt werden.

Nach diesen Bedingungen besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistung, wenn die Sehminderung ein geringeres Ausmaß beträgt.

2. Verlust der Hörfähigkeit

Der Verlust der Hörfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen ist der vollständige und irreversible Verlust der Hörfähigkeit beider Ohren für alle Schallreize infolge von Krankheit oder Körperverletzung.

Die Diagnose muss durch einen HNO-ärztlichen Nachweis in Form einer audiometrischen Untersuchung und eines Tonschwellentests gestellt werden.

Nach diesen Bedingungen besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistung, wenn die Hörminderung ein geringeres Ausmaß beträgt (z.B. durch Sprachhörverlust, Lärmschwerhörigkeit oder Tinnitus).

3. Verlust der Sprache

Der Verlust der Sprache im Sinne dieser Bedingungen ist der vollständige und irreversible Verlust der Fähigkeit, über die Sprache mit der Umwelt zu kommunizieren, infolge von Krankheit oder Körperverletzung.

Die Diagnose muss durch einen fachärztlichen Nachweis über den Umfang und die Ursache des Sprachausfalls auf Basis einer phoniatriischen Untersuchung gestellt werden.

Nach diesen Bedingungen besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistung bei

- teilweiser Einschränkung des Sprachvermögens,
- Verlust des Sprachvermögens ohne organische Ursache,
- Verlust des Sprachvermögens im Zusammenhang mit einer HIV-Infektion.

4. Verlust der Fähigkeit zur Orientierung, zur Kontaktaufnahme und zur sozialen Kommunikation (Demenz)

Die versicherte Person leidet an irreversiblen Verfall oder Verlust der intellektuellen Fähigkeiten, Verlust des Kurzzeitgedächtnisses und weitgehendem Verlust der räumlichen und zeitlichen Orientierung sowie einer deutlichen Reduzierung der mentalen und sozialen Kompetenz.

Die Diagnose der Demenz muss durch einen Neurologen unter Vorlage der üblicherweise durchgeführten Standardtests gestellt werden.

Nach diesen Bedingungen besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistung bei

- Neurosen und Psychosen, Alkoholismus und anderen toxischen Schädigungen,
- Demenz im Zusammenhang mit einer HIV-Infektion.

5. Vollständiger Funktionsverlust der Beine

Die versicherte Person ist ständig - auch innerhalb des Wohnraums - zur Fortbewegung auf die Benutzung eines Rollstuhls angewiesen.

Der vollständige Funktionsverlust der Beine ist unter Angabe der Gründe von einem Facharzt zu attestieren. Die Verordnung eines Rollstuhls alleine reicht nicht aus.

ANHANG 790

Seite 3 von 9

(3) Wir leisten, wenn mindestens **drei** der nachfolgenden schwerwiegenden Beeinträchtigungen vorliegen. **Schwerwiegende Beeinträchtigungen** vitaler Funktionen oder Fähigkeiten im Sinne des Absatzes (1) sind:

1. Beeinträchtigung des Gehens

Die versicherte Person ist nicht mehr fähig, eine Entfernung von mehr als 50 Metern auch unter Zuhilfenahme von Gehhilfen oder künstlicher Gliedmaßen über einen ebenen Boden gehend zurück zu legen, ohne anzuhalten, sich abzustützen oder sich setzen zu müssen.

Die zur teilweisen Funktionsschwäche der Beine führenden Erkrankungen müssen von einem Facharzt unter Angabe der Gründe und des Ausmaßes der Beeinträchtigung nachgewiesen werden.

2. Beeinträchtigung des Treppensteigens

Die versicherte Person ist nicht fähig, eine Treppe mit zwölf Stufen hinauf oder hinab zu gehen, ohne eine Pause von mindestens einer Minute zu machen oder sich am Treppengeländer festzuhalten.

Die zur teilweisen Funktionsschwäche der Beine führenden Erkrankungen müssen von einem Facharzt unter Angabe der Gründe und des Ausmaßes der Beeinträchtigung nachgewiesen werden.

3. Beeinträchtigung der Armbewegung

Die versicherte Person kann nicht ohne Hilfestellung eine Jacke anziehen. Auf die Fähigkeit, eine Jacke öffnen oder schließen zu können, kommt es nicht an.

Die Unfähigkeit, die Arme in dem beschriebenen Umfang zu bewegen, muss unter Angabe der Gründe und des Ausmaßes der Beeinträchtigung durch einen Facharzt attestiert werden.

4. Beeinträchtigung beim Heben und Tragen

Die versicherte Person ist weder mit der rechten noch der linken Hand fähig, einen Gegenstand von einem Kilogramm von einem Tisch zu heben und ihn, entweder mit dem rechten oder dem linken ausgestreckten Arm, fünf Meter weit gehend zu tragen.

Die Unfähigkeit zum Heben und Tragen in dem beschriebenen Umfang muss unter Angabe der Gründe und des Ausmaßes der Beeinträchtigung sowie der verbliebenen Leistungsfähigkeit durch einen Facharzt attestiert werden.

5. Beeinträchtigung beim Knien oder Bücken

Die versicherte Person ist nicht fähig, sich niederzuknien oder soweit zu bücken, um einen leichten Gegenstand vom Boden aufzuheben und sich wieder aufzurichten.

Die Unfähigkeit zum Knien und Bücken in dem beschriebenen Umfang muss unter Angabe der Gründe und des Ausmaßes der Beeinträchtigung sowie der verbliebenen Leistungsfähigkeit durch einen Facharzt attestiert werden.

6. Beeinträchtigung beim Stehen

Die versicherte Person ist nicht fähig, zehn Minuten lang zu stehen, ohne sich abzustützen.

Die Unfähigkeit zum Stehen in dem beschriebenen Umfang muss unter Angabe der Gründe und des Ausmaßes der Beeinträchtigung durch einen Facharzt attestiert werden.

7. Beeinträchtigung beim Greifen

Die versicherte Person ist weder mit der rechten noch der linken Hand fähig, eine Flasche mit Schraubverschluss zu öffnen.

Die zur teilweisen Funktionsschwäche der Hände führenden Erkrankungen müssen von einem Facharzt unter Angabe der Gründe und des Ausmaßes der Beeinträchtigung nachgewiesen werden.

8. Beeinträchtigung beim Autofahren

Der volljährigen versicherten Person kann aus medizinischen Gründen die Fahrerlaubnis für PKW nicht erteilt werden. Sofern ein Führerschein auf die versicherte Person ausgestellt war, muss dieser nachweislich aus medizinischen Gründen zurückgegeben oder ihr entzogen worden sein.

Die Beeinträchtigung muss unter Angabe der Gründe und des Ausmaßes durch einen Facharzt attestiert werden.

(4) Wir leisten bei **Pflegebedürftigkeit**. Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn der Versicherte infolge Krankheit oder Körperverletzung voraussichtlich dauernd, zumindest aber für zwölf Monate so hilflos ist, dass er für mindestens drei der im Folgenden genannten sechs Verrichtungen (Pflegepunkte) auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel in erheblichem Umfang täglich der Hilfe einer anderen Person bedarf und diese Hilfe auch täglich erfolgt.

1. Fortbewegen im Zimmer

1 Punkt

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

2. Aufstehen und Zubettgehen

1 Punkt

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

3. An- und Auskleiden

1 Punkt

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

4. Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken

1 Punkt

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

5. Waschen

1 Punkt

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

6. Verrichten der Notdurft

1 Punkt

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

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

Besteht eine Inkontinenz des Darms bzw. der Blase, die durch die Verwendung von Hilfsmitteln wie Windeln, speziellen Einlagen, einem Katheder oder einem Kolostomiebeutel ausgeglichen werden kann, liegt hinsichtlich der Verrichtung der Notdurft kein Verlust und keine schwerwiegende Beeinträchtigung vitaler Funktionen oder Fähigkeiten im Sinne dieser Bedingungen vor, solange der Versicherte bei Verwendung dieser Hilfsmittel zur Verrichtung der Notdurft nicht auf die Hilfe einer anderen Person angewiesen ist.

Die Pflegebedürftigkeit ist ärztlich in den einzelnen Punkten, bei denen die versicherte Person Hilfe benötigt, unter Angabe der Gründe sowie der Art und des Umfangs der Hilfsformen nachzuweisen.

ANHANG 790

Seite 4 von 9

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

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

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

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

(6) Nach diesen Bedingungen besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistung, wenn die Pflegebedürftigkeit auf einen vorübergehenden akuten Krankheitszustand zurück zu führen ist, der therapierbar ist und eine Besserung erwarten lässt.

§ 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. Wir können den Rücktritt nur innerhalb eines Monats ab Kenntnis der Unrichtigkeit oder Unvollständigkeit der Angaben erklären. Weiters entfällt bei unrichtiger oder unvollständiger Beantwortung der Fragen unsere Leistungspflicht. Wir können nicht vom Vertrag zurücktreten und unsere Leistungspflicht entfällt nicht, wenn die unrichtige oder unvollständige Beantwortung nicht auf Verschulden beruht oder wir von der Unrichtigkeit oder Unvollständigkeit der Angaben Kenntnis hatten. Unsere Leistungspflicht entfällt überdies auch nicht, wenn der nicht angegebene Umstand keinen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalles oder soweit er keinen Einfluss auf den Umfang unserer Leistung gehabt hat. Bei arglistiger Täuschung können wir außerdem den Vertrag jederzeit anfechten.

(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, dann jedoch mit Zuschlägen. **Die Höhe des jeweiligen Zuschlages entnehmen Sie bitte den Antragsunterlagen bzw. der Police.**

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.

(7) Die erste oder einmalige Prämie wird mit Zustellung der Police, 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 Police 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. Bei einem Rücktritt sind die Kosten der ärztlichen Untersuchung von Ihnen zu bezahlen.

(9) Wenn Sie eine **Folgeprämie** nicht rechtzeitig bezahlen, erhalten Sie eine Mahnung. Bezahlen Sie den Rückstand nicht innerhalb der in der Mahnung festgesetzten Frist von mindestens zwei Wochen, 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.

§ 5. Umfang des Versicherungsschutzes

(1) Unsere Leistungspflicht besteht grundsätzlich unabhängig davon, wie es zu der Beeinträchtigung vitaler Funktionen oder Fähigkeiten im Sinne dieser Bedingungen (§ 3) gekommen ist.

(2) Wir leisten jedoch nicht, wenn die Beeinträchtigung vitaler Funktionen oder Fähigkeiten 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 der Versicherungsfall in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit Kriegsereignissen verursacht worden ist, denen die versicherte Person 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.

ANHANG 790

Seite 5 von 9

- d) durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie als Versicherungsnehmer oder mit der der Begünstigte vorsätzlich die Beeinträchtigung vitaler Funktionen oder Fähigkeiten bei 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.

§ 6. Beginn des Versicherungsschutzes

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

(2) Ihre Grundfähigkeits-Versicherung ist mit **vorläufigem Sofortschutz** ausgestattet.

Der vorläufige Sofortschutz erstreckt sich auf die beantragte Grundfähigkeitspension, maximal jedoch auf EUR 12.000,-- Jahrespension, auch wenn insgesamt eine höhere Grundfähigkeitspension für denselben Versicherten beantragt ist.

Der vorläufige Sofortschutz gilt nur, wenn die Beeinträchtigung vitaler Funktionen oder Fähigkeiten im Sinne dieser Bedingungen (§ 3) durch einen Unfall verursacht wird und

- 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 Antrages 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.

§ 7. Beginn und Ende des Leistungsanspruches

(1) Der Anspruch auf Versicherungsleistungen aus der Grundfähigkeits-Versicherung entsteht mit Ablauf des Monats, in dem die Beeinträchtigung vitaler Funktionen oder Fähigkeiten im Sinne dieser Bedingungen (§ 3) eingetreten ist.

(2) 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 Prämien bis zur endgültigen Entscheidung über die Leistungspflicht, höchstens jedoch für einen Zeitraum von zwölf Monaten, zinslos zu stunden. Sollten wir Ihren Leistungsanspruch nicht anerkennen können, kann der nachzuzahlende Prämienbetrag auf Wunsch in einem Zeitraum von bis zu zwölf Monaten in Raten, zusammen mit den laufenden Prämien, gezahlt werden, wobei wir berechtigt sind, Zinsen in der Höhe der gesetzlichen Verzugszinsen zu verrechnen.

Eine Stundung der Prämien ist mit uns zu vereinbaren.

(3) Der Anspruch auf Versicherungsleistungen aus der Grundfähigkeits-Versicherung erlischt, wenn die Beeinträchtigung vitaler Funktionen oder Fähigkeiten im Sinne dieser Bedingungen nach § 3 und § 13 nicht mehr vorliegt, bei Pflegebedürftigkeit, wenn die Pflegebedürftigkeit unter das erforderliche Ausmaß des § 3 Abs. 4 sinkt, wenn die versicherte Person stirbt oder spätestens bei Ablauf der vertraglichen Leistungsdauer.

§ 8. Nachversicherungsgarantie

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

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

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

(3) Eine Erhöhung des Versicherungsschutzes im Rahmen der Nachversicherungsgarantie erfolgt frühestens zu Beginn der nächsten Fälligkeit der Prämie nach Zugang Ihrer Mitteilung samt der geeigneten Nachweise, spätestens zu Beginn des nächst folgenden Versicherungsjahres. Wenn Sie keinen Erhöhungstermin mitteilen, so erfolgt die Erhöhung zu Beginn des nächst folgenden Versicherungsjahres.

Der Versicherungsschutz aus der jeweiligen Erhöhung beginnt am Erhöhungstermin, sofern Sie die erforderliche Mehrprämie entrichtet haben.

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

ANHANG 790

Seite 6 von 9

(5) Im Rahmen jeder einzelnen Nachversicherung muss die Erhöhung der Jahrespension mindestens EUR 240,-- betragen. Die Erhöhung ist pro Ereignis auf 50 % des ursprünglichen Versicherungsschutzes (ohne Wertanpassungen) und mit höchstens EUR 6.000,-- Jahrespension begrenzt. Die Erhöhungen aller Nachversicherungen dürfen insgesamt höchstens 100 % des ursprünglichen Versicherungsschutzes betragen, wobei der gesamte Versicherungsschutz inkl. Wertanpassungen bis zum Erhöhungstermin für die Jahrespension EUR 24.000,-- nicht überschreiten darf.

Voraussetzung für eine Erhöhung der Grundfähigkeitspension ist, dass die beantragte gesamte versicherte Grundfähigkeitspension einschließlich bestehender privater, gesetzlicher und betrieblicher Anwartschaften nicht mehr als 100 % des letzten Jahresnettoeinkommens der versicherten Person beträgt. Diese Voraussetzung ist von Ihnen nachzuweisen. Ist der Nachweis nicht erbracht, besteht kein Anspruch auf Erhöhung der Grundfähigkeitspension im Rahmen der Nachversicherungsgarantie.

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

- die versicherte Person das 40. Lebensjahr vollendet hat;
- die versicherte Person eine Leistung aus der Grundfähigkeitsversicherung beantragt hat oder die Beeinträchtigung vitaler Funktionen oder Fähigkeiten im Sinne dieser Bedingungen (§ 3) 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. Umstiegsoption

(1) Sie können mit dreimonatiger Frist auf den Monatsschluss, frühestens jedoch auf den Schluss des ersten Versicherungsjahres, den Umstieg Ihrer Grundfähigkeits-Versicherung auf eine Berufsunfähigkeits-Versicherung bzw. -Zusatzversicherung beantragen, wobei eine auf Grundlage der zum Zeitpunkt der Umwandlung gültigen Annahmerichtlinien für die Berufsunfähigkeit eingeschränkte Antragsprüfung erfolgt.

(2) Die Berufsunfähigkeits-Versicherung bzw. -Zusatzversicherung wird nach dem zum Zeitpunkt der Optionsausübung geltenden Tarif einschließlich der dann gültigen Versicherungsbedingungen und steuerrechtlichen Vorschriften abgeschlossen.

Die Prämie richtet sich nach dem Tarif, dem Beruf, dem Alter der versicherten Person zum Zeitpunkt des Umstieges sowie der vereinbarten Versicherungsleistung bei Berufsunfähigkeit.

(3) Bei Ausübung der Umstiegsoption wird eine vorhandene, nicht rückkaufsfähige Prämienreserve aus der Grundfähigkeits-Versicherung auf die Berufsunfähigkeits-Versicherung bzw. -Zusatzversicherung übertragen.

(4) Die Optionsausübung mit Umstieg von einer bestehenden Grundfähigkeits-Versicherung auf eine Berufsunfähigkeits-Versicherung bzw. -Zusatzversicherung ist bis zur Höhe der zum Zeitpunkt der Optionsausübung versicherten Leistung inkl. Wertanpassungen, höchstens bis zu einer Jahrespension von EUR 24.000,-- und einer Prämienübernahme von höchstens jährlich EUR 6.000,-- möglich.

Die beantragte gesamte versicherte Berufsunfähigkeitspension einschließlich bestehender privater, gesetzlicher und betrieblicher Anwartschaften darf nicht mehr als 100 % des letzten Jahresnettoeinkommens der versicherten Person betragen.

(5) Das Recht auf Ausübung der Umstiegsoption erlischt, wenn

- die versicherte Person das 35. Lebensjahr vollendet hat;
- die versicherte Person eine Leistung aus der Grundfähigkeits-Versicherung beantragt hat oder die Beeinträchtigung vitaler Funktionen oder Fähigkeiten im Sinne dieser Bedingungen (§ 3) eingetreten ist;
- die verbleibende Versicherungsdauer weniger als zehn Jahre beträgt;
- wir vom Vertrag wegen Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht zurücktreten oder den Vertrag anfechten.

§ 10. Kosten und Gebühren

(1) Die Versicherungssteuer wird entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen von Ihren Versicherungsprämien in Abzug gebracht. Weiters ziehen wir von Ihren Versicherungsprämien Abschlusskosten (vgl. (a)), Verwaltungskosten (vgl. (b)) und Kosten zur Deckung des beantragten Risikos (Risikokosten) (vgl. (c)) entsprechend dem vereinbarten Tarif (siehe § 1) sowie sonstige Kosten (vgl. (d)) ab.

(a) Abschlusskosten

Die Höhe der Abschlusskosten entnehmen Sie bitte dem Informationsblatt des Antrages bzw. der Polizze unter dem Punkt "Kostenvereinbarung und Sterbetafel", welcher Bestandteil des Vertrages ist.

(b) Verwaltungskosten

An Verwaltungskosten verrechnen wir jährlich während der Versicherungsdauer 5 % der Prämie und zusätzlich während der Prämienzahlungsdauer 5 % der Prämie.

Die laufenden Verwaltungskosten während der Zahlung der Grundfähigkeitspension betragen 1 % der Jahrespension.

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

(c) Risikokosten

Die jährlich erforderlichen Kosten zur Deckung des Risikos richten sich nach dem Tarif, dem Beruf und 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 vereinbarten Versicherungsleistung multipliziert mit der Wahrscheinlichkeit der Beeinträchtigung vitaler Funktionen oder Fähigkeiten.

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 für die Grundfähigkeits-Versicherung 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. Das ist insbesondere eine Gebühr für das Ausstellen einer Duplikats- oder Letztstandspolizze, zusätzlich gewünschte Dokumentationen, Änderung der Zahlungsweise, nachträgliche Bearbeitung einer Verpfändung, Abtretung oder Vinkulierung oder eine Änderung des Polizzeninhalts.

ANHANG 790

Seite 7 von 9

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 von 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 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.

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

§ 11. 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 Grundfähigkeitsschutz nimmt im Wege der Gewinnbeteiligung (siehe § 1) an den von uns erzielten Überschüssen teil.

a) Gewinnbeteiligung für die Zeit, in der keine Leistung wegen Beeinträchtigung vitaler Funktionen oder Fähigkeiten erfolgt:

Solange noch keine Leistungen 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 Ihren Antragsunterlagen bzw. Ihrer Polizze 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.

Da die in künftigen Jahren erzielbaren Überschüsse nicht vorausgesehen werden können, beruhen Zahlenangaben über die zu erwartende Gewinnbeteiligung, also den Prämienbonus, auf Schätzungen, denen die gegenwärtigen Verhältnisse zugrunde gelegt sind. Solche Angaben sind daher unverbindlich. Der zukünftige Prämienbonus hängt allein von den während der Laufzeit des Vertrages erzielten Überschüssen ab.

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 Leistung wegen Beeinträchtigung vitaler Funktionen oder Fähigkeiten:

Wenn Sie wegen Beeinträchtigung vitaler Funktionen oder Fähigkeiten eine Grundfähigkeitspension beziehen, unterliegt Ihr Vertrag ab diesem Zeitpunkt dem dafür vorgesehenen Gewinnverband. Die Gewinnbeteiligung erhöht die laufende Pension. Die Erhöhung findet alljährlich zum Stichtag 31. Dezember, erstmalig im zweiten Auszahlungsjahr statt.

Die Höhe des Gewinnanteilsatzes wird in unserem jeweiligen Geschäftsbericht bzw. der Gewinnbeteiligungsbroschüre veröffentlicht.

§ 12. Leistungserbringung durch den Versicherer

(1) Werden Leistungen aus der Grundfähigkeits-Versicherung verlangt, so sind uns ein Identitätsnachweis des Leistungsempfängers sowie zum Nachweis des Versicherungsfalles unverzüglich folgende Unterlagen einzureichen:

- eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Beeinträchtigung vitaler Funktionen oder Fähigkeiten im Sinne dieser Bedingungen (§ 3);
- 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 Auswirkungen auf die Beeinträchtigung vitaler Funktionen oder Fähigkeiten im Sinne dieser Bedingungen (§ 3); bei Leistung wegen Pflegebedürftigkeit (§ 3 Abs. 4 und 5) eine Bescheinigung der Person oder der Einrichtung, die mit der Pflege betraut ist, über Beginn, Art, Umfang und voraussichtliche Dauer der Pflege.

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

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

- weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte,
- weitere Auskünfte und Aufklärungen und notwendige weitere Nachweise, auch über die wirtschaftlichen Verhältnisse der versicherten Person und über eingetretene Veränderungen, sowie über Beginn, Ursache, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens und über den Umfang der Auswirkungen auf die Beeinträchtigung vitaler Funktionen oder Fähigkeiten im Sinne dieser Bedingungen (§ 3); bei Leistung wegen Pflegebedürftigkeit (§ 3 Abs. 4 und 5) über Beginn, Art, Umfang und voraussichtliche Dauer der zur Pflegebedürftigkeit führenden Gesundheitsstörungen verlangen.

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

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

(4) Anordnungen, die der untersuchende oder behandelnde Arzt nach gewissenhaftem Ermessen trifft, um die Heilung zu fördern oder die Beeinträchtigung vitaler Funktionen oder Fähigkeiten im Sinne dieser Bedingungen (§ 3) zu mindern, sind zu befolgen. Die Anordnungen müssen sich jedoch im Rahmen des Zumutbaren halten. Lassen Sie invasive Behandlungsmaßnahmen, die der untersuchende oder behandelnde Arzt anordnet nicht durchführen, steht dies einer Anerkennung der Leistungen aus der Grundfähigkeits-Versicherung nicht entgegen.

ANHANG 790

Seite 8 von 9

(5) Nach Prüfung der uns eingereichten sowie der von uns beigezogenen Unterlagen erklären wir, ob und für welchen Zeitraum wir eine Leistungspflicht anerkennen.

(6) Zahlungen erbringen wir an Sie als unseren Versicherungsnehmer, falls Sie uns keine andere Person benannt haben. 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. Wir überweisen Pensionszahlungen ausschließlich in Euro. Bei Überweisungen außerhalb der Europäischen Union trägt der Empfänger die Gefahr und die Kosten.

§ 13. Nachprüfung der Beeinträchtigung vitaler Funktionen oder Fähigkeiten

(1) Nach Anerkennung oder Feststellung unserer Leistungspflicht sind wir berechtigt, das Fortbestehen der Beeinträchtigung vitaler Funktionen oder Fähigkeiten im Sinne dieser Bedingungen (§ 3) und das Fortleben der versicherten Person 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 (§ 12 Abs. 2 gilt entsprechend).

(3) Eine Minderung der Beeinträchtigung vitaler Funktionen oder Fähigkeiten im Sinne dieser Bedingungen (§ 3) durch Wiedererlangung einer der in § 3 Abs. 2 und 3 genannten vitalen Funktionen oder Fähigkeiten bzw. den Wegfall der Pflegebedürftigkeit im Sinne des § 3 Abs. 4 und 5 müssen Sie uns unverzüglich mitteilen.

(4) Ist die Beeinträchtigung vitaler Funktionen oder Fähigkeiten bzw. die Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen (§ 3) weggefallen, stellen wir unsere Leistungen ein. Die Einstellung teilen wir dem Anspruchsberechtigten unter Hinweis auf seine Rechte aus § 22 mit; sie wird nicht vor Ablauf eines Monats nach Absenden dieser Mitteilung wirksam. Zu diesem Zeitpunkt werden auch wieder die Prämien fällig.

§ 14. Mitwirkungspflichten nach Eintritt des Versicherungsfalles

Solange eine Mitwirkungspflicht nach § 12 oder § 13 von Ihnen, der versicherten Person oder dem Anspruchshebenden 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 Versicherung jedoch insoweit bestehen, als die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist.

§ 15. Kündigung der Versicherung

(1) Sie können Ihre Grundfähigkeits-Versicherung, solange noch keine Ansprüche anerkannt oder festgestellt sind, in Schriftform 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 der Grundfähigkeits-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 Grundfähigkeits-Versicherung fallen daher kein Rückkaufswert und keine prämienfreie Versicherungsleistung an.

§ 16. Prämienfreistellung

Eine Prämienfreistellung ist nicht möglich.

§ 17. Nachteile einer Kündigung

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

§ 18. Vorauszahlungen

Eine Vorauszahlung ist nicht möglich.

§ 19. Verpfändung Abtretung und Vinkulierung

(1) Im Allgemeinen sind Sie der Verfügungsberechtigte. Wenn Ansprüche aus einer Grundfähigkeits-Versicherung anerkannt sind, können Sie diese verpfänden, abtreten oder vinkulieren.

(2) 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.

§ 20. Erklärungen

(1) Für alle Ihre Anzeigen und Erklärungen an uns ist die geschriebene Form erforderlich, sofern und soweit nicht die Schriftform ausdrücklich und mit gesonderter Erklärung vereinbart wurde. Der geschriebenen Form wird durch Zugang eines Textes in Schriftzeichen entsprochen, aus dem die Person des Erklärenden hervorgeht (z.B. Telefax oder E-Mail). Schriftform bedeutet, dass dem Erklärungsempfänger das Original der Erklärung mit eigenhändiger Unterschrift des Erklärenden zugehen muss. Die qualifizierte elektronische Signatur gemäß § 4 Signaturgesetz ist der eigenhändigen Unterschrift nicht gleichgestellt.

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

(3) Jede Vertragsänderung ist nur mit unserer Zustimmung möglich.

(4) Wenn Sie Ihren Wohnort wechseln, müssen Sie uns Ihre neue Adresse mitteilen, andernfalls richten wir unsere Erklärungen an Ihre letzte uns bekannte Adresse. Wenn Sie hingegen Ihren Wohnort außerhalb Europas nehmen, müssen Sie uns eine Person innerhalb Österreichs benennen, die bevollmächtigt ist, unsere Erklärungen an Sie entgegenzunehmen.

ANHANG 790

Seite 9 von 9

(5) Haben Sie als Versicherungsnehmer Ihre Anschrift geändert, dies aber uns nicht mitgeteilt, so genügt zur Rechtswirksamkeit von Erklärungen Ihnen gegenüber die Absendung eines Briefes an die Anschrift, die Sie uns zuletzt bekannt gegeben haben. Die Erklärung wird in dem Zeitpunkt wirksam, in welchem sie ohne die Änderung der Anschrift bei regelmäßiger Beförderung Ihnen zugegangen wäre.

Bei vereinbarter elektronischer Kommunikation gilt dies nur, wenn wir Sie rechtzeitig elektronisch von der Zusendung eines Briefes und von den genannten Folgen einer unterbleibenden Mitteilung der Anschriftänderung verständigt haben, sofern die elektronische Verständigung möglich war. Dies gilt sinngemäß für Erklärungen gegenüber einer versicherten Person.

§ 21. Letztstandspolizze (Was ist bei Verlust der Polizze zu tun?)

(1) Wenn Sie den Verlust der Polizze anzeigen, werden wir Ihnen eine Letztstandspolizze ausstellen.

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

§ 22. Verjährung

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

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

§ 23. Vertragsgrundlagen

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

§ 24. Anwendbares Recht

Dieser Vertrag unterliegt österreichischem Recht ohne die Verweisungsnormen des in Österreich geltenden internationalen Privatrechts.

§ 25. 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. Die Rechnungsgrundlagen für den jeweiligen Tarif (siehe § 1) wurden der Finanzmarktaufsichtsbehörde (FMA) übermittelt und sind Teil der versicherungsmathematischen Grundlagen Ihres Vertrages. Ihre korrekte Anwendung ist von der Finanzmarktaufsichtsbehörde (FMA) jederzeit überprüfbar.

§ 26. Erfüllungsort

Erfüllungsort für die Versicherungsleistung ist unsere Generaldirektion in Wien.