

Allgemeine Versicherungsbedingungen zur Hauptversicherung FlexSolution und den Besonderen Bedingungen zu den möglichen Zusatzversicherungen.

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

die Bedingungen zu Ihrer Fondsgebundenen Lebensversicherung mit lebenslanger Pension FlexSolution bestehen aus den Allgemeinen Versicherungsbedingungen zur Hauptversicherung FlexSolution, den Besonderen Bedingungen zur fondsgebundenen Lebensversicherung und den Besonderen Bedingungen zu den möglichen Zusatzversicherungen.

Inhaltsverzeichnis – Allgemeine Versicherungsbedingungen zur Hauptversicherung FlexSolution

Bitte lesen Sie die folgenden Begriffsbestimmungen sorgfältig durch – sie sind für das Verständnis dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) unerlässlich.

§ 1	Was ist bei der Antragstellung zu beachten?	3
§ 1a	Was bedeutet die „obligatorische Zusatzversicherung“?	4
§ 2	Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?	4
§ 3	Was ist bei der Prämienzahlung wichtig?	4
§ 4	Was geschieht, wenn Sie eine Prämie nicht rechtzeitig bezahlen?	4
§ 5	Wie berechnet sich Ihre Prämie und welche Kosten und Gebühren fallen an?	5
§ 6	Wann können Sie den Versicherungsvertrag kündigen?	5
§ 7	Wann können Sie den Versicherungsvertrag in eine prämienfreie Versicherung umwandeln?	6
§ 7a	Was ist bezüglich Reaktivierung zu beachten?	6
§ 8	Was ist eine fondsgebundene Veranlagung?	6
§ 9	Welche Änderungen der Veranlagungsstrategie sind möglich?	6
§ 10	Stichtage für die fondsgebundene Veranlagung	7
§ 11	Welche Leistungen erbringen wir im Versicherungsfall?	7
§ 11a	Wie sind Sie am Gewinn beteiligt?	7
§ 12	Formvereinbarung: Was gilt für Mitteilungen, die sich auf das Versicherungsverhältnis beziehen?	7
§ 13	Wer erhält die Versicherungsleistung?	8
§ 14	Was gilt bei Verpfändung, Abtretung und Vinkulierung?	8
§ 15	Was ist bei Verlust der Versicherungspolizze zu tun?	8
§ 16	Verjährung	8
§ 17	Aufsichtsbehörde	8
§ 18	Beschwerdestelle	8
§ 19	FATCA: Angaben zur Steuerpflicht	8
§ 20	Angaben zur Steueransässigkeit (Gemeinsamer Meldestandard-Gesetz GMSG)	8
§ 21	Angaben zu wirtschaftlichen Eigentümer (Finanzmarkt-Geldwäschegesetz)	9
§ 22	Anwendbares Recht	9
§ 23	Erfüllungsort	9
Besondere Bedingungen zur planmäßigen Erhöhung der Prämien – gilt für die Hauptversicherung und für die Prämienbefreiungsbausteine		10
§ 1	Nach welchem Maßstab erfolgt die planmäßige Erhöhung der Prämien?	10
§ 2	Zu welchem Zeitpunkt erhöhen sich Prämien und Versicherungsleistungen?	10
§ 3	Welche sonstigen Bestimmungen gelten für die Erhöhung der Versicherungsleistungen?	10
§ 4	Wann entfallen Erhöhungen?	10
Besondere Versicherungsbedingungen zu den Zusatzversicherungen zu FlexSolution		10
I. Gemeinsame Bestimmungen der Zusatzversicherungen zu FlexSolution		10
§ 1	Wie ist das Verhältnis der Zusatzversicherungen zur Hauptversicherung?	10
§ 2	Wie werden Deckungsrückstellungen zu den Zusatzversicherungen gebildet?	11
II. Versicherungsbedingungen für die Zusatzversicherung GarantiepensionPlus		11
§ 1	Was ist versichert?	11
§ 2	Welche Kosten und Gebühren fallen an?	11
§ 3	Wann können Sie die GarantiepensionPlus kündigen?	11
§ 4	Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?	12
III. FlexSolution-BUZ : Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeitszusatzversicherung		12
§ 1	Was ist versichert?	12
§ 2	Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?	12
§ 3	Was gilt für die Nachversicherungsgarantie?	12
§ 4	Wie umfassend ist Ihr Versicherungsschutz?	13
§ 5	Wann beginnt und wann endet ein Anspruch auf Leistung?	13
§ 6	Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?	13

§ 7	Was haben Sie zu beachten, wenn Leistungen wegen Berufsunfähigkeit geltend gemacht werden, und welche Mitwirkungspflichten bestehen?	13
§ 8	Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?	14
§ 9	Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?	14
§ 10	Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten nach Eintritt der Berufsunfähigkeit?	14
§ 11	Wie sind Sie im Rahmen Ihrer Berufsunfähigkeitszusatzversicherung am Gewinn beteiligt?	15
§ 12	Wo und wie sind Pensionsleistungen aus der Berufsunfähigkeitszusatzversicherung zu erbringen?	15
IV. Versicherungsbedingungen für die Ablebensrisiko-Zusatzversicherung		15
§ 1	Was ist versichert?	15
§ 2	Wie umfassend ist Ihr Versicherungsschutz?	15
§ 3	Was gilt für den vorläufigen Sofortschutz?	15
§ 4	Wie berechnet sich die Prämie?	15
§ 5	Was gilt für die Nachversicherungsgarantie?	16
V. Dread Disease: Bedingungen für die Zusatzversicherung mit Leistung bei bestimmten Schwere Krankheiten		16
§ 1	Was ist versichert?	16
§ 2	Welche Schwere Krankheiten sind versichert?	16
§ 3	Wie umfassend ist Ihr Versicherungsschutz?	17
§ 4	Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?	17
§ 5	Wann entsteht ein Anspruch auf Leistung?	17
§ 6	Was gilt für die Nachversicherungsgarantie?	17
§ 7	Wie berechnet sich die Prämie?	18
§ 8	Was haben Sie zu beachten, wenn Leistungen wegen Schwere Krankheit geltend gemacht werden, und welche Mitwirkungspflichten bestehen?	18
§ 9	Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten nach Eintritt einer Schwere Krankheit?	18
§ 10	Wann können Sie die Zusatzversicherung mit Leistung bei bestimmten schweren Krankheiten kündigen?	18
§ 11	In welchen Fällen können wir die Versicherungsbedingungen ändern?	18
VI Bedingungen für die Prämienbefreiung bei Unfallinvalidität, Arbeitsunfähigkeit und Pflegebedürftigkeit		18
§ 1	Was ist versichert?	18
§ 2	Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz, bzw. gibt es eine Wartezeit?	18
§ 3	Voraussetzungen für die Leistungspflicht des Versicherers	19
§ 4	Umfang des Versicherungsschutzes	19
§ 5	Wann beginnt und wann endet ein Anspruch auf Leistung?	21
§ 6	Was haben Sie zu beachten, wenn Leistungen geltend gemacht werden, und welche Mitwirkungspflichten bestehen?	21
§ 7	Was gilt für die Nachprüfung	21
§ 8	Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?	21
§ 9	Ausschlüsse der Leistungspflicht	22
§ 10	Anpassung der Risikoprämien	22
§ 11	Wie und bis wann können Sie bei Meinungsverschiedenheiten Rechte geltend machen?	22
§ 11a	In welchen Fällen und nach welchen Regeln entscheidet die Ärztekommision die Feststellung des Unfallinvaliditätsgrades?	22
§ 12	Wann können Sie die Zusatzversicherung kündigen?	23
§ 13	Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?	23
Anhang I		23
Anhang II		27
Anhang III		27
Anhang III Gebührenblatt		27

Ablebensfall	Fall des Ablebens der versicherten Person.
Ablösekapital	Einmalige Kapitalleistung im Erlebensfall anstelle einer laufenden Pensionszahlung.
Bezugsberechtigter (Begünstigter)	Person, die für den Empfang der Leistung des Versicherers benannt ist.
Deckungsrückstellung	Bei der fondsgebundenen Veranlagung bilden die zugrunde liegenden Fondsanteile die Deckungsrückstellung. Wir ermitteln deren Geldwert, indem wir die Anzahl der Fondsanteile je Fonds mit dem uns am Stichtag zur Verfügung gestellten Kurswert multiplizieren.
Erlebensfall	Fall des Erlebens des Endes der Aufschubdauer.
Fonds	Investmentfonds
Gesetzesgrundlagen	Die maßgeblichen Gesetzesgrundlagen (insbesondere Versicherungsvertragsgesetz (VersVG) und Konsumentenschutzgesetz (KSchG)) finden Sie unter www.ris.bka.gv.at .
Hauptversicherung Ansparphase	Fondsgebundene Lebensversicherung
Hauptversicherung Pensionsphase	Klassische Pensionsversicherung
Modellrechnung	Individuell auf Ihren Vertrag abgestimmte Darstellung der möglichen Vertragsentwicklung, insbesondere der Erlebensleistung und Rückkaufswerte, unter der Annahme der dort ausgewiesenen Fondsperformance.
Prämie	Vom Versicherungsnehmer zu zahlende Entgelt.
Prämiensumme (exkl. VSt)	Summe aller während der Prämienzahlungsdauer fällig werdenden Prämien nach Abzug der Versicherungssteuer.
Prämienfreie Versicherungsleistung	Verminderte Erlebensleistung in Form einer verminderten Pension bzw. Kapitalablöse.
Rückkaufswert	Leistung des Versicherers, wenn der Vertrag vorzeitig gekündigt ("rückgekauft") wird.
Tarif/Geschäftsplan	Detaillierte Aufstellung jener Bestimmungen und versicherungsmathematischen Formeln, anhand derer die Leistung des Versicherers und die Gegenleistung des Versicherungsnehmers (Prämie) zu berechnen sind. Der Geschäftsplan wurde der Finanzmarktaufsicht vorgelegt.
Veranlagungstitel	Als einzelne Veranlagungstitel bezeichnen wir im Folgenden die von Ihnen gewählten Portefeuilles oder Einzeltitelfonds.
Versicherer	UNIQA Österreich Versicherungen AG, Untere Donaustraße 21, 1029 Wien
Versicherte Pension	Berechnung einer lebenslangen Pension zu den vertraglich festgelegten Grundlagen.
Versicherte Person	Person, für die der Versicherungsschutz übernommen wird.
Versicherungsfall	Eintritt des Erlebens- oder Ablebensfalles.
Versicherungsnehmer	Vertragspartner des Versicherers und Träger der Rechte und Pflichten aus dem Versicherungsvertrag.
Zusatzbausteine/Zusatztarife	Mögliche Zusatzversicherungen, die ergänzend zum Haupttarif abgeschlossen werden können, wobei Zusatzbausteine als Einzelvertrag geführt werden können.
Obligatorische Zusatzversicherungen	Zur Hauptversicherung Fondsgebundene Lebensversicherung mit lebenslanger Pension muss eine Zusatzversicherung über die gesamte Prämienzahlungsdauer verpflichtend eingeschlossen sein (siehe § 1a).

§ 1 Was ist bei der Antragstellung zu beachten?

1.1. Als Versicherungsnehmer stellen Sie einen schriftlichen Antrag auf Abschluss eines fondsgebundenen Lebensversicherungsvertrages mit lebenslanger Pension sowie die obligatorische Zusatzversicherung (siehe § 1a). Im Antrag müssen alle Tatsachen angegeben werden, die für die Übernahme des Risikos bedeutend sind.

1.2. An diesen Antrag sind Sie vier Wochen lang gebunden. Die Frist beginnt mit dem Tag der Antragstellung.

1.3. Vertragsgrundlagen sind Ihr Antrag, die Versicherungspolize, der vereinbarte Tarif, und die Versicherungsbedingungen. Der Tarif enthält die versicherungsmathematischen Berechnungsgrundlagen für Ihren Versicherungsvertrag und unterliegt der Kontrolle und Aufsicht der Finanzmarktaufsicht. Der Tarif enthält insbesondere Bestimmungen über die Festlegung der Prämie, der Leistung und der Kosten. Die Versicherungsbedingungen bestehen aus den Allgemeinen Versicherungsbedingungen zur Hauptversicherung FlexSolution, den Besonderen Versicherungsbedingungen zur fondsgebundenen Lebensversicherung und den Besonderen Bedingungen zu den möglichen Zusatzversicherungen.

1.4. Werden Fragen schuldhaft unrichtig oder unvollständig beantwortet, können wir innerhalb von 3 Jahren seit Abschluss, Wiederherstellung oder einer die Leistungspflicht des Versicherers erweiternden Änderung des Vertrages von diesem zurücktreten. Tritt der Versicherungsfall innerhalb dieser 3 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 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 jederzeit anfechten. Wenn wir den Vertrag anfechten oder vom Vertrag zurücktreten, leisten wir den Geldwert der Deckungsrückstellung aus der Hauptversicherung. Schuldhaft unrichtige oder

unvollständige Angaben können darüber hinaus nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen zum Verlust des Versicherungsschutzes führen, sodass wir im Versicherungsfall nur den Geldwert der Deckungsrückstellung leisten.

§ 1a Was bedeutet die „obligatorische Zusatzversicherung“?

In der Ansparphase muss mindestens einer der in Folge angeführten Zusatzversicherungen eingeschlossen sein.

- Ablebensrisikozusatzversicherung
- Berufsunfähigkeitspension
- Prämienbefreiung bei Berufsunfähigkeit
- Prämienbefreiung bei Arbeitsunfähigkeit, Unfallinvalidität und Pflegebedürftigkeit
- Dread Disease mit 8 bzw. 25 Krankheiten

§ 2 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

Der beantragte Versicherungsschutz beginnt, sobald wir die Annahme Ihres Antrages schriftlich oder durch Zustellung der Versicherungspolizze erklären und Sie die erste oder einmalige Prämie rechtzeitig bezahlt haben. Vor dem in der Versicherungspolizze angegebenen Versicherungsbeginn besteht kein Versicherungsschutz.

§ 3 Was ist bei der Prämienzahlung wichtig?

3.1. Die Prämien sind Jahresprämien, die monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich gezahlt werden oder einmalige Zuzahlungen. Sie sind verpflichtet, die vereinbarten laufenden oder einmaligen Versicherungsprämien an uns kostenfrei und rechtzeitig zu bezahlen.

3.2. Es wird kein Unterjährigkeitszuschlag verrechnet.

3.3. Laufende Prämien sind im Einzugsermächtigungsverfahren zu bezahlen. Wir buchen sie jeweils bei Fälligkeit von dem uns angegebenen Konto ab.

3.4. Bei Fälligkeit der Versicherungsleistung (Pensionszahlung, Kapitalauszahlung im Er- bzw. Ablebensfall) werden wir offene Prämien und Gebühren von der Versicherungsleistung abziehen.

3.5. Die erste Prämie und einmalige Zuzahlung zu Vertragsbeginn wird mit Zustellung der Versicherungspolizze, nicht aber vor Versicherungsbeginn fällig. Sie ist dann innerhalb zweier Wochen ab Fälligkeit zu bezahlen. Sie erhalten eine Aufforderung zur Prämienzahlung. Folgeprämien oder einmalige Zuzahlungen während der Laufzeit sind innerhalb eines Monats, bei monatlicher Prämienzahlung innerhalb zweier Wochen, jeweils ab dem in der Versicherungspolizze angegebenen Fälligkeitstag zu bezahlen.

3.6. Einmalige Zuzahlungen sind maximal einmal pro Monat möglich.

3.7. Die Veranlagung erfolgt erst nach Einlangen der Prämien oder Zuzahlungen auf unserem Konto zum nächstmöglichen vorgesehenen Investitionstermin. Termin für den Kauf und den Verkauf von Fondsanteilen ist jeweils der letzte Börsetag eines Monats. Soweit es auf den nächstmöglichen Termin ankommt, steht der Termin unter dem Vorbehalt, dass die maßgebenden Voraussetzungen bis zum 20. des laufenden Monats gegeben sind.

3.8. Für eine Stundung der laufenden Prämien ist eine vorherige Vereinbarung in geschriebener Form erforderlich und bedarf unserer Zustimmung. Auch die Stundungsdauer ist individuell zu vereinbaren.

Nach Ablauf der vereinbarten Stundungsfrist werden die gestundeten Prämien unter Berücksichtigung der gesetzlichen Verzugszinsen nachverrechnet.

Im Ablebensfall werden die gestundeten Prämien unter Berücksichtigung der gesetzlichen Verzugszinsen mit der Leistung gegenverrechnet.

3.9. Eine Änderung der Prämienzahlungsweise ist zum Fälligkeitsdatum möglich.

§ 4 Was geschieht, wenn Sie eine Prämie nicht rechtzeitig bezahlen?

4.1. Erste Prämie

Wenn Sie die erste Prämie nicht rechtzeitig bezahlen, sind wir leistungsfrei, es sei denn, Sie waren an der rechtzeitigen Zahlung ohne Verschulden verhindert. Wir können außerdem vom Vertrag zurücktreten. Es gilt als Rücktritt, wenn wir die erste Prämie nicht innerhalb von drei Monaten vom Fälligkeitstag an gerichtlich geltend machen. Bei einem Rücktritt sind die Kosten einer ärztlichen Untersuchung von Ihnen zu bezahlen.

4.2. Folgeprämie

Wenn Sie eine Folgeprämie nicht rechtzeitig bezahlen, erhalten Sie eine schriftliche Mahnung. Bezahlen Sie den Rückstand nicht innerhalb der in der Mahnung gesetzten Frist von zwei Wochen, können wir den Vertrag ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen. Voraussetzung ist, dass wir Sie bereits mit der Fristsetzung und somit der Mahnung auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben. Wir können die Kündigung bereits mit der Fristsetzung in der Mahnung erklären. Sie wird dann automatisch mit Ablauf der Frist wirksam, wenn Sie zu diesem Zeitpunkt noch immer mit der Zahlung der Folgeprämie in Verzug sind.

Im Falle unserer Kündigung wandelt sich Ihre Versicherung in eine prämienfreie Versicherung um. Dabei vermindert sich Ihr Versicherungsschutz auf die prämienfreie Versicherungssumme oder er entfällt bei Unterschreitung der Mindestsumme nach § 7.4. zur Gänze.

Tritt nach Ablauf dieser Frist der Versicherungsfall ein und wurde die Prämienzahlung nicht vorgenommen, sind wir zur vollen Leistung nur dann verpflichtet, wenn Sie ohne Verschulden an der rechtzeitigen Zahlung verhindert waren. Darauf werden wir in der Mahnung ausdrücklich hinweisen.

Sie können den angeforderten Betrag auch dann noch nachzahlen, wenn unsere Kündigung wirksam geworden ist. Nachzahlen können Sie nur

- innerhalb eines Monats nach der Kündigung
- oder, wenn die Kündigung bereits mit der Fristsetzung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf.

Zahlen Sie innerhalb dieses Zeitraums, wird die Kündigung unwirksam, und der Vertrag besteht fort. Für Versicherungsfälle, die zwischen dem Ablauf der Zahlungsfrist und der Zahlung eintreten, besteht kein oder nur ein verminderter Versicherungsschutz.

4.3. Einmalige Zuzahlungen

Werden diese nicht geleistet, kommt dieser Vertragsbestandteil nicht zustande.

§ 5 Wie berechnet sich Ihre Prämie und welche Kosten und Gebühren fallen an?

5.1. Wir ziehen von Ihren Prämien die gesetzlich festgelegte Versicherungssteuer, Abschluss- und Verwaltungskosten ab. Die verbleibende Prämie (Sparprämie) wird nach den von Ihnen gewünschten Veranlagungskriterien veranlagt.

5.2. Die Fondsanteile kaufen wir zum Kurswert. Wir verrechnen keinen Ausgabeaufschlag.

5.3. Abschlusskosten sind alle mit dem Abschluss einer Versicherung verbundenen Kosten, etwa die Kosten für Vermittlung, Beratung, etc. und werden gleichmäßig auf die gesamte Prämienzahlungsdauer verteilt.

Die Abschlusskosten ziehen wir von Ihrer Prämie vor der Veranlagung ab. Die Höhe der Abschlusskosten entnehmen Sie bitte der Modellrechnung, welche im Vorschlag enthalten ist.

5.4. Die Höhe der jährlichen Verwaltungskosten finden Sie ebenfalls in der Modellrechnung, die im Vorschlag enthalten ist. Die Verwaltungskosten entnehmen wir der Deckungsrückstellung.

5.5. Auch bei Versicherungen gegen Einmalprämie und prämienfreien Versicherungen entnehmen wir die Verwaltungskosten monatlich der Deckungsrückstellung. Bei Kursrückgängen kann dies dazu führen, dass die Deckungsrückstellung in der fondsgebundenen Veranlagung vor Ablauf der vereinbarten Versicherungsdauer aufgebraucht ist. In diesem Fall wird aus der fondsgebundenen Veranlagung keine Leistung erbracht.

5.6. Die Rechnungsgrundlagen für die Ermittlung der Kosten sind Teil der versicherungsmathematischen Grundlagen des jeweiligen Tarifes. Diese können für bestehende Verträge von uns nicht verändert werden. Ihre korrekte Anwendung ist von der Finanzmarktaufsicht (FMA) jederzeit überprüfbar.

5.7. Für durch Sie veranlasste Mehraufwendungen für Ihren Versicherungsvertrag verrechnen wir angemessene Gebühren, diese entnehmen Sie bitte dem beigefügten Gebührenblatt.

5.8. Aufstockungen/Zuzahlungen

Aufstockungen der laufenden Prämien und Zuzahlungen zu den bestehenden Depotwerten können unter Berücksichtigung der zum gegenständlichen Zeitpunkt geltenden Rechtslage – vorbehaltlich unserer Zustimmung – jederzeit schriftlich beantragt werden.

5.9. Sie können eine Prämienreduzierung beantragen, jedoch darf die Jahresprämie von 600 Euro nicht unterschritten werden.

5.10. Bei Lastschriftrückweisungen stellen wir Ihnen die uns angelasteten Gebühren – und die aus der Rückabwicklung von Wertpapierkäufen resultierenden Kursverluste – in Rechnung.

§ 6 Wann können Sie den Versicherungsvertrag kündigen?

6.1. Sie können Ihren Vertrag während der Ansparphase schriftlich ganz oder teilweise (Teilrückkauf) kündigen:

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

Bei bereits laufender Pensionszahlung ist eine Kündigung bzw. ein Rückkauf nicht möglich.

6.2. Im Falle der Kündigung Ihres Versicherungsvertrages erhalten Sie als Rückkaufswert den Depotwert Ihrer Versicherung. Wenn Sie Ihren Vertrag (teilweise) kündigen, kann das für Sie Nachteile haben. Der Depotwert entspricht nicht der Summe der einbezahlten Prämien. Es wird § 176 Abs. 5 VersVG berücksichtigt. Ein gesonderter Abzug wird nicht verrechnet.

6.3. Ein Teilrückkauf muss mindestens 1.000 Euro betragen. Der nach einem Teilrückkauf verbleibende Depotwert darf 1.000 Euro nicht unterschreiten.

6.4. Die Rückkaufswerte zum Ende eines jeden Versicherungsjahres sind aus der im Vorschlag enthaltenen Rückkaufswerttabelle ersichtlich. Die beispielhafte Entwicklung des Depotwertes unter Annahme von verschiedenen Performancewerten können Sie Ihrer –im Vorschlag enthaltenen – Modellrechnung entnehmen. Die tatsächlichen Ergebnisse sind abhängig von der Entwicklung der Fonds, die in den gewählten Veranlagungen enthalten sind, und werden daher höher oder niedriger sein als die in der Tabelle angegebenen Werte.

6.5. Entnahmen aus der Deckungsrückstellung Ihres Versicherungsvertrages können bis zu einem Geldwert von 25 % der Versicherungssumme mit uns vereinbart werden, ohne dass es zu einer teilweisen Kündigung des Vertrages kommt. Darüber hinausgehende Verfügungen entsprechen einer teilweisen Kündigung Ihres Versicherungsvertrages. Gegebenenfalls sind die steuerlichen Vorschriften in Bezug auf Nachversteuerung für Entnahmen oder Teilkündigungen zu beachten. Da bei Fondsgebundenen Lebensversicherungen keine konkrete Versicherungssumme vereinbart ist, ist die Summe der vereinbarten Prämien bis zum Ende der Laufzeit als Versicherungssumme heranzuziehen.

§ 7 Wann können Sie den Versicherungsvertrag in eine prämienfreie Versicherung umwandeln?

7.1. Anstelle einer Kündigung nach § 6 können Sie zu dem dort genannten Termin in geschriebener Form verlangen, dass Ihre Versicherung in eine prämienfreie Versicherung umgewandelt wird. Sie werden dann folglich von der Prämienzahlungspflicht befreit.

7.2. Der Wert der Deckungsrückstellung (siehe § 8) Ihres Vertrages mindert sich um rückständige Prämien. Prämienrückstände werden von der Deckungsrückstellung abgezogen.

7.3. Wenn Sie Ihren Vertrag in eine prämienfreie Versicherung umstellen lassen, kann das für Sie Nachteile haben. Die Deckungsrückstellung nach Prämienfreistellung wird in den Folgejahren in der Regel deutlich niedriger als die Summe der gezahlten Prämien sein, da aus diesen auch Verwaltungs- und etwaige Risikokosten bei Zusatzversicherung (siehe § 5) finanziert werden. Es stehen nicht unbedingt Mittel in Höhe der gezahlten Prämien als Deckungsrückstellung zur Verfügung.

7.4. Haben Sie die Umwandlung Ihrer Versicherung in eine prämienfreie Versicherung verlangt und erreicht die Deckungsrückstellung den Mindestbetrag von 1.000 Euro nicht, erhalten Sie den Auszahlungsbetrag nach § 8 (= Rückkaufwert).

7.5. Die Rückzahlung der Prämien können Sie nicht verlangen.

7.6. Nach erfolgter Prämienfreistellung werden die Verwaltungskosten und allfällige Gebühren monatlich der Deckungsrückstellung entnommen. Dies kann je nach Entwicklung der Fondsanteile dazu führen, dass die Deckungsrückstellung/das Fondsvermögen vor Ablauf der vereinbarten Versicherungsdauer aufgebraucht ist. In diesem Fall endet der Vertrag ohne Rückvergütungsansprüche.

§ 7a Was ist bezüglich Reaktivierung zu beachten?

Nach Umwandlung in eine prämienfreie Versicherung ist eine Reaktivierung nur noch mit unserer Zustimmung möglich.

§ 8 Was ist eine fondsgebundene Veranlagung?

8.1. Eine fondsgebundene Veranlagung in der Aufschubphase einer Pensionsversicherung bietet Versicherungsschutz unter unmittelbarer Beteiligung an der Wertentwicklung eines oder mehrerer Sondervermögen (Anlagestock/Anlagestöcke). Die Anlagestöcke werden gesondert vom übrigen Vermögen in Wertpapieren angelegt und in Anteilseinheiten aufgeteilt.

8.2. Die Versicherungsleistung ist vom Wert der insgesamt gutgeschriebenen Anteilseinheiten (Deckungsrückstellung) abhängig. Die Deckungsrückstellung Ihrer Versicherung aus der fondsgebundenen Veranlagung ergibt sich aus der Zahl der auf Ihre Versicherung entfallenden Anteilseinheiten. Den Geldwert der Deckungsrückstellung ermitteln wir dadurch, dass die Zahl der Anteilseinheiten Ihrer Versicherung mit dem am Stichtag nach § 10 ermittelten Wert einer Anteilseinheit des entsprechenden Anlagestockes multipliziert wird.

8.3. Erträge, die wir aus den in den Anlagestöcken enthaltenen Vermögenswerten erzielen, werden gemäß den Vertragsbedingungen des jeweiligen Portefeuilles verwendet. Bei ausschüttenden Investmentfonds werden die Erträge durch eine automatische Wiederanlage in Anteilseinheiten des gleichen Investmentfonds umgerechnet und den einzelnen Versicherungen gutgeschrieben. Bei thesaurierenden Investmentfonds fließen die Erträge unmittelbar dem Sondervermögen des betreffenden Investmentfonds zu und erhöhen damit den Wert der Anteilseinheiten.

8.4. Die fondsgebundene Veranlagung erfolgt durch Veranlagung in Fonds. Bei Kurssteigerungen erzielen Sie Wertzuwächse, Kursrückgänge führen zu Wertminderungen. Bei Veranlagung in Fonds, die in einer Fremdwährung notieren, unterliegen die Fonds Währungskursschwankungen, die den Wert der Fondsanteile zusätzlich beeinflussen können. Sie tragen bei der fondsgebundenen Veranlagung das volle Veranlagungsrisiko. Es gibt daher keine garantierte Erlebensleistung aus der fondsgebundenen Veranlagung. Die Wertentwicklung in der Vergangenheit lässt keine Rückschlüsse auf die zukünftige Entwicklung eines Fonds zu.

8.5. Der in die Deckungsrückstellung der fondsgebundenen Veranlagung gelangende Teil Ihrer Prämie ergibt sich nach Abzug der Versicherungssteuer und Kosten (gemäß § 5) aufgrund des von Ihnen beantragten Prozentsatzes für die Prämienaufteilung. Wir bauen mit diesen Anlagebeträgen den Geldwert der Deckungsrückstellung auf.

8.6. Es gelten die Besonderen Versicherungsbedingungen zur Fondsgebundenen Lebensversicherung.

§ 9 Welche Änderungen der Veranlagungsstrategie sind möglich?

9.1. Sie können während der Vertragsdauer eine Änderung der Veranlagungsstrategie in geschriebener Form beantragen: Unter den zur Verfügung stehenden Veranlagungen können Sie einmal pro Monat kostenfrei einen Wechsel bzw. Änderungen der prozentuellen Aufteilung (Umgewichtung) vornehmen.

9.2. Wann kann die Änderung erfolgen? Die Änderung ist zu jedem künftigen Monatsbeginn möglich, sofern der Auftrag vollständig und in geschriebener Form bis zum 20. des laufenden Monats beim Versicherer für die Vertragsführung (UNIQA Österreich Versicherungen AG) eingegangen ist.

9.3. Bei einer Änderung der Veranlagungsstrategie sind wir – soweit hierdurch das Versicherungsinteresse oder die veranlagte Risikokategorie geändert werden – verpflichtet, ein aktuelles Risikoprofil von Ihnen anzufordern. Wir werden Ihren Antrag annehmen, wenn dem kein wichtiger Grund, z.B. ein Widerspruch zum angegebenen Versicherungsinteresse, entgegensteht. Dieses muss dem Änderungsantrag beigelegt werden. Sollten Fondsanteile über die Börse gehandelt werden, sind anfallende Transaktionskosten vom Versicherungsnehmer zu tragen.

9.4 . Änderung der Veranlagungsstrategie

- a) Änderung der Veranlagungsstrategie für den gesamten Vertrag
Der vorhandene Geldwert der Deckungsrückstellung wird entsprechend der geänderten Gewichtung zwischen den Veranlagungen umgeschichtet bzw. übertragen. Künftig fällige Anlagebeträge werden ebenfalls entsprechend der geänderten Gewichtung investiert.
- b) Änderung der Veranlagungsstrategie für das bestehende Depotguthaben
Der vorhandene Geldwert der Deckungsrückstellung wird entsprechend der geänderten Gewichtung zwischen den Veranlagungen umgeschichtet bzw. übertragen. Künftig fällige Anlagebeträge sind davon nicht betroffen und werden gemäß der bisherigen Vereinbarung veranlagt.
- c) Änderung der Veranlagungsstrategie für die neuen Einzahlungen
Künftig fällige Anlagebeträge werden entsprechend der geänderten Gewichtung in die beantragten Veranlagungen investiert. Der vorhandene Geldwert der Deckungsrückstellung ist davon nicht betroffen und bleibt gemäß der bisherigen Vereinbarung veranlagt.

Innerhalb eines Portefeuilles oder Fonds können keine Änderungen beantragt werden.

§ 10 Stichtage für die fondsgebundene Veranlagung

10.1. Der Stichtag für die Umrechnung der laufenden Anlagebeträge, von Investmentfonds-Ausschüttungen und Kapitalertragsteuer-Rückerstattungen in Fondsanteile ist der letzte Börsetag vor Prämienfälligkeit. Termin für den Kauf und den Verkauf von Fondsanteilen ist jeweils der letzte Börsetag eines Monats. Ist es nicht möglich, diese Termine einzuhalten, etwa weil dies aufgrund der Börseöffnungszeiten nicht möglich ist, verschiebt sich der jeweilige Stichtag auf den nächstmöglichen Börsetag. Soweit es auf den nächstmöglichen Termin ankommt, steht der Termin unter dem Vorbehalt, dass die maßgebenden Voraussetzungen bis zum 20. des laufenden Monats gegeben sind.

10.2. Im Erlebensfall legen wir bei der Ermittlung des Geldwertes der Deckungsrückstellung den dem letzten Tag des Versicherungsschutzes letztvorangegangenen Börsetag zugrunde. Im Ablebensfall wird als Stichtag der letzte Börsetag des aktuellen Monats herangezogen, in dem der Todesfall gemeldet wird. Erfolgt die Meldung jedoch nach dem 20. des Monats, so wird als Stichtag der letzte Börsetag des nächsten Monats herangezogen.

10.3. Ist ein Erwerb oder eine Veräußerung der Fondsanteile an einem dieser Stichtage nicht möglich, so ist der Stichtag der nächstmögliche Erwerbs- oder Veräußerungstag. Gründe dafür können z.B. sein: Der Fonds wird an diesem Tag nicht gehandelt, Börsetag ist kein Bankarbeitstag.

§ 11 Welche Leistungen erbringen wir im Versicherungsfall?

11.1. Bei Ableben der versicherten Person während der Ansparphase leisten wir den vorhandenen Depotwert zum nächst möglichen Bewertungsstichtag.

11.2. Im Erlebensfall leisten wir basierend auf den bei Abschluss gültigen Rechnungsgrundlagen, eine lebenslange Pension (in Bezug auf die versicherte Person). Das vorhandene Depotguthaben wird aufgrund der vereinbarten Rechnungsgrundlagen umgewandelt und als klassische Pensionsversicherung geführt. Alternativ leisten wir den vorhandenen Depotwert.

11.3. Ist zum erstmaligen Pensionszahlungstermin der auszuzahlende Depotwert unter 10.000 Euro, kann der Versicherer statt der laufenden Pensionsauszahlung auch einmalig abfinden.

§ 11a Wie sind Sie am Gewinn beteiligt?

Sobald Sie sich am Ende der Aufschubdauer das Erlebenskapital als Pension auszahlen lassen haben Sie Anspruch auf Gewinnbeteiligung.

Bei vorteilhafter wirtschaftlicher Entwicklung erhalten Sie eine über die garantierte Leistung hinausgehende Gewinnbeteiligung. Die Grundlage für die Berechnung der Gewinnbeteiligung ergibt sich aus der Gesamtverzinsung, die vom Versicherungsunternehmen jährlich festgelegt wird und sich in Prozent der tariflichen Deckungsrückstellung bemisst. Die Gesamtverzinsung wird im Geschäftsbericht veröffentlicht

Nach Pensionszahlungsbeginn erfolgt am Ende jedes Versicherungsjahres eine laufende Gewinnzuteilung in Prozent der zu diesem Zeitpunkt vorhandenen Deckungsrückstellung. Diese Gewinnzuteilung erhöht die jeweils aktuelle garantierte Pension.

§ 12 Formvereinbarung: Was gilt für Mitteilungen, die sich auf das Versicherungsverhältnis beziehen?

12.1. Für sämtliche Anzeigen und Erklärungen des Versicherungsnehmers an den Versicherer ist die geschriebene Form erforderlich, sofern 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. bei Telefax oder E-Mail. Schriftform bedeutet, dass dem Erklärungsempfänger das Original der Erklärung mit eigenhändiger Unterschrift des Erklärenden zugehen muss.

12.2. Änderungen sind zu jedem künftigen Monatsbeginn möglich, sofern der Auftrag vollständig bis zum 20. des laufenden Monats bei der Gesellschaft eingegangen ist.

12.3. Nach Eintritt des Versicherungsfalles können wir eine Ablehnung, einen Rücktritt oder eine Anfechtung auch einem berechtigten Dritten gegenüber erklären. Wenn Sie Ihren Wohnort wechseln, müssen Sie uns Ihre neue Adresse mitteilen, andernfalls richten wir unsere Erklärungen rechtswirksam an Ihre letzte uns bekannte Adresse. Wenn Sie Ihren Wohnort außerhalb Europas nehmen, müssen Sie uns eine Person innerhalb Österreichs benennen, die bevollmächtigt ist, unsere Erklärungen an Sie entgegenzunehmen.

§ 13 Wer erhält die Versicherungsleistung?

13.1. Sie bestimmen, wer bezugsberechtigt ist. Der Bezugsberechtigte erwirbt das Recht auf die Leistung mit Eintritt des Versicherungsfalles. Bis dahin können Sie – soweit nichts anderes vereinbart wurde – jederzeit Änderungen des Bezugsrechts beantragen. Änderung und Widerruf der Bezugsberechtigung müssen uns schriftlich angezeigt werden.

13.2. Sie können auch bestimmen, dass der Bezugsberechtigte das Recht auf die künftige Leistung unwiderruflich und damit sofort erwerben soll. Dann sind Änderungen des Bezugsrechtes nur noch mit dessen Zustimmung wirksam.

13.3. Ist die Versicherungspolize auf den Überbringer ausgestellt, können wir dennoch verlangen, dass der Überbringer der Versicherungspolize uns seine Berechtigung nachweist.

§ 14 Was gilt bei Verpfändung, Abtretung und Vinkulierung?

Die Vinkulierung, Verpfändung oder Abtretung (Zessionen) der Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag ist uns gegenüber nur wirksam, wenn sie uns zuvor angezeigt wurde. Abtretungen und Vinkulierungen bedürfen neben einer zuvor erfolgten Anzeige zu ihrer Wirksamkeit auch unserer Zustimmung.

§ 15 Was ist bei Verlust der Versicherungspolize zu tun?

Wenn Sie den Verlust der Versicherungspolize in geschriebener Form anzeigen, stellen wir Ihnen auf Ihre Kosten eine Ersatzurkunde aus (siehe Gebührenblatt). Wir können verlangen, dass Sie eine auf den Überbringer (Inhaber) lautende Versicherungspolize auf Ihre Kosten gerichtlich für kraftlos erklären lassen.

§ 16 Verjährung

Sie können Ihre Ansprüche aus Ihrem Versicherungsvertrag innerhalb von 3 Jahren ab Fälligkeit der Leistung geltend machen. Danach sind die Ansprüche verjährt. Steht der Anspruch einem anderen zu, so beginnt die Verjährung, sobald diesem sein Recht auf die Leistung bekannt geworden ist. Ist ihm sein Recht nicht bekannt, so verjähren die Ansprüche erst nach 10 Jahren ab Fälligkeit der Leistung.

§ 17 Aufsichtsbehörde

Finanzmarktaufsicht, Otto-Wagner-Platz 5, 1090 Wien.

§ 18 Beschwerdestelle

Ihre Beschwerde können Kunden an UNIQA Österreich Versicherungen AG, Untere Donaustraße 21, 1029 Wien, richten, auch per E-Mail an info@uniqa.at. Eine Beschwerde wird von uns unverzüglich der für die Bearbeitung eingesetzten Person zugewiesen. Zu jeder Beschwerde werden wir binnen zwei Wochen eine Stellungnahme abgeben. Sie können sich aber auch an den Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs (VVO), Schwarzenbergplatz 7, 1030 Wien, E-Mail: info@vvo.at, wenden. Weiters können Sie sich auch an die Schlichtungsstelle für Verbrauchergeschäfte, Mariahilfer Straße 103/1/18, 1060 Wien, E-Mail: office@verbraucherschlichtung.at, wenden.

§ 19 FATCA: Angaben zur Steuerpflicht

19.1. Sie sind verpflichtet, uns über Ihren allfälligen Umzug ins Ausland zu informieren und uns alle Änderungen der Angaben, die für die Beurteilung der persönlichen Steuerpflicht des Versicherungsnehmers und des Leistungsempfängers relevant sein können (insbesondere Staat, in dem Sie steuerlich ansässig sind und Steueridentifikationsnummer, Wohnsitz, Anzahl der Tage und gewöhnlicher Aufenthalt im Ausland, entsprechende Daten von Treugebern) unverzüglich bekannt zu geben. Ist der Versicherungsnehmer keine natürliche Person, so ist er verpflichtet, uns über allfällige Änderungen von Sitz, Ort der tatsächlichen Geschäftsleitung und Organisation, sowie für die Beurteilung der Steuerpflicht relevante Änderungen der Eigentümerstruktur (insbesondere: Änderungen der beherrschenden Person im Sinne von Artikel 1 Punkt 1 lit. Ee des Abkommens zwischen der Republik Österreich und den Vereinigten Staaten von Amerika über die Zusammenarbeit für eine erleichterte Umsetzung von FATCA) zu informieren.

19.2. Leistungen erbringen wir nur Zug um Zug gegen Identifikation und, falls von uns verlangt, Abgabe einer Erklärung des Leistungsberechtigten, die die Angaben laut Abs. 1 enthält, sowie entsprechender Nachweise – insbesondere Reisepass.

19.3. Die ermittelten Informationen, soweit aufgrund des Abkommens zwischen der Republik Österreich und den Vereinigten Staaten von Amerika über die Zusammenarbeit für eine erleichterte Umsetzung von FATCA erforderlich, werden an IRS (US-Steuerbehörde) übermittelt.

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

§ 20 Angaben zur Steueransässigkeit (Gemeinsamer Meldestandard-Gesetz GMSG)

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

- a) Name,
- b) Geburtsdatum, Geburtsort und Geburtsland,
- c) Adresse Ihres Wohnsitzes,
- d) Staat oder Staaten, in dem oder in denen Sie steuerlich ansässig sind,

- e) Steueridentifikationsnummer(n),
- f) Anzahl der Tage und gewöhnlicher Aufenthalt im Ausland,
- g) entsprechende Daten allfälliger Treugeber.

Versicherungsnehmer, die keine natürliche Person sind, sind zusätzlich verpflichtet, uns anstelle der Angaben gemäß Punkt a), b) und f) zu informieren über

- h) ihren Firmensitz,
- i) den Ort der tatsächlichen Geschäftsleitung und Organisation,
- j) die für die Beurteilung der Steueransässigkeit relevante Eigentümerstruktur, insbesondere beherrschende Personen im Sinne von § 92 GMSG, BGBl 116/2015 und Art 1 lit ee des FATCA-Abkommens, BGBl III Nr. 16/2015 in der jeweils geltenden Fassung, und zu jenen beherrschenden Personen, die gemäß § 89 GMSG meldepflichtig sind, die Angaben gemäß diesen Punkten a) bis g),
- k) ihren Status als aktive oder passive NFE (Non-Financial Entity) im Sinne der §§ 93 bis 95 GMSG, und über für die Beurteilung der Steueransässigkeit relevante Änderungen dieser Angaben.

Die ermittelten Informationen, soweit aufgrund des Gemeinsamen Meldestandard-Gesetzes erforderlich, werden an das Finanzamt übermittelt.

§ 21 Angaben zu wirtschaftlichen Eigentümer (Finanzmarkt-Geldwäschegesetz)

Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet die Identität seines oder seiner wirtschaftlichen Eigentümer und die diesbezüglichen Änderungen von sich aus unverzüglich bekannt zu geben.

§ 22 Anwendbares Recht

Es ist österreichisches Recht anwendbar. Es gelten die allgemeinen und besonderen Versicherungsbedingungen.

§ 23 Erfüllungsort

Erfüllungsort für die Versicherungsleistung ist der Sitz des Versicherers.

Besondere Bedingungen zur planmäßigen Erhöhung der Prämien – gilt für die Hauptversicherung und für die Prämienbefreiungsbausteine

§ 1 Nach welchem Maßstab erfolgt die planmäßige Erhöhung der Prämien?

- 1.1. Die Prämien für die Hauptversicherung und die Prämien für die Prämienbefreiung der Hauptversicherung erhöhen sich jeweils um den vereinbarten Prozentsatz der Vorjahresprämie (Erhöhungsbetrag).
- 1.2. Alle im Rahmen des Versicherungsvertrages getroffenen Vereinbarungen, insbesondere auch die Kostenregelungen gemäß § 5 der AVB, gelten ab dem jeweiligen Erhöhungstermin für den Erhöhungsbetrag.
- 1.3. Die Erhöhungen erfolgen bis zum Ablauf der Prämienzahlungsdauer, längstens jedoch bis zum rechnungsmäßigen Alter der versicherten Person von 65 Jahren.

§ 2 Zu welchem Zeitpunkt erhöhen sich Prämien und Versicherungsleistungen?

- 2.1. Die Erhöhungen der Prämien erfolgen jeweils zum Jahrestag des Versicherungsbeginns.
- 2.2. Sie erhalten rechtzeitig vor dem Erhöhungstermin eine Mitteilung über die Erhöhung. Der Versicherungsschutz aus der jeweiligen Erhöhung beginnt am Erhöhungstermin.

§ 3 Welche sonstigen Bestimmungen gelten für die Erhöhung der Versicherungsleistungen?

Alle im Rahmen des Versicherungsvertrages getroffenen Vereinbarungen, auch die Bezugsrechtsverfügung, erstrecken sich ebenfalls auf die Erhöhung der Versicherungsleistungen.

§ 4 Wann entfallen Erhöhungen?

- 4.1. Die Erhöhung entfällt, wenn Sie bis ein Monat vor dem Erhöhungstermin widersprechen.
- 4.2. Unterbliebene Erhöhungen können Sie mit unserer Zustimmung nachholen.
- 4.3. Sollten Sie mehr als zweimal hintereinander von der Erhöhungsmöglichkeit keinen Gebrauch machen, so erlischt Ihr Recht auf weitere Erhöhungen; es kann jedoch mit unserer Zustimmung neu begründet werden.
- 4.4. Ist in Ihrer Versicherung ein Prämienbefreiungsbaustein eingeschlossen, erfolgen keine Erhöhungen, solange die Leistung aus der Zusatzversicherung erfolgt.

Besondere Versicherungsbedingungen zu den Zusatzversicherungen zu FlexSolution

I. Gemeinsame Bestimmungen der Zusatzversicherungen zu FlexSolution

§ 1 Wie ist das Verhältnis der Zusatzversicherungen zur Hauptversicherung?

- 1.1. Die nachfolgenden Bestimmungen beziehen sich auf die Berufsunfähigkeitszusatzversicherung (Prämienbefreiung bei Berufsunfähigkeit und Berufsunfähigkeitspension), die Ablebensrisikozusatzversicherung sowie die Zusatzversicherung mit Leistung bei bestimmten schweren Krankheiten (Dread Disease), die GarantiepensionPlus und die Prämienbefreiung bei Arbeitsunfähigkeit, Unfallinvalidität und Pflegebedürftigkeit. Für die Krankenversicherung (Sonderklasseversicherung) erhalten Sie, soweit diese mit FlexSolution vereinbart wurde, gesonderte Versicherungsbedingungen.
- 1.2. Die vereinbarten Zusatzversicherungen bilden mit der Hauptversicherung zu der sie abgeschlossen wurden eine Einheit. Soweit vereinbart wird ein prämienbefreiender Zusatztarif gemeinsam mit der Hauptversicherung poliziert. Für weitere Zusatzversicherungen werden, soweit diese beantragt wurden, gesonderte Versicherungspolizzen ausgestellt.
- 1.3. Wird die Hauptversicherung schriftlich gekündigt, können die Zusatzversicherungen mittels neuem Antrag und neuen Versicherungsbedingungen in einen eigenständigen Versicherungsvertrag umgewandelt und weitergeführt werden. Ausgenommen von dieser Regelung sind die Prämienbefreiungsbausteine, GarantiepensionPlus und die Zusatzversicherung bei bestimmten schweren Erkrankungen (Dread Disease). Wird eine oben beschriebene Weiterführung nicht beantragt, enden die jeweiligen Zusatzversicherungen mit Kündigung der Hauptversicherung.
- 1.4. Soweit in diesen Versicherungsbedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die Versicherungsbedingungen für die Hauptversicherung (AVB) inklusive der Formvereinbarung (§ 12 AVB) auch auf die Zusatzversicherungen sinngemäß Anwendung.
- 1.5. Die vereinbarten Zusatzversicherungen können nach Maßgabe des § 1a AVB gesondert gekündigt werden.
- 1.6. Prämienfreistellung oder Rückkauf der Zusatzversicherungen ist, soweit sich aus den jeweiligen Zusatzbedingungen nichts anderes ergibt, nicht möglich.
- 1.7. Zusatzversicherungen, zu denen keine Rückkaufswerte zu bilden sind, erlöschen im Falle einer Kündigung, wenn wir den Vertrag anfechten oder vom Vertrag zurücktreten (§ 1.4 AVB) ohne Wert.
- 1.8. Die Zusatzversicherungen sind soweit sich nichts anderes aus den jeweiligen Besonderen Bedingungen ergibt, nicht am Gewinn beteiligt.
- 1.9. Die Zusatzversicherungen enden, soweit nichts anderes vereinbart wurde, spätestens mit Erreichen des 65. Lebensjahres des Versicherungsnehmers.

§ 2 Wie werden Deckungsrückstellungen zu den Zusatzversicherungen gebildet?

Für die vereinbarten Zusatzversicherungen gilt: Die Prämie ist eine Durchschnittsprämie über die gesamte Laufzeit. Zur Deckung der Leistungen ist zu Beginn der Laufzeit des Vertrages nicht die gesamte Prämie erforderlich. Daraus resultieren Prämienüberschüsse, aus denen die Deckungsrückstellung, die zur Deckung der Leistungen in den späteren Jahren erforderlich ist, gebildet wird; diese wird nach anfänglicher Steigerung in der zweiten Vertragshälfte abgebaut und ist bei Ablauf der Vertragsdauer vollständig aufgebraucht.

§ 3 Take-a-Break Option: Was gilt bezüglich der Prämienkarenz?

3.1. Wenn Sie als Versicherungsnehmer

- den Arbeitsplatz verloren haben,
- den Präsenzdienst/Zivildienst leisten,
- die berufliche Tätigkeit wegen Weiterbildung/Umschulung unterbrechen,
- Karenz gem. Mutterschutzgesetz/Väterkarenz-Gesetz in Anspruch nehmen,
- Krankengeld nach Wegfall der Lohnfortzahlung beziehen,
- vom Tod eines nahen Angehörigen – Ehepartner, Lebensgefährte, Kind – betroffen sind oder
- eine Ehescheidung haben

können Sie nach Ablauf des 3. Versicherungsjahres Ihre Prämienzahlung für mindestens 6 Monate, insgesamt längstens für 2 Jahre, aussetzen. Im Fall von Präsenz-/Zivildienst kann die Prämienzahlung bereits nach dem 1. Versicherungsjahr ausgesetzt werden.

3.2. Sie können die Prämienkarenz schriftlich beantragen, wenn eines der unter Pkt.1 genannten Ereignisse nachweislich eingetreten und die Prämienzahlung bis dahin geordnet ist.

Als Nachweise gelten:

- Mitteilung über Zuerkennung des Arbeitslosengeldes durch AMS
- Einberufungsbefehl/Zuweisungsbescheid
- Bestätigung des Arbeitgebers
- Bestätigung betreffend des Kinderbetreuungsgeldes durch die Krankenkasse
- Bestätigung durch Krankenkasse
- Sterbeurkunde
- Gerichtsbeschluss über Ehescheidung oder Scheidungsurteil

Im Falle des Verlustes des Arbeitsplatzes oder Krankengeldbezuges können Sie die Prämienkarenz vorerst für 6 Monate, bei Fortbestehen der Arbeitslosigkeit jeweils für weitere 6 Monate, längstens jedoch für 2 Jahre, beantragen. In allen anderen Fällen bestimmen Sie, für welchen Zeitraum innerhalb der maximalen Frist von 2 Jahren Sie die Prämienzahlung aussetzen wollen.

3.3. Sie können während der Dauer des Vertrages zweimal von der Option Gebrauch machen. Vor Beanspruchen einer weiteren Prämienkarenz und Leistungskarenz müssen Prämien jedoch mindestens für dieselbe Anzahl von Monaten, wie die voran gegangene Prämienkarenzfrist betragen hat, bezahlt worden sein.

3.4. Während der Prämienkarenz besteht aus der Zusatzversicherung, zu der sie in Anspruch genommen wurde kein Versicherungsschutz. Nach Ablauf der Prämienkarenz setzen Sie Ihre Prämienzahlung fort und der Versicherungsschutz lebt, sofern der Versicherungsfall noch nicht eingetreten ist, ohne neuerliche Risikoprüfung wieder auf.

II. Versicherungsbedingungen für die Zusatzversicherung GarantiepensionPlus

§ 1 Was ist versichert?

Diese Zusatzversicherung sichert für die Pensionszahlungsphase der Hauptversicherung den zum Vertragsabschluss gültigen höchstmöglichen Rechnungszinssatz laut Höchstzinssatzverordnung und die zum Vertragsabschluss gültige Sterbetafel. Die Prämie dieser Zusatzversicherung ist ein laufzeitabhängiger Prozentsatz der Prämie der Hauptversicherung.

§ 2 Welche Kosten und Gebühren fallen an?

2.1. Wir ziehen von Ihren Prämien zunächst die Versicherungssteuer entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen, danach Abschlusskosten und Verwaltungskosten ab. Abschlusskosten sind alle mit dem Abschluss einer Versicherung verbundenen Kosten, etwa die Kosten für Vermittlung, Beratung, etc.

2.2. Die Rechnungsgrundlagen für die Ermittlung der Kosten nach Abs. 1 sind Teil der versicherungs- mathematischen Grundlagen des jeweiligen Tarifes. Diese können für bestehende Verträge von uns nicht verändert werden. Ihre korrekte Anwendung ist von der Finanzmarktaufsichtsbehörde (FMA) jederzeit überprüfbar.

§ 3 Wann können Sie die GarantiepensionPlus kündigen?

3.1. Sie können diese Zusatzversicherung schriftlich kündigen:

- jederzeit zum Ende des laufenden Versicherungsjahres.
- innerhalb eines Versicherungsjahres mit 3-monatiger Frist beginnend mit dem nächsten Monatsende, frühestens jedoch zum Ende des ersten Versicherungsjahres.

3.2. Bei Kündigung erfolgt keine Rückverrechnung von Prämienanteilen.

3.3. Bei Kündigung der Zusatzversicherung entfällt für den gesamten Vertrag der Anspruch auf den zum Vertragsabschluss gültigen Rechnungszinssatz laut Höchstzinssatzverordnung und die zum Vertragsabschluss gültige Sterbetafel.

3.4. Eine Prämienfreistellung ist nicht möglich.

§ 4 Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?

4.1. Die Zusatzversicherung bildet mit der Versicherung, zu der sie abgeschlossen worden ist (Hauptversicherung), eine Einheit und kann ohne diese nicht fortgesetzt werden. Wenn die Hauptversicherung endet, endet auch die Zusatzversicherung.

4.2. Bei Herabsetzung der versicherten Leistung der Hauptversicherung verringert sich die versicherte Leistung der Zusatzversicherung entsprechend dem Teil der Hauptversicherung, für den die Prämienzahlung eingestellt wurde.

4.3. Sofern in diesen Versicherungsbedingungen nichts anderes bestimmt ist, gelten die Versicherungsbedingungen der Hauptversicherung sinngemäß auch für die Zusatzversicherung.

III. FlexSolution-BUZ : Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeitszusatzversicherung

§ 1 Was ist versichert?

Wird die versicherte Person während der Prämienzahlungsdauer dieser Zusatzversicherung im Sinne des § 2 berufsunfähig, so erbringen wir soweit vereinbart eine oder beide der folgenden Versicherungsleistungen:

- Befreiung von der Prämienzahlung für die Hauptversicherung und die eingeschlossenen Zusatzversicherungen. Dies gilt nicht für allfällige Zusatzprämien für Polizzen-Vorauszahlungen.
- Zahlung einer Berufsunfähigkeitspension, wenn diese mitversichert ist. Die Pension zahlen wir wie im Vertrag vereinbart.

§ 2 Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

2.1. Ist die versicherte Person 6 Monate ununterbrochen infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls, die während der Prämienzahlungsdauer entstanden und ärztlich nachzuweisen sind, mindestens zu 50 % – im Vergleich mit einem körperlich und geistig Gesunden mit vergleichbaren Ausbildungen, Fähigkeiten und Kenntnissen – außerstande ihren Beruf auszuüben, so gilt die Fortdauer dieses Zustandes vom Anfang an als Berufsunfähigkeit. Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person außer Stande ist, ihren zuletzt ausgeübten Beruf auszuüben und keine andere den Ausbildungen, Kenntnissen und Fähigkeiten entsprechende Tätigkeit ausübt, die seiner bisherigen Lebensstellung entspricht.

Eine der bisherigen Lebensstellung entsprechende Vergleichstätigkeit ist dann gefunden, wenn die neue Erwerbstätigkeit keine deutlich geringeren Ausbildungen, Kenntnisse und Fähigkeiten erfordert und in ihrer Vergütung nicht unter 80 % jener vor Eintritt der Berufsunfähigkeit fällt. Der Versicherer verzichtet auf Verweisung zu anderen, den Kenntnissen und Fähigkeiten der versicherten Person nicht entsprechenden Berufen.

2.2. Ist die versicherte Person pflegebedürftig im Sinne des Bundespflegegeldgesetzes in der jeweils gültigen Fassung und benötigt 121 Stunden (Pflegestufe 3) oder mehr Pflege pro Monat, so gilt die versicherte Person auch als berufsunfähig.

2.3. Scheidet die versicherte Person aus dem Berufsleben aus, ohne dass Berufsunfähigkeit vorliegt und werden jedoch später Leistungen wegen Berufsunfähigkeit beantragt, so kommt es bei der Anwendung der Punkte 1 und 2 darauf an, dass die versicherte Person außerstande ist eine Tätigkeit auszuüben, die aufgrund ihrer Ausbildung, Erfahrung und Kenntnisse ausgeübt werden kann und ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht.

§ 3 Was gilt für die Nachversicherungsgarantie?

3.1. Die versicherte Berufsunfähigkeitspension kann nur in den ersten zehn Jahren nach Vertragsabschluss bei Eintritt folgender Ereignisse und Vorlage des jeweiligen Nachweises ohne neuerliche Gesundheitsprüfung erhöht werden:

- Heirat der versicherten Person (Nachweis: Heiratsurkunde)
- Begründung einer Lebensgemeinschaft (Nachweis: Eintragung der Partnerschaft)
- Geburt eines Kindes der versicherten Person (Nachweis: Geburtsurkunde)
- Adoption eines minderjährigen Kindes durch die versicherte Person (Nachweis: Adoptionsurkunde)
- Scheidung oder Tod des Ehepartners/Lebensgefährten (Nachweis: Scheidungsurkunde, Sterbeurkunde)
- Erhöhung des regelmäßigen jährlichen Bruttoeinkommens um mindestens 10 Prozent gegenüber der letzten 12 Monate (Nachweis: Gehaltsbestätigung oder Einkommensteuerbescheid)
- Aufnahme eines Darlehens durch die versicherte Person zur Finanzierung einer selbstgenutzten Immobilie in Höhe von mindestens 100.000 Euro (Nachweis: Grundbuchauszug samt Darlehenszusage)
- Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit nach erfolgter Ausbildung/Studium (Nachweis des Abschlusses und der beruflichen Tätigkeit)

Wir können eine Erhöhung der versicherten Leistung von einer wirtschaftlichen Risikoprüfung abhängig machen und dazu erforderliche weitere Nachweise verlangen.

3.2. Nachversicherungen können Sie schriftlich verlangen:

- innerhalb von drei Monaten, seit Eintritt eines der genannten Ereignisse gegen Vorlage der entsprechenden Nachweise;
- solange die versicherte Person das 45. Lebensjahr nicht überschritten hat;
- wenn die versicherte Person nicht bereits berufsunfähig oder pflegebedürftig im Sinne dieser Bedingungen ist;
- wenn die zuletzt erfolgte Nachversicherung mindestens ein Jahr zurück liegt.

3.3. Die Prämien für die Nachversicherungen berechnen wir nach dem dann geltenden Tarif, dem Alter der versicherten Person zu diesem Zeitpunkt und unter Berücksichtigung von bei Vertragsabschluss etwa vereinbarten Prämienzuschlägen oder besonderen Bedingungen.

3.4. Für die Nachversicherungen gelten folgende Summengrenzen:

- Die einzelne Erhöhung der versicherten jährlichen Berufsunfähigkeitspension muss mindestens 600 Euro und darf höchstens 6.000 Euro betragen.
- Der Gesamtbetrag der Erhöhungen gemäß Nachversicherungsgarantie darf 6.000 Euro versicherte jährliche Berufsunfähigkeitspension nicht übersteigen.

- Die jährliche Berufsunfähigkeitspension darf auf insgesamt maximal 12.000 Euro erhöht werden

3.5. Generell kann die Versicherungsleistung für die Zusatzversicherung nur erhöht werden, wenn die Hauptversicherung im selben Maße erhöht wird und dies im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen möglich ist.

§ 4 Wie umfassend ist Ihr Versicherungsschutz?

4.1. Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht weltweit und unabhängig davon, wie und wo es zur Berufsunfähigkeit gekommen ist; wir leisten jedoch nicht, wenn die Berufsunfähigkeit verursacht wurde:

- Unmittelbar oder mittelbar durch kriegerische Ereignisse oder innere Unruhen, an denen die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat; außerhalb Österreichs gilt die Einschränkung nur für solche kriegerischen Ereignisse, denen die versicherte Person bei Ausübung einer beruflichen oder dienstlichen Tätigkeit ausgesetzt war, oder an denen sie aktiv beteiligt war;
- Durch nukleare, biologische, chemische oder durch Terrorismus ausgelöste Katastrophen;
- Durch widerrechtliche Handlung, mit der Sie als Versicherungsnehmer vorsätzlich die Berufsunfähigkeit der versicherten Person herbeigeführt haben;
- Durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die versicherte Person;
- Durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit, absichtliche Selbstverletzung, missbräuchlichen Drogen- und Alkoholkonsum;
- Durch versuchten Selbstmord; wird uns jedoch nachgewiesen, dass die Tat in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen wurde, werden wir leisten;
- Durch mittelbaren oder unmittelbaren Einflusses ionisierender Strahlen im Sinne des Strahlenschutzgesetzes in der jeweils geltenden Fassung; soweit die versicherte Person als Arzt oder medizinisches Hilfspersonal diesem Risiko ausgesetzt ist, oder wenn eine Bestrahlung zu Heilzwecken durch einen Arzt oder unter ärztlicher Aufsicht erfolgt, werden wir leisten.

4.2. Ohne besondere Vereinbarung sind wir von der Verpflichtung zur Leistung befreit, wenn die Berufsunfähigkeit verursacht wurde in Ausübung einer Tätigkeit als Sonderpilot – z.B. Paragleiter, Hängegleiter, Ballonfahrer, Drachenflieger, Fallschirmspringer – Hubschrauberpilot, Militärpilot, Testpilot, Kunstflugpilot.

4.3. Für die Übernahme erhöhter Risiken insbesondere wegen Krankheit, Beruf, Sport – z.B. Motorsport, Tauchsport, Rafting, Bergsport, etc. – können wir Zusatzprämien zur Versicherungsprämie oder besondere Bedingungen mit Ihnen vereinbaren.

4.4. Entsteht Berufsunfähigkeit aufgrund eines der im Absatz 1 bzw. ohne besondere Vereinbarung der im Abs. 2 genannten Fälle, erlischt die Zusatzversicherung, ohne dass eine Leistung daraus gezahlt wird.

4.5. Eine jährliche Anpassung der Versicherungsleistung (Pension) kann ohne neuerliche Risikoprüfung unter Erhöhung der Prämien während der Prämienzahlungsdauer analog zum Haupttarif vereinbart werden.

§ 5 Wann beginnt und wann endet ein Anspruch auf Leistung?

5.1. Der Anspruch auf Leistung beginnt mit dem nächsten Monatsersten, der dem ersten Tag der Berufsunfähigkeit folgt.

5.2. Der Anspruch auf Leistung endet, wenn die Berufsunfähigkeit wegfällt, die versicherte Person stirbt oder trotz Vorliegen der für die Beurteilung der Leistungspflicht notwendigen Voraussetzungen tatsächlich eine mindestens der bisherigen Lebensstellung entsprechende Tätigkeit ausgeübt wird, spätestens aber wenn die vertragliche Leistungsdauer abläuft.

§ 6 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

6.1. Ihre Berufsunfähigkeitszusatzversicherung ist zusätzlich mit vorläufigem Sofortschutz ausgestattet. Der vorläufige Sofortschutz erstreckt sich auf die beantragten Berufsunfähigkeitsleistungen höchstens aber auf 1.000 Euro monatlich, auch wenn insgesamt höhere monatliche Leistungen für dieselbe versicherte Person beantragt sind. Der vorläufige Sofortschutz gilt,

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

Der vorläufige Sofortschutz beginnt mit Eingang Ihres Antrages bei einer Geschäftsstelle von uns, frühestens aber mit dem beantragten Versicherungsbeginn. Der vorläufige Sofortschutz endet mit Zustellung der Versicherungspolize, wenn wir Ihren Antrag ablehnen, den vorläufigen Sofortschutz als beendet erklären, oder Sie von Ihrem Antrag zurücktreten, spätestens jedoch vier Wochen nach Antragstellung. Für den vorläufigen Sofortschutz berechnen wir keine gesonderte Prämie. Wenn wir aufgrund des vorläufigen Sofortschutzes leisten, wird die erste Jahresprämie gegenverrechnet.

6.2. Der beantragte Versicherungsschutz aus der Berufsunfähigkeitszusatzversicherung beginnt, sobald wir die Annahme Ihres Antrages zum Haupttarif schriftlich oder durch Zustellung der Versicherungspolize erklären und Sie die erste Prämie rechtzeitig bezahlt haben. Vor dem in der Versicherungspolize angegebenen Versicherungsbeginn besteht kein Versicherungsschutz.

§ 7 Was haben Sie zu beachten, wenn Leistungen wegen Berufsunfähigkeit geltend gemacht werden, und welche Mitwirkungspflichten bestehen?

7.1. Zur Beurteilung und Feststellung der Leistungspflicht können wir nach Eintritt des Versicherungsfalls alle relevanten Auskünfte verlangen.

7.2. Die Versicherungsleistung wird erst fällig, nachdem uns alle zur Beurteilung der Leistungspflicht relevanten Umstände angezeigt wurden (gegebenenfalls Nachzahlung).

7.3. Werden Leistungen verlangt, sind uns vorzulegen:

- Eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Berufsunfähigkeit;
- Ausführlicher Bericht der Ärzte, die die versicherte Person gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer der Gesundheitsstörung, sowie über das Ausmaß der Auswirkung auf die Berufsfähigkeit;
- Unterlagen über den Beruf der versicherten Person, ihre erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten, ihre Stellung und Tätigkeit zum Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit sowie über die eingetretenen Veränderungen;
- Bei Pflegebedürftigkeit Bescheinigung über Beginn, Art und Umfang der Pflegebedürftigkeit.

7.4. Die anfallenden Kosten zu Abs. 3 sind vom Versicherungsnehmer zu tragen.

7.5. Die untersuchenden und behandelnden Ärzte müssen ermächtigt werden, uns Auskunft zu erteilen. Das gilt auch für Krankenhäuser, Sanatorien, Heilanstalten, Versorgungs- und Fürsorgeämter sowie Versicherungsunternehmen, Sozialversicherungsträger oder ähnliche Einrichtungen.

7.6. Wir können auf unsere Kosten und in unserem Auftrag weitere ärztliche Untersuchungen, zusätzliche Auskünfte, Aufklärungen und Nachweise – auch über die wirtschaftlichen Verhältnisse der versicherten Person und deren Veränderungen – verlangen. Wir können verlangen, dass diese weiteren ärztlichen Untersuchungen in Österreich vorgenommen werden, auch wenn die versicherte Person ihren ständigen Wohnsitz außerhalb Österreichs hat. Dadurch eventuell entstehende Reise- und Aufenthaltskosten sind vom Anspruchsteller zu tragen.

7.7. Zumutbare Heilbehandlungen oder Therapiemaßnahmen, die die untersuchenden oder behandelnden Ärzte empfehlen, um die Heilung zu fördern oder die Berufsunfähigkeit zu mindern, sind vorzunehmen. Operationen oder sonstige invasive Behandlungen zählen nicht zu den zumutbaren Maßnahmen im Sinne dieser Bedingungen.

7.8. Eine Minderung des Grades der Berufsunfähigkeit oder der Pflegebedürftigkeit und die Wiederaufnahme oder Änderung der beruflichen Tätigkeit sind uns unverzüglich anzuzeigen.

§ 8 Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?

8.1. Nach Erhalt und Prüfung der für die Leistungsbeurteilung erforderlichen Unterlagen werden wir erklären, ob wir unsere Leistungspflicht anerkennen.

8.2. Wir können unsere Leistungspflicht einmalig zeitlich befristet anerkennen.

8.3. Bis zur Entscheidung über unsere Leistungspflicht müssen Sie die Prämien weiter bezahlen; wir werden diese Prämien bei Anerkennung der Leistungspflicht zurückzahlen. Sie können auch eine zinslose Stundung der Prämien bis zur Entscheidung über unsere Leistungspflicht verlangen; wenn wir die Leistungspflicht ablehnen, müssen diese Prämien nachgezahlt werden.

8.4. Der Versicherungsnehmer hat jederzeit das Recht, Informationen über den Stand einer laufenden Leistungsprüfung beim Versicherer einzuholen.

§ 9 Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?

9.1. Wir sind berechtigt, das Fortbestehen der Berufsunfähigkeit nachzuprüfen.

9.2. Zur Nachprüfung können wir jederzeit sachdienliche Auskünfte und einmal jährlich auf unsere Kosten eine Untersuchung der versicherten Person durch von uns zu beauftragende Ärzte verlangen.

9.3. Wir sind auch berechtigt zu prüfen, ob die versicherte Person nach dem Eintritt der Berufsunfähigkeit neue berufliche Ausbildungen, Kenntnisse oder Fähigkeiten erworben hat. Werden dadurch folgende Voraussetzungen insofern erfüllt, als die versicherte Person

- auf Basis dieser neu erworbenen Ausbildungen, Fähigkeiten und Kenntnisse tatsächlich einen neuen Beruf ausübt,
- diese neue berufliche Tätigkeit der zum Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit bestandenen Lebensstellung entspricht, so erlischt unsere Leistungspflicht. In diesem Fall ist es auch unerheblich, ob die Berufsunfähigkeit in dem ursprünglichen Beruf andauert.

9.4. Ergibt die Nachprüfung den Wegfall der Berufsunfähigkeit, so wird dieser nicht vor Ablauf eines Monats nach Absendung der Mitteilung, frühestens jedoch zu Beginn des darauffolgenden Versicherungsvierteljahres wirksam.

9.5. Wenn wir eine zeitlich befristete Leistungspflicht einer Berufsunfähigkeit nach § 6 Absatz 2 anerkannt haben, werden wir innerhalb von 6 Monaten nach Ablauf der Befristung eine neuerliche Leistungsüberprüfung vornehmen. Die dafür notwendigen Unterlagen sind vom Versicherungsnehmer vorzulegen. Ein Recht auf Nachprüfung unserer Leistungspflicht entsprechend § 11 Absatz 2 besteht unverändert.

9.6. Der Versicherungsnehmer hat jederzeit das Recht, Informationen über den Stand einer laufenden Leistungsprüfung beim Versicherer einzuholen.

9.7. Ansprüche auf künftige Versicherungsleistungen werden erst fällig, nachdem uns alle für die Beurteilung des Fortbestehens der Leistungspflicht relevanten Umstände angezeigt werden.

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

Solange eine Mitwirkungspflicht nach § 5 oder § 7 von Ihnen, der versicherten Person oder dem Anspruchsteller vorsätzlich oder grob fahrlässig nicht erfüllt wird, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht bleiben die Ansprüche auf Versicherungsleistung insoweit bestehen, als diese Verletzung ohne Einfluss auf

die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist. Wenn die Mitwirkungspflicht später erfüllt wird, sind wir ab Beginn des laufenden Monats nach Maßgabe dieser Bedingungen zur Leistung verpflichtet.

§ 11 Wie sind Sie im Rahmen Ihrer Berufsunfähigkeitszusatzversicherung am Gewinn beteiligt?

Sofern die Zahlung einer Berufsunfähigkeitspension mitversichert ist, nehmen Sie im Wege der Gewinnbeteiligung an den von uns erzielten Überschüssen teil, sobald Versicherungsleistungen nach Eintritt der Berufsunfähigkeit fällig geworden sind. Die Gewinnanteile werden zur Erhöhung Ihrer Berufsunfähigkeitspension verwendet.

§ 12 Wo und wie sind Pensionsleistungen aus der Berufsunfähigkeitszusatzversicherung zu erbringen?

12.1. Erfüllungsort für die Pensionsleistung ist der Sitz der Gesellschaft.

12.2. Überweisungen der Pensionsleistungen an den Bezugsberechtigten erfolgen auf seine Kosten; bei Überweisungen außerhalb der Europäischen Union trägt der Bezugsberechtigte auch die damit verbundene Gefahr.

IV. Versicherungsbedingungen für die Ablebensrisiko-Zusatzversicherung

§ 1 Was ist versichert?

Bei Ableben der versicherten Person wird zusätzlich die dafür vereinbarte Versicherungssumme fällig.

§ 2 Wie umfassend ist Ihr Versicherungsschutz?

2.1. Der Versicherungsschutz besteht grundsätzlich unabhängig davon, auf welcher Ursache der Versicherungsfall beruht. Wird Österreich in kriegerische Ereignisse verwickelt, von einer nuklearen, biologischen, chemischen oder durch Terrorismus ausgelösten Katastrophe betroffen, bezahlen wir bei dadurch verursachten Versicherungsfällen die geschäftsplanmäßige Deckungsrückstellung.

2.2. Die geschäftsplanmäßige Deckungsrückstellung bezahlen wir auch bei Ableben in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen, denen die versicherte Person außerhalb Österreichs bei Ausübung einer beruflichen oder dienstlichen Tätigkeit ausgesetzt war, oder infolge Teilnahme an Unruhen auf Seiten der Unruhestifter.

2.3. Bei Selbstmord der versicherten Person innerhalb von 3 Jahren nach Abschluss, Wiederherstellung oder einer die Leistungspflicht des Versicherers erweiternden Änderung des Vertrages leisten wir nur den Geldwert der Deckungsrückstellung. Wird uns nachgewiesen, dass Selbstmord in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen wurde, besteht hingegen voller Versicherungsschutz.

2.4. Die Ablebensrisiko-Zusatzversicherung ist nicht am Gewinn beteiligt.

§ 3 Was gilt für den vorläufigen Sofortschutz?

3.1. Ihre Ablebensrisiko-Zusatzversicherung ist mit vorläufigem Sofortschutz ausgestattet. Der vorläufige Sofortschutz erstreckt sich auf die für den Todesfall beantragten Summen, höchstens auf 100.000 Euro, auch wenn insgesamt höhere Summen auf das Leben derselben versicherten Person beantragt sind. Der vorläufige Sofortschutz gilt,

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

3.2. Der vorläufige Sofortschutz beginnt mit Zugang Ihres Antrages bei uns, frühestens aber mit dem beantragten Versicherungsbeginn. Der vorläufige Sofortschutz endet mit Zustellung der Versicherungspolize, wenn wir Ihren Antrag ablehnen, den vorläufigen Sofortschutz als beendet erklären, oder Sie von Ihrem Antrag zurücktreten, spätestens jedoch 6 Wochen nach Antragstellung. Für den vorläufigen Sofortschutz berechnen wir keine gesonderte Prämie. Wenn wir aufgrund des vorläufigen Sofortschutzes leisten, verrechnen wir die auf die erbrachte Leistung entfallende Jahresprämie bzw. einmalige Prämie.

§ 4 Wie berechnet sich die Prämie?

4.1. Die Prämie berechnen wir nach dem Alter der versicherten Person, der gewählten Variante, der Höhe der vereinbarten Versicherungsleistung und der Vertragslaufzeit. Bei der Berechnung des Alters wird ein begonnenes Lebensjahr als voll gerechnet, wenn davon am Tag, an welchem laut Versicherungspolize das erste Versicherungsjahr beginnt, mehr als 6 Monate verflossen sind.

Für die Übernahme erhöhter Risiken insbesondere wegen Krankheit, Beruf, Sport, etc. können wir Zusatzprämien zur Versicherungsprämie oder besondere Bedingungen mit Ihnen vereinbaren.

4.2. Die Prämien sind Jahresprämien, die für uns kostenfrei zu bezahlen sind. Sie können die Jahresprämie nach Vereinbarung auch in Raten bezahlen. Bei Fälligkeit der Versicherungsleistung werden wir offene Raten des laufenden Versicherungsjahres von der Versicherungsleistung abziehen.

4.3. Die Prämienberechnung enthält einen Prämienrabatt für das erste Versicherungsjahr. Einen Prämienrabatt in gleicher oder geänderter Höhe können wir im Rahmen der Bilanzerstellung für das dem Bilanzjahr jeweils folgende Jahr weiter gewähren. Der neu gewährte Prämienrabatt kommt erstmals für Verträge mit einem Jahrestag des Versicherungsbeginnes ab dem 1.7. des dem Bilanzjahr folgenden Jahres zur Anwendung und hat wieder für ein Versicherungsjahr Gültigkeit. Von einer Änderung oder Nichtgewährung des Prämienrabattes werden wir Sie gesondert verständigen.

4.4. Für die Prämienberechnung für Nichtraucher gelten die Bestimmungen im Anhang II.

§ 5 Was gilt für die Nachversicherungsgarantie?

5.1. Die Versicherungsleistung kann nur in den ersten zehn Jahren nach Vertragsabschluss bei Eintritt folgender Ereignisse und Vorlage des jeweiligen Nachweises ohne neuerliche Gesundheitsprüfung erhöht werden:

- Heirat der versicherten Person (Nachweis: Heiratsurkunde)
- Begründung einer Lebensgemeinschaft (Nachweis: Eintragung der Partnerschaft)
- Geburt eines Kindes der versicherten Person (Nachweis: Geburtsurkunde)
- Adoption eines minderjährigen Kindes durch die versicherte Person (Nachweis: Adoptionsurkunde)
- Scheidung oder Tod des Ehepartners/Lebensgefährten (Nachweis: Scheidungsurkunde, Sterbeurkunde)
- Erhöhung des regelmäßigen jährlichen Bruttoeinkommens um mindestens 10 % gegenüber der letzten 12 Monate (Nachweis: Gehaltsbestätigung oder Einkommensteuerbescheid)
- Aufnahme eines Darlehens durch die versicherte Person zur Finanzierung einer selbstgenutzten Immobilie in Höhe von mindestens 100.000 Euro (Nachweis: Grundbuchauszug samt Darlehenszusage)
- Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit nach erfolgter Ausbildung/Studium (Nachweis des Abschlusses und der beruflichen Tätigkeit)

Wir können eine Erhöhung der versicherten Leistungen von einer wirtschaftlichen Risikoprüfung abhängig machen und dazu erforderliche weitere Nachweise verlangen.

5.2. Nachversicherungen können Sie schriftlich verlangen:

- innerhalb von 3 Monaten seit Eintritt eines der genannten Ereignisse gegen Vorlage der entsprechenden Nachweise;
- solange die versicherte Person das 50. Lebensjahr nicht überschritten hat;
- wenn die zuletzt erfolgte Nachversicherung mindestens ein Jahr zurück liegt.

5.3. Die Prämien für die Nachversicherungen berechnen wir nach dem dann geltenden Tarif, dem Alter der versicherten Person zu diesem Zeitpunkt und unter Berücksichtigung von bei Vertragsabschluss vereinbarten Prämienzuschlägen oder besonderen Bedingungen

5.4. Für die Nachversicherungen gelten folgende Summengrenzen:

- Die Erhöhungssumme für jeden Einzelfall muss mindestens 10.000 Euro und darf höchstens 25 % der Versicherungssumme oder 25.000 Euro betragen.
- Der Gesamtbetrag der Erhöhungen gemäß Nachversicherungsgarantie darf 100.000 Euro nicht übersteigen.

5.5. Generell kann die Versicherungsleistung für die Zusatzversicherung nur erhöht werden, wenn die Hauptversicherung im selben Maße erhöht wird und dies im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen möglich ist.

V. Dread Disease: Bedingungen für die Zusatzversicherung mit Leistung bei bestimmten Schwere Krankheiten

§ 1 Was ist versichert?

1.1. Wenn die versicherte Person während der Dauer der Zusatzversicherung von einer in § 2 genannten Schwere Krankheit betroffen wird und vom Zeitpunkt der Diagnosestellung oder – soweit auf die Schwere Krankheit anwendbar – vom Zeitpunkt der Operation mindestens 30 Tage überlebt, erbringen wir die dafür vereinbarte Versicherungsleistung. Davon abweichende Wartefristen sind bei den Definitionen der versicherten Schwere Krankheiten im Anhang angeführt.

1.2. Die vereinbarte Versicherungsleistung wird – auch bei Eintritt von mehreren Schwere Krankheiten – nur einmal erbracht. Damit endet die Zusatzversicherung.

§ 2 Welche Schwere Krankheiten sind versichert?

Folgende Krankheiten gelten entsprechend Ihrem Antrag als versichert:

Variante Basis:

1. Herzinfarkt	5. Chronisches Nierenversagen
2. Bypass-Operation der Koronararterien	6. Organtransplantation
3. Krebs	7. Querschnittslähmung
4. Schlaganfall	8. Blindheit

Variante Top – wenn beantragt – zusätzlich:

9. Operation an der Aorta	18. Chronisches Leberversagen
10. Herzklappenersatz	19. Enzephalitis
11. Gutartiger (benigner) Hirntumor	20. Bakterielle Hirnhautentzündung
12. Taubheit	21. Systemischer Lupus erythematodes
13. Verlust der Stimme samt Sprechfunktion	22. HIV-Infektion als Folge einer Bluttransfusion
14. Multiple Sklerose	23. HIV-Infektion als Folge eines Unfalls im Rahmen der beruflichen Tätigkeit
15. Parkinson-Krankheit	24. Schwere Verbrennung
16. Fortgeschrittene Demenz, einschließlich Alzheimer-Krankheit	25. Gliedmaßenverlust
17. Koma	

Die Definitionen der versicherten Schwere Krankheiten finden Sie im Anhang zu diesen Versicherungsbedingungen.

§ 3 Wie umfassend ist Ihr Versicherungsschutz?

3.1. Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, wie und wo es zum Eintritt des Versicherungsfalles gekommen ist; wir leisten jedoch nicht, wenn die Schwere Krankheit verursacht ist:

- Unmittelbar oder mittelbar durch kriegerische Ereignisse, denen die versicherte Person außerhalb Österreichs bei Ausübung einer beruflichen oder dienstlichen Tätigkeit ausgesetzt war;
- Durch Unruhen, an denen die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;
- Durch nukleare, biologische, chemische oder durch Terrorismus ausgelöste Katastrophen;
- Durch widerrechtliche Handlung, mit der Sie als Versicherungsnehmer vorsätzlich die Schwere Krankheit der versicherten Person herbeigeführt haben;
- Durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die versicherte Person;
- Durch Selbstverstümmelung, absichtliche Herbeiführung von Krankheit, absichtliche Selbstverletzung oder versuchten Selbstmord; wird uns jedoch nachgewiesen, dass die Tat in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen wurde, werden wir leisten;
- Durch Alkoholmissbrauch, Missbrauch von Drogen oder Medikamenten oder die Einnahme von Gift;
- Durch mittelbaren oder unmittelbaren Einfluss ionisierender Strahlen im Sinne des Strahlenschutzgesetzes in der jeweils geltenden Fassung; soweit die versicherte Person als Arzt oder medizinisches Hilfspersonal diesem Risiko ausgesetzt ist, oder wenn eine Bestrahlung zu Heilzwecken durch einen Arzt oder unter ärztlicher Aufsicht erfolgt, werden wir leisten.

3.2. Ohne besondere Vereinbarung sind wir von der Verpflichtung zur Leistung befreit, wenn die Schwere Krankheit in Ausübung einer Tätigkeit als Sonderpilot – z.B. Paragleiter, Hängegleiter, Ballonfahrer, Drachenflieger, Fallschirmspringer – Hubschrauberpilot, Militärpilot, Testpilot, Kunstflugpilot verursacht wurde.

3.3. Für die Übernahme erhöhter Risiken insbesondere wegen Krankheit, Beruf, Sport etc. können wir Zusatzprämien zu Ihrer Prämie oder besondere Bedingungen mit Ihnen vereinbaren.

3.4. Tritt die Schwere Krankheit aufgrund eines der im Absatz 1 bzw. ohne besondere Vereinbarung der im Abs. 2 genannten Fälle ein, erlischt die Zusatzversicherung, ohne dass eine Leistung fällig wird.

§ 4 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

Nach rechtzeitiger Zahlung der Prämie beginnt Ihr Versicherungsschutz, frühestens nach Ablauf von 3 Kalendermonaten (Wartefrist) seit dem in der Polizza angegebenen Versicherungsbeginn. Das bedeutet, dass bei Eintritt einer schweren Krankheit gemäß § 2 während der ersten 3 Kalendermonate keine Versicherungsleistung gezahlt wird. Bei einigen Krankheiten gelten längere Wartefristen, die im Anhang definiert sind. Bei einer Erhöhung des Versicherungsschutzes beginnt die Wartefrist für den zusätzlichen Versicherungsschutz erneut zu laufen.

§ 5 Wann entsteht ein Anspruch auf Leistung?

Der Anspruch auf Leistung entsteht, wenn die versicherte Person den Zeitraum von mindestens 30 Tagen seit dem medizinisch nachgewiesenen Eintritt der schweren Krankheit überlebt und alle bei den jeweiligen Krankheiten im Anhang angeführten Fristen und sonstigen Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind.

§ 6 Was gilt für die Nachversicherungsgarantie?

6.1. Die Versicherungsleistung, sofern die Zahlung einer Versicherungssumme vereinbart wurde, kann nur in den ersten zehn Jahren nach Vertragsabschluss bei Eintritt folgender Ereignisse und Vorlage des jeweiligen Nachweises ohne neuerliche Gesundheitsprüfung erhöht werden:

- Heirat der versicherten Person (Nachweis: Heiratsurkunde)
- Begründung einer Lebensgemeinschaft (Nachweis: Eintragung der Partnerschaft)
- Geburt eines Kindes der versicherten Person (Nachweis: Geburtsurkunde)
- Adoption eines minderjährigen Kindes durch die versicherte Person (Nachweis: Adoptionsurkunde)
- Scheidung oder Tod des Ehepartners/Lebensgefährten (Nachweis: Scheidungsurkunde, Sterbeurkunde)
- Erhöhung des regelmäßigen jährlichen Bruttoeinkommens um mindestens 10 % gegenüber der letzten 12 Monate (Nachweis: Gehaltsbestätigung oder Einkommensteuerbescheid)
- Aufnahme eines Darlehens durch die versicherte Person zur Finanzierung einer selbstgenutzten Immobilie in Höhe von mindestens 100.000 Euro (Nachweis: Grundbuchauszug samt Darlehenszusage)
- Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit nach erfolgter Ausbildung/Studium (Nachweis des Abschlusses und der beruflichen Tätigkeit)

Wir können eine Erhöhung der versicherten Leistungen von einer wirtschaftlichen Risikoprüfung abhängig machen und dazu erforderliche weitere Nachweise verlangen.

6.2. Nachversicherungen können Sie schriftlich verlangen:

innerhalb von 3 Monaten seit Eintritt eines der genannten Ereignisse gegen Vorlage der entsprechenden Nachweise; solange die versicherte Person das 50. Lebensjahr nicht überschritten hat; wenn die zuletzt erfolgte Nachversicherung mindestens ein Jahr zurück liegt.

6.3. Die Prämien für die Nachversicherungen berechnen wir nach dem dann geltenden Tarif, dem Alter der versicherten Person zu diesem Zeitpunkt und unter Berücksichtigung von bei Vertragsabschluss vereinbarten Prämienzuschlägen oder besonderen Bedingungen

6.4. Für die Nachversicherungen gelten folgende Summengrenzen: Die Erhöhungssumme für jeden Einzelfall muss mindestens 10.000 Euro und darf höchstens 25 % der Versicherungssumme oder 25.000 Euro betragen. Der Gesamtbetrag der Erhöhungen gemäß Nachversicherungsgarantie darf 100.000 Euro nicht übersteigen. Die Versicherungssumme darf auf insgesamt maximal 200.000 Euro erhöht werden.

6.5. Generell kann die Versicherungsleistung für die Zusatzversicherung nur erhöht werden, wenn die Hauptversicherung im selben Maße erhöht wird und dies im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen möglich ist.

§ 7 Wie berechnet sich die Prämie?

7.1. Die Prämie berechnen wir nach dem Alter der versicherten Person, der gewählten Variante, der Höhe der vereinbarten Versicherungsleistung und der Vertragslaufzeit. Bei der Berechnung des Alters wird ein begonnenes Lebensjahr als voll gerechnet, wenn davon am Tag, an welchem laut Versicherungspolizze das erste Versicherungsjahr beginnt, mehr als sechs Monate verflissen sind. Für die Übernahme erhöhter Risiken insbesondere wegen Krankheit, Beruf, Sport, etc. können wir Zusatzprämien zur Versicherungsprämie oder besondere Bedingungen mit Ihnen vereinbaren.

7.2. Die Prämien sind Jahresprämien, die für uns kostenfrei zu bezahlen sind. Sie können die Jahresprämie nach Vereinbarung auch in Raten bezahlen. Bei Fälligkeit der Versicherungsleistung werden wir offene Raten des laufenden Versicherungsjahres von der Versicherungsleistung abziehen.

7.3. Die Prämienberechnung enthält einen Prämienrabatt für das erste Versicherungsjahr. Einen Prämienrabatt in gleicher oder geänderter Höhe können wir mit der Bilanzerstellung für das dem Bilanzjahr jeweils folgende Jahr weiter gewähren. Der neu gewährte Prämienrabatt kommt erstmals für Verträge mit einem Jahrestag des Versicherungsbeginnes ab dem 1.7. des dem Bilanzjahr folgenden Jahres zur Anwendung und hat wieder für ein Versicherungsjahr Gültigkeit. Von einer Änderung oder Nichtgewährung des Prämienrabattes werden wir Sie gesondert verständigen.

§ 8 Was haben Sie zu beachten, wenn Leistungen wegen Schwerer Krankheit geltend gemacht werden, und welche Mitwirkungspflichten bestehen?

Im Falle des Eintritts einer Schwere Krankheit benötigen wir folgende Unterlagen:

- Einen Facharztbericht zur Bestätigung, dass eine Schwere Krankheit besteht, und eine Darstellung der Ursache für den Eintritt des Versicherungsfalles.
- Diagnose der Schwere Krankheit, Indikation für eine Operation und Operationsbericht müssen von einem in Österreich niedergelassenen Arzt erstellt worden sein, der mit dem Versicherungsnehmer oder der versicherten Person nicht verwandt oder verschwägert sein darf.
- Ergebnis entsprechender klinischer, radiologischer, histologischer und labormedizinischer Untersuchungen, die die Diagnose bestätigen sowie eventuell Nachweise, wie sie in den Definitionen der versicherten Krankheiten in § 2 genannt sind.
- Wir können auf unsere Kosten und in unserem Auftrag weitere ärztliche Untersuchungen, zusätzliche Auskünfte, Aufklärungen und Nachweise verlangen, um die Diagnose einer Schwere Krankheit oder die Notwendigkeit einer Operation zu überprüfen.
- Wir können verlangen, dass diese weiteren ärztlichen Untersuchungen in Österreich vorgenommen werden, auch wenn die versicherte Person ihren ständigen Wohnsitz außerhalb Österreichs hat. Dadurch eventuell entstehende Reise- und Aufenthaltskosten sind vom Anspruchsteller zu tragen.

§ 9 Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten nach Eintritt einer Schwere Krankheit?

Solange eine Mitwirkungspflicht nach § 8 von Ihnen, der versicherten Person oder dem Anspruchsteller vorsätzlich oder grob fahrlässig nicht erfüllt wird, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht bleiben die Ansprüche auf Versicherungsleistung insoweit bestehen, als diese Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist. Wenn die Mitwirkungspflicht später erfüllt wird, sind wir ab Beginn des laufenden Monats nach Maßgabe dieser Bedingungen zur Leistung verpflichtet.

§ 10 Wann können Sie die Zusatzversicherung mit Leistung bei bestimmten schweren Krankheiten kündigen?

10.1. Sie können die Zusatzversicherung analog zu den Bestimmungen des § 6 AVB schriftlich kündigen.

10.2. Die Zusatzversicherung erlischt im Falle der Kündigung ohne verfügbaren Wert.

§ 11 In welchen Fällen können wir die Versicherungsbedingungen ändern?

Sollten eine oder mehrere der versicherten Schwere Krankheiten während der Laufzeit Ihres Vertrages nach allgemein anerkannter medizinischer Auffassung auf Basis von:

- genetischen Behandlungen/Gentherapie;
- Impfungen nach Diagnose der Krankheit;
- jeglicher anderer Form von medizinischer oder anderer Behandlung

ganz oder teilweise heilbar sein, so werden wir die Bedingungen dahin gehend ändern, dass die betreffenden Schwere Krankheiten in ihrer Definition der medizinischen Entwicklung angepasst werden oder ganz entfallen. Die Prämien werden wir, soweit erforderlich, entsprechend anpassen.

VI Bedingungen für die Prämienbefreiung bei Unfallinvalidität, Arbeitsunfähigkeit und Pflegebedürftigkeit

§ 1 Was ist versichert?

Bei Eintritt von Unfallinvalidität von mindestens 50%, Pflegebedürftigkeit oder Arbeitsunfähigkeit der versicherten Person während der vereinbarten Laufzeit entfällt die Prämienzahlung für die Hauptversicherung und, falls abgeschlossen, auch für die Zusatzversicherung GarantiepensionPlus, längstens bis zum vereinbarten Ende. Dies gilt nicht für allfällige Zusatzprämien aus Polizzenvorauszahlungen.

§ 2 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz, bzw. gibt es eine Wartezeit?

2.1. Der beantragte Versicherungsvertrag beginnt, sobald wir die Annahme Ihres Antrages schriftlich oder durch Zustellung der Versicherungspolizze erklären und Sie die erste oder einmalige Prämie rechtzeitig bezahlt haben. Vor dem in der Versicherungspolizze angegebenen Versicherungsbeginn besteht kein Versicherungsschutz.

2.2. Der Versicherungsschutz erstreckt sich nicht auf Versicherungsfälle die binnen 30 Monaten (Wartezeit) ab Versicherungsbeginn eintreten. Tritt der Versicherungsfall aufgrund eines Unfalles ein, entfällt die Wartezeit.

2.3. Der Versicherungsschutz erstreckt sich nicht auf der versicherten Person bekannte ernstliche Krankheiten oder Unfallfolgen, wegen derer sie in den letzten 24 Monaten vor Beginn des Versicherungsschutzes ärztlich beraten oder behandelt wurde. Diese Einschränkung gilt nur, wenn der Versicherungsfall innerhalb der ersten 5 Jahre nach Beginn des Versicherungsschutzes eintritt und mit dieser Erkrankung oder Unfallfolgen in ursächlichem Zusammenhang steht. Als ernstliche Vorerkrankungen gelten z.B. Erkrankungen des Herzens und des Kreislaufes, der Wirbelsäule und Gelenke, der Verdauungsorgane, Tumorerkrankungen, HIV Infektionen (AIDS), psychische oder chronische Erkrankungen.

§ 3 Voraussetzungen für die Leistungspflicht des Versicherers

Der Versicherer kann im Leistungsfall zur Beurteilung seiner Leistungspflicht im Sinne des §§ 16 ff und 34 VersVG alle benötigten Informationen erheben. Die Versicherungsleistung wird erst nach Abschluss der notwendigen Erhebung fällig.

§ 4 Umfang des Versicherungsschutzes

Leistungen werden nur dann erbracht, wenn die zuvor beschriebenen Voraussetzungen für die Versicherungsleistung (Wartezeiten gemäß § 2) abgelaufen sind, die Voraussetzungen für Versicherungsleistungen (gemäß § 4) erfüllt sind, und weder ein Ausschlussgrund (gemäß § 9) noch eine Verletzung der Mitwirkungspflichten (gemäß § 6) vorliegt.

4.1. Unfallinvalidität

Die versicherte Person ist durch einen Unfall auf Dauer in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt. Bei völligem Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane gelten die folgenden Invaliditätsgrade.

▪ eines Armes	70 %
▪ eines Daumen	20 %
▪ eines Zeigefingers	10 %
▪ eines anderen Fingers	5 %
▪ eines Beines	70 %
▪ einer großen Zehe	5 %
▪ einer anderen Zehe	2 %
▪ der Sehkraft beider Augen	100 %
▪ Sehkraft eines Auges	60 %
▪ sofern die Sehkraft des anderen Auges vor Eintritt des Versicherungsfalles bereits verloren war	80 %
▪ des Gehörs beider Ohren	60 %
▪ des Gehörs eines Ohres	15 %
▪ sofern jedoch das Gehör des anderen Ohres vor Eintritt des Versicherungsfalles bereits verloren war	45 %
▪ des Geruchssinnes	10 %
▪ des Geschmackssinnes	5 %
▪ der Milz	10 %
▪ der Stimme	30 %
▪ der Niere	20 %

Für andere Körperteile und Sinnesorgane bemisst sich der Invaliditätsgrad danach, inwieweit die normale körperliche oder geistige Funktionsfähigkeit insgesamt beeinträchtigt ist. Voraussetzung für den Entfall der Prämienzahlung ist ein Invaliditätsgrad von mindestens 50%, wobei bei Teilverlust oder Funktionsbeeinträchtigung der entsprechende Teil des jeweiligen Prozentsatzes gilt.

4.1.a Was ist ein Unfall?

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet. Als Unfall gelten auch folgende Ereignisse: Verrenkungen von Gliedern sowie Zerrungen und Zerreißen von an Gliedmaßen und an der Wirbelsäule befindlichen Muskeln, Sehnen, Bändern und Kapseln sowie Meniskusverletzungen. Hinsichtlich krankhaft abnutzungsbedingter Einflüsse findet insbesondere § 4 Abs. 1.b, sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes, Anwendung.

Krankheiten gelten nicht als Unfälle. Übertragbare Krankheiten gelten auch nicht als Unfallfolgen. Dies gilt nicht für Kinderlähmung, die durch Zeckenbiss übertragene Frühsommer-Meningoenzephalitis und Lyme-Borreliose sowie für Wundstarrkrampf und Tollwut.

4.1.b Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes

Eine Versicherungsleistung wird von uns nur für die durch den eingetretenen Unfall hervorgerufenen Folgen (körperliche Schädigung) erbracht. Bei der Bemessung des Invaliditätsgrades wird ein Abzug in Höhe einer Vorinvalidität nur vorgenommen, wenn durch den Unfall eine körperliche oder geistige Funktion betroffen ist, die schon vorher beeinträchtigt war. Die Vorinvalidität wird nach § 4 Abs.1 bemessen.

Haben Krankheiten oder Gebrechen, bei der durch ein Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung – insbesondere solche Verletzungen, die durch krankhaft abnutzungsbedingte Einflüsse verursacht oder mitverursacht worden sind – oder deren Folgen mitgewirkt, ist im Fall einer Invalidität der Prozentsatz des Invaliditätsgrades, ansonsten die Leistung entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens, zu vermindern, wenn dieser Anteil mindestens 25 % beträgt. Dies gilt insbesondere auch, wenn die Gesundheitsschädigung durch einen abnutzungsbedingten Einfluss mit Krankheitswert, wie beispielsweise Arthrose, mitverursacht worden ist. Für Gesundheitsschädigungen, die aufgrund akuter Mangel durchblutung des Herzmuskels entstanden sind (z.B. Herzinfarkt), wird nur dann eine Leistung erbracht, wenn ein

überwiegender Kausalzusammenhang mit einer unmittelbaren Verletzung der betreffenden Koronararterie besteht und diese Verletzung durch eine direkte mechanische Einwirkung von außen auf den Brustkorb verursacht worden ist. Unfälle infolge von Herzinfarkt und Schlaganfall gelten auch als mitversichert.

Für organisch bedingte Störungen des Nervensystems erbringen wir nur eine Leistung, wenn und soweit diese Störung auf eine durch den Unfall verursachte organische Schädigung zurückzuführen ist. Seelische Fehlhaltungen (Neurosen, Psychoneurosen) gelten nicht als Unfallfolgen.

Bei Bandscheibenerkrankungen wird eine Leistung nur erbracht, wenn sie durch direkte mechanische Einwirkung auf die Wirbelsäule entstanden sind und es sich nicht um eine Verschlimmerung von vor dem Unfall bestandenen Krankheitserscheinungen handelt. Für Bauch- und Unterleibsbrüche jeder Art wird eine Leistung nur erbracht, wenn sie durch eine von außen kommende mechanische Einwirkung direkt herbeigeführt worden sind und nicht anlagebedingt waren.

4.2. Pflegebedürftigkeit

Die versicherte Person ist pflegebedürftig, wenn sie durch Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfall voraussichtlich mindestens sechs Monate hindurch ununterbrochen so hilflos ist, dass sie für mindestens vier der unten genannten Verrichtungen oder aufgrund schwerer Demenz täglich der Hilfe einer anderen Person bedarf – auch bei Einsatz technischer und/oder medizinischer Hilfsmittel. Diese Voraussetzungen müssen nach Ablauf der Wartezeit nach §2 entstanden und fachärztlich nachzuweisen sein.

Die versicherte Person benötigt Hilfe

- beim Fortbewegen im Zimmer (1 Punkt)
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Inanspruchnahme einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls – die Unterstützung einer anderen Person für die Fortbewegung benötigt.
- beim Aufstehen und Zubettgehen (1 Punkt)
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person nur mit Hilfe einer anderen Person das Bett verlassen oder in das Bett gelangen kann.
- beim An- und Auskleiden (1 Punkt)
Hilfebedarf liegt vor, wenn sich die versicherte Person – auch bei Benutzung krankengerechter Kleidung – nicht ohne Hilfe einer anderen Person an- oder auskleiden kann oder gegebenenfalls ein medizinisches Korsett oder eine Prothese nicht selbständig an- oder ablegen kann.
- beim Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken (1 Punkt)
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße – zubereitete und servierte Mahlzeiten sowie bereitgestellte Getränke nicht ohne Hilfe einer anderen Person einnehmen kann; Hilfebedarf liegt auch vor, wenn medizinisch indizierte Ernährung über Sonden notwendig ist.
- bei der Körperhygiene (1 Punkt)
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Benutzung von Hilfsmitteln, wie z.B. Haltegriffen oder Badehebern – nicht ohne Hilfe einer anderen Person für seine Körperpflege durch waschen (Ganzkörperwäsche), baden oder duschen sorgen kann. Die Unfähigkeit, ins Badezimmer zu gelangen, gilt hier nicht als Hilfebedarf.
- beim Verrichten der Notdurft (1 Punkt)
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person die Unterstützung einer anderen Person benötigt, weil sie
 - sich nach dem Stuhlgang nicht alleine säubern kann,
 - ihre Notdurft nur unter Zuhilfenahme einer Bettschüssel verrichten kann,
 - den Darm oder die Blase nur mit fremder Hilfe entleeren kann.

Hilfebedarf liegt nicht vor, wenn allein eine Inkontinenz der Blase oder des Darmes besteht, die durch Verwendung von Kathetern, Windeln oder Einlagen ausgeglichen werden kann, die die versicherte Person selbständig anlegen, wechseln, entleeren und reinigen kann.

Schwere Demenz

Eine schwere Demenz ist charakterisiert durch einen Verlust geistiger Fähigkeiten, der sich auf das Denk-, Erkennungs-, Erinnerungs- und Orientierungsvermögen auswirkt; unter den Versicherungsschutz fallen somit schwere Hirnleistungsstörungen, die durch Unfall oder Erkrankung verursacht wurden, wenn als deren Folge die versicherte Person Beaufsichtigung oder Anleitung bei den Verrichtungen des täglichen Lebens oder kontinuierliche Beaufsichtigung benötigt, weil sie sonst sich oder andere erheblich gefährden würden.

Wenn auf Grund einer körperlichen, geistigen oder psychischen Behinderung oder einer Sinnesbehinderung der ständige Betreuungs- und Hilfsbedarf (Pflegebedarf) voraussichtlich mindestens sechs Monate andauern wird oder würde und der Pflegebedarf durchschnittlich mehr als 160 Stunden Pflege pro Monat beträgt, so gilt die versicherte Person auch als pflegebedürftig im Sinne der Bedingungen (Pflegebedürftigkeit im Sinne des Bundespflegegesetzes).

4.3. Arbeitsunfähigkeit

Als arbeitsunfähig gilt der Versicherte, der nach ärztlichem Befund zufolge objektiv nachweisbarer Krankheit, Körperverletzung (Unfall) oder Zerfalles der geistigen und körperlichen Kräfte vollständig außerstande ist, einen Beruf auszuüben.

Wird der Versicherte während der Prämienzahlungsdauer dieser Zusatzversicherung nach Ablauf der Wartezeit nach § 2 arbeitsunfähig und dauert die Arbeitsunfähigkeit in ununterbrochener Folge länger als 90 Tage, so entfällt die Verpflichtung zur Prämienzahlung für die Hauptversicherung und die eingeschlossenen Zusatzversicherungen. Jeder Tag, für den Anspruch auf Prämienfreiheit besteht, ist mit einem Dreihundertfünfundsechzigstel der Prämienleistung jenes Versicherungsjahres zu bemessen, in das dieser Tag fällt. Teilweise Arbeitsunfähigkeit gibt keinen Anspruch auf Prämienfreiheit. Schwangerschaft und Folgen von normalen Entbindungen gelten nicht als Krankheit im Sinne dieser Bedingungen.

§ 5 Wann beginnt und wann endet ein Anspruch auf Leistung?

5.1. Der Anspruch auf Prämienbefreiung bei Unfallinvalidität wird nach Abschluss der Erhebungen zum Versicherungsfall und Leistungsumfang am folgenden Monatsersten fällig, sofern sich aus § 6 Mitwirkungspflichten nichts anderes ergibt. Für die Wartefrist gilt § 2.

5.2. Der Anspruch auf Prämienbefreiung bei Arbeitsunfähigkeit beginnt mit dem Tag, der auf eine 90-tägige ununterbrochene Arbeitsunfähigkeit folgt, sofern sich aus § 6 Mitwirkungspflichten nichts anderes ergibt. Für die Wartefrist gilt § 2. Prämienanteile, die über diesen Zeitraum hinaus entrichtet wurden, werden in entsprechender Höhe rückerstattet.

5.3. Der Anspruch auf Prämienbefreiung bei Pflegebedürftigkeit wird nach Abschluss der Erhebungen zum Versicherungsfall und Leistungsumfang an dem Monatsersten, der dem Eintritt der Pflegebedürftigkeit folgt, fällig, sofern sich aus § 6 Mitwirkungspflichten nichts anderes ergibt. Für die Wartefrist gilt § 2.

5.4. Der Anspruch auf Leistung endet, wenn Unfallinvalidität, Pflegebedürftigkeit oder Arbeitsunfähigkeit wegfällt, der Versicherte stirbt oder die vertragliche Leistungsdauer abläuft. Die Beendigung der Unfallinvalidität, Pflegebedürftigkeit oder Arbeitsunfähigkeit bzw. das Ableben des Versicherten ist uns schriftlich anzuzeigen. Die Zusatzversicherung erlischt ohne verfügbaren Wert.

§ 6 Was haben Sie zu beachten, wenn Leistungen geltend gemacht werden, und welche Mitwirkungspflichten bestehen?

6.1. Zur Beurteilung und Feststellung der Leistungspflicht können wir nach Eintritt des Versicherungsfalles alle relevanten Auskünfte verlangen.

6.2. Die Versicherungsleistung wird erst fällig, nachdem uns alle zur Beurteilung der Leistungspflicht relevanten Umstände angezeigt wurden.

6.3 Werden Leistungen verlangt, sind uns vorzulegen:

- Bei Unfallinvalidität alle Unterlagen zur Feststellung des Unfallherganges, der Unfallfolgen und den Abschluss des Heilverfahrens.
- Bei Pflegebedürftigkeit Bescheinigung über Beginn, Art und Umfang der Pflegebedürftigkeit.
- Bei Arbeitsunfähigkeit ist ein ausführlicher Bericht des gegenwärtig behandelnden Arztes, aus dem die Art der Erkrankung oder Körperverletzung, die voraussichtliche Dauer und der Tag, ab dem ununterbrochene Arbeitsunfähigkeit besteht, vorzulegen.

6.4. Die anfallenden Kosten zu Abs. 3 sind vom Versicherungsnehmer zu tragen.

6.5. Die untersuchenden und behandelnden Ärzte müssen ermächtigt werden, uns Auskunft zu erteilen. Das gilt auch für Krankenhäuser, Sanatorien, Heilanstalten, Versorgungs- und Fürsorgeämter sowie Versicherungsunternehmen, Sozialversicherungsträger oder ähnliche Einrichtungen.

6.6. Wir können auf unsere Kosten und in unserem Auftrag weitere ärztliche Untersuchungen, zusätzliche Auskünfte, Aufklärungen und Nachweise – auch über die wirtschaftlichen Verhältnisse der versicherten Person und deren Veränderungen – verlangen.

Wir können verlangen, dass diese weiteren ärztlichen Untersuchungen in Österreich vorgenommen werden, auch wenn die versicherte Person ihren ständigen Wohnsitz außerhalb Österreichs hat. Dadurch eventuell entstehende Reise- und Aufenthaltskosten sind vom Anspruchsteller zu tragen.

6.7. Zumutbare Heilbehandlungen oder Therapiemaßnahmen, die die untersuchenden oder behandelnden Ärzte empfehlen, um die Heilung zu fördern oder die Berufsunfähigkeit zu mindern, sind vorzunehmen. Operationen oder sonstige invasive Behandlungen zählen nicht zu den zumutbaren Maßnahmen im Sinne dieser Bedingungen.

6.8. Eine Minderung des Invaliditätsgrades oder Grades der Pflegebedürftigkeit sind uns unverzüglich anzuzeigen. Eine Verringerung des Grades der Arbeitsunfähigkeit oder eine neue berufliche Tätigkeit ist ebenfalls unverzüglich anzuzeigen.

§ 7 Was gilt für die Nachprüfung

7.1. Wir sind berechtigt, das Fortbestehen der Unfallinvalidität, Pflegebedürftigkeit oder Arbeitsunfähigkeit nachzuprüfen. Zur Nachprüfung können wir jederzeit sachdienliche Auskünfte und einmal jährlich auf unsere Kosten eine Untersuchung der versicherten Person durch von uns zu beauftragende Ärzte verlangen.

7.2. Hat sich der Umfang der Pflegebedürftigkeit gemindert, stellen wir die Zahlung ein, wenn die Pflegebedürftigkeit nicht mehr die Kriterien gemäß § 4 Abs. 2 erfüllt. In diesem Fall beginnt jedenfalls wieder die Prämienzahlungspflicht mit dem der Mitteilung folgenden Monatsersten.

7.3. Ergibt die Nachprüfung den Wegfall der Arbeitsunfähigkeit oder Unfallinvalidität, beginnt jedenfalls wieder die Prämienzahlungspflicht mit dem der Mitteilung folgenden Monatsersten.

§ 8 Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?

8.1. Nach Erhalt und Prüfung der für die Leistungsbeurteilung erforderlichen Unterlagen werden wir erklären, ob wir unsere Leistungspflicht anerkennen. Wir können auch ein zeitlich begrenztes Anerkenntnis aussprechen.

8.2. Bis zur Entscheidung über unsere Leistungspflicht sind die Prämien der Hauptversicherung weiter zu bezahlen. Wir werden diese Prämien bei Anerkennung der Leistungspflicht zurückzahlen.

8.3. Der Versicherungsnehmer hat jederzeit das Recht, Informationen über den Stand einer laufenden Leistungsprüfung beim Versicherer einzuholen.

§ 9 Ausschlüsse der Leistungspflicht

Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht weltweit und unabhängig davon, wie und wo es dazu gekommen ist; wir leisten jedoch nicht, wenn die Leistung verursacht wurde:

- Unmittelbar oder mittelbar durch kriegerische Ereignisse oder innere Unruhen, an denen die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat; außerhalb Österreichs gilt die Einschränkung nur für solche kriegerischen Ereignisse, denen die versicherte Person bei Ausübung einer beruflichen oder dienstlichen Tätigkeit ausgesetzt war oder an denen sie aktiv beteiligt war.
- Durch nukleare, biologische, chemische oder durch Terrorismus ausgelöste Katastrophen.
- Durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die versicherte Person.
- Durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit oder Kräfteverfall, absichtliche Selbstverletzung, missbräuchlichen Drogen- und Alkoholkonsum.
- Durch versuchten Selbstmord. Wird uns jedoch nachgewiesen, dass die Tat in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen wurde, werden wir leisten.
- Durch mittelbaren oder unmittelbaren Einflusses ionisierender Strahlen im Sinne des Strahlenschutzgesetzes in der jeweils geltenden Fassung. Soweit die versicherte Person als Arzt oder medizinisches Hilfspersonal diesem Risiko ausgesetzt ist oder wenn eine Bestrahlung zu Heilzwecken durch einen Arzt oder unter ärztlicher Aufsicht erfolgt, werden wir leisten.

Wir sind von der Verpflichtung zur Leistung befreit, wenn die Unfallinvalidität, Pflegebedürftigkeit oder Arbeitsunfähigkeit verursacht wurde in Ausübung einer Tätigkeit als Sonderpilot (z.B. Paragleiter, Hängegleiter, Ballonfahrer, Drachenflieger, Fallschirmspringer), Hubschrauberpilot, Militärpilot, Testpilot, Kunstflugpilot oder in Ausübung eines Motorrennsportes.

§ 10 Anpassung der Risikoprämien

Im Sinne des § 172 VersVG wird der Versicherer im Fall einer bedeutenden, unvorhersehbaren und nicht nur vorübergehenden Veränderung der Risikoeintrittswahrscheinlichkeiten (z.B. Sterbe- oder Berufsunfähigkeitswahrscheinlichkeit) eine Anpassung der Risikoprämien vornehmen. Unvorhersehbar ist eine Veränderung, die der langjährig beobachteten Entwicklung widerspricht und die der Versicherer daher in seiner Kalkulation nicht berücksichtigen konnte. Der Versicherungsnehmer wird vor der beabsichtigten Änderung von der Anpassung rechtzeitig informiert. Im Falle einer Erhöhung der Risikoprämie kann der Versicherungsnehmer eine Herabsetzung des Versicherungsschutzes bei gleichbleibender Prämienhöhe verlangen.

§ 11 Wie und bis wann können Sie bei Meinungsverschiedenheiten Rechte geltend machen?

Sind Sie mit unseren Entscheidungen nicht einverstanden, können Sie binnen drei Jahren nach Zugang unserer Erklärung den Anspruch gerichtlich geltend machen.

Verstreicht diese Frist, ohne dass bei Gericht Klage erhoben wurde, so sind über unsere Anerkennung hinausgehende Ansprüche ausgeschlossen.

§ 11a In welchen Fällen und nach welchen Regeln entscheidet die Ärztekommision die Feststellung des Unfallinvaliditätsgrades?

11a.1. Im Fall von Meinungsverschiedenheiten über Art und Umfang der Unfallfolgen oder darüber, in welchem Umfang die eingetretene Beeinträchtigung auf den Versicherungsfall zurückzuführen ist, entscheidet die Ärztekommision. Auch über die Beeinflussung der Unfallfolgen durch Krankheiten entscheidet die Ärztekommision.

11a.2. In den nach Pkt. 1 der Ärztekommision zur Entscheidung vorbehaltenen Meinungsverschiedenheiten kann der Anspruchsberechtigte innerhalb von 6 Monaten nach Zugang unserer Erklärung Widerspruch erheben und mit Vorlage eines medizinischen Gutachtens unter Bekanntgabe seiner Forderung die Entscheidung der Ärztekommision beantragen.

11a.3. Das Recht, die Entscheidung der Ärztekommision zu beantragen, steht auch uns zu. Über unsere Aufforderung ist der Anspruchsberechtigte verpflichtet, uns die Höhe seiner Forderung bekannt zu geben.

11a.4. Für die Ärztekommision bestimmen der Anspruchsberechtigte und wir je einen in der österreichischen Ärzteliste eingetragenen Arzt mit ius practicandi (Recht zur Berufsausübung). Wenn eine der beiden Parteien innerhalb von zwei Wochen nach Aufforderung in geschriebener Form keinen Arzt benennt, wird dieser von der österreichischen Ärztekammer bestellt. Die beiden Ärzte bestellen einvernehmlich vor Beginn ihrer Tätigkeit einen weiteren Arzt als Obmann, der für den Fall, dass sie sich nicht oder nur zum Teil einigen sollten, im Rahmen der durch die Gutachten der beiden Ärzte gegebenen Grenzen entscheidet. Einigen sich die beiden Ärzte über die Person des Obmannes nicht, wird ein für den Versicherungsfall zuständiger medizinischer Sachverständiger durch die österreichische Ärztekammer als Obmann bestellt.

11a.5. Die versicherte Person ist verpflichtet, sich von den Ärzten der Kommission untersuchen zu lassen und sich jenen Maßnahmen zu unterziehen, die diese Kommission für notwendig hält.

11a.6. Die Ärztekommision hat über ihre Tätigkeit ein Protokoll zu führen; in diesem ist die Entscheidung schriftlich zu begründen. Einigen sich die Ärzte nicht, hat jeder Arzt seine Auffassung im Protokoll gesondert darzustellen. Ist eine Entscheidung durch den Obmann erforderlich, begründet auch er sie in einem Protokoll. Die Akten des Verfahrens werden von uns verwahrt.

11a.7. Die Entscheidung der Ärztekommision ist dann nicht verbindlich, wenn sie offenbar von der wirklichen Sachlage erheblich abweicht. Die Feststellung erfolgt in diesem Fall durch gerichtliches Urteil. Das Gleiche gilt, wenn die Sachverständigen die Feststellung nicht treffen können oder wollen oder sie verzögern.

11a.8. Die Kosten der Ärztekommision werden von ihr festgesetzt und sind im Verhältnis des Obsiegens der beiden Parteien zu tragen. Für den Fall der Anrufung der Ärztekommision wird der Versicherer dem Versicherungsnehmer, nach Bekanntwerden der Forderung durch die versicherte Person und vor Aufnahme der Tätigkeit der Ärztekommision, den maximalen, ihn treffenden Kostenbetrag in geschriebener Form mitteilen. Der Anteil der Kosten, den der Anspruchsberechtigte zu tragen hat, ist mit 5 % der versicherten Summe, höchstens jedoch mit 50 % des strittigen Betrages, begrenzt.

§ 12 Wann können Sie die Zusatzversicherung kündigen?

Sie können die Zusatzversicherung schriftlich kündigen:

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

Die Zusatzversicherung erlischt dann ohne verfügbaren Wert.

§ 13 Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?

13.1. Die Zusatzversicherung bildet mit der Versicherung, zu der sie abgeschlossen wurde (Hauptversicherung), eine Einheit und kann ohne diese nicht fortgesetzt werden. Wenn die Prämie der Hauptversicherung reduziert wird, vermindert sich der Versicherungsschutz aus der Zusatzversicherung im gleichen Ausmaß. Wird die Hauptversicherung in eine prämienfreie Versicherung umgewandelt, erlischt der Versicherungsschutz aus der Zusatzversicherung.

13.2. Der Rückkauf des Zusatztarifes ist nicht möglich. Prämien- und vorübergehende Leistungsfreistellungen richten sich nach dem Haupttarif. Gegebenenfalls kann bei Wiederaufnahme einer neuerlichen Prämienzahlung die Wartezeit neu beginnen.

13.3. Soweit in diesen Versicherungsbedingungen nicht anderes bestimmt, gelten die Versicherungsbedingungen der Hauptversicherung sinngemäß auch für die Zusatzversicherung.

Anhang I

Begriffsdefinitionen für die Zusatzversicherung mit Leistung bei bestimmten Schweren Krankheiten

Der Anspruch auf Versicherungsleistung wird geprüft, wenn ein Facharzt der jeweiligen Fachrichtung bestätigt, dass eine schwere Erkrankung im Sinne dieses Anhangs vorliegt.

1. Herzinfarkt

Herzinfarkt im Sinne der Bedingungen ist eine bleibende Schädigung oder der Untergang eines Teiles des durch die Koronararterien (Herzkranzgefäße) versorgten Herzmuskelgewebes infolge unzureichender Blutzufuhr. Es besteht Leistungspflicht, wenn alle folgenden Nachweise vorliegen:

- charakteristische, plötzlich einsetzende starke Brustschmerzen in der Vorgeschichte;
- neu auftretende, für einen Herzinfarkt typische EKG-Veränderungen;
- eindeutig nachgewiesene Erhöhung von herzspezifischen Enzymen (z.B. CPK, CKMB, LDH), Myoglobin oder Troponin I oder Troponin T;

Nicht unter den Versicherungsschutz fallen: ein stummer Herzinfarkt; ein Herzinfarkt, der ohne ST-Hebung verläuft (NSTEMI); andere akute Koronarsyndrome.

Der Anspruch auf Versicherungsleistung entsteht mit der gesicherten kardiologisch-internistischen Diagnose.

2. Bypass-Operation der Koronararterien

Eine Bypass-Operation im Sinne der Bedingungen ist die Durchführung einer Operation unter Eröffnung des Brustraumes zur Korrektur von Verengung oder Verschluss von mindestens 2 Koronararterien mittels koronarer Bypasstransplantate. Die medizinische Notwendigkeit der Operation muss durch einen Kardiologen bestätigt und durch eine Koronarangiographie nachgewiesen sein.

Angioplastie (PTCA) und/oder andere intraarterielle Therapieverfahren sowie die minimal-invasive Chirurgie fallen nicht unter den Versicherungsschutz.

Der Anspruch auf Versicherungsleistung entsteht mit Abschluss einer erfolgreichen Operation. Es besteht jedoch kein Anspruch auf Versicherungsleistung, wenn die Operation innerhalb von 3 Monaten nach Beginn des Versicherungsschutzes erfolgt. Diese Wartefrist gilt bei Erhöhung des Versicherungsschutzes für den zusätzlichen Versicherungsschutz erneut.

3. Krebs

Krebs im Sinne dieser Bedingungen ist das Vorliegen eines oder mehrerer Tumore, die durch mikroskopische Gewebeuntersuchung (Histologie) als bösartig klassifiziert wurden und durch unkontrolliertes Wachstum, Ausbreitung maligner (bösartiger) Zellen und durch Infiltration in normales Gewebe charakterisiert werden. Sollte eine Histologie nicht möglich sein, muss die Bösartigkeit durch eine andere schulmedizinisch anerkannte Untersuchungsmethode nachgewiesen sein.

Unter Krebs fallen auch die Tumorformen des Blutes, der blutbildenden Organe und des Lymphsystems einschließlich Leukämie, Lymphome und Morbus Hodgkin.

Es besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistung, wenn der Krebs innerhalb von 3 Monaten nach Beginn des Versicherungsschutzes diagnostiziert wird. Diese Wartefrist gilt bei Erhöhung des Versicherungsschutzes für den zusätzlichen Versicherungsschutz erneut.

Frühformen von Krebserkrankungen fallen nicht unter den Versicherungsschutz:

- Morbus Hodgkin und Non-Hodgkin-Lymphome der Klasse 1 (Ann-Arbor-Klassifikation)
- Frühformen der Leukämie (ausgenommen: chronisch lymphatische Leukämie), wenn keine generalisierte Ausbreitung von Leukämiezellen im Blut vorliegt.
- Chronisch lymphatische Leukämie mit Schweregrad unterhalb von RAI Klasse 1 oder Binet Klasse A-1

- Carcinoma in situ oder praemaligne Formen
 - Frühformen des Muttermundkrebses aller CIN-Stadien oder nach PAP-Klassifikation PAP-1 bis PAP-4
 - Frühformen des Prostatakrebses der histologisch nachgewiesenen TNM-Klassifikation T1 (einschließlich T1(a), T1(b), T1(c) oder einer anderen vergleichbaren Klassifikation)
 - maligne Melanome der TNM-Klassifikation T1aN0M0, T1bN0M0, T2aN0M0, sowie Basalzell- oder Spindelzellkarzinome
 - alle Tumore bei gleichzeitig bestehender HIV-Infektion.
- Der Anspruch auf Versicherungsleistung entsteht mit der histologisch gesicherten onkologischen Diagnose.

4. Schlaganfall, zerebrovaskulärer Insult, Apoplex (Gehirnschlag, Apoplexie)

Zerebrovaskulärer Insult mit dem plötzlichen Auftreten neurologischer Ausfallerscheinungen, die mehr als 24 Stunden andauern. Der Insult schließt eine Infarzierung von Hirngewebe, Blutung oder Embolie aus extrakranieller Quelle ein. Die Diagnose muss ferner durch typische Befunde in der Computer- oder Kernspintomographie des Gehirns untermauert sein. Die neurologischen Ausfälle müssen über einen Zeitraum von mindestens 3 Monaten anhalten.

Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind vorübergehende Hirndurchblutungsstörungen (transiente ischämische Attacken, sog. TIAs), traumatische Hirnschädigungen, lakunäre Infarkte ohne neurologische Defizite und migränebedingte neurologische Ausfallerscheinungen.

Der Anspruch auf Versicherungsleistung entsteht, wenn ein Facharzt der jeweiligen Fachrichtung bestätigt, dass die neurologischen Ausfallerscheinungen über einen Zeitraum von 3 Monaten bestanden haben.

5. Chronisches Nierenversagen

Chronisches Nierenversagen im Sinne der Bedingungen bedeutet endgültiges, nicht mehr zu behebendes Versagen beider Nieren, auf Grund dessen eine regelmäßige Dialyse oder eine Nierentransplantation notwendig ist.

Der Anspruch auf Versicherungsleistung entsteht mit der fachärztlich gesicherten Indikation zur Dialyse oder 30 Tage nach erfolgreich verlaufener Transplantation.

6. Organtransplantation

Organtransplantation im Sinne der Bedingungen ist die Durchführung einer Transplantation von Herz, Leber, Lunge, Bauchspeicheldrüse, Niere, Dünndarm oder Knochenmark bei der versicherten Person als Organempfänger.

Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind Transplantationen aller anderen Organe, von Organteilen oder andere Gewebetransplantationen.

Der Anspruch auf Versicherungsleistung entsteht 30 Tage nach Abschluss einer erfolgreichen Transplantation.

7. Querschnittslähmung

Querschnittslähmung im Sinne der Bedingungen ist vollständiger und dauerhafter Verlust der Funktionsfähigkeit von 2 oder mehr Extremitäten infolge einer durch Unfall oder Krankheit verursachten Unterbrechung der nervalen Versorgung durch das Rückenmark. Die Lähmungen müssen über einen Zeitraum von mindestens 3 Monaten anhalten.

Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind Lähmungen auf Grund eines Guillain-Barré-Syndroms.

Der Anspruch auf Versicherungsleistung entsteht, wenn ein Facharzt für Neurologie bestätigt, dass die Lähmungen über einen Zeitraum von 3 Monaten bestanden haben.

8. Blindheit

Blindheit im Sinne der Bedingungen ist vollständiger, bleibender und nicht mehr therapierbarer Verlust des Sehvermögens beider Augen infolge Krankheit oder Unfall. Die Diagnose muss durch einen Facharzt für Augenheilkunde gestellt und durch spezifische Tests abgesichert werden.

9. Operation an der Aorta

Eine Operation an der Aorta im Sinne dieser Bedingungen ist der teilweise operative Ersatz der Brust- oder Bauchaorta auf Grund einer chronischen Erkrankung der Aorta.

Nicht unter den Versicherungsschutz fallen Operationen an von der Brust- oder Bauchaorta abgehenden Gefäßen (Aortenäste).

Der Anspruch auf Versicherungsleistung entsteht nach Abschluss einer erfolgreichen Operation. Es entsteht jedoch kein Anspruch auf Versicherungsleistung, wenn die Operation innerhalb von 3 Monaten nach Beginn des Versicherungsschutzes durchgeführt wird. Diese Wartefrist gilt bei Erhöhung des Versicherungsschutzes für den zusätzlichen Versicherungsschutz erneut.

10. Herzklappenersatz

Operativer Ersatz einer oder mehrerer Herzklappen durch künstliche Klappen. Das schließt den Ersatz der Aorten-, Mitralklappen, Trikuspidal- oder Pulmonalklappen durch künstliche Klappen wegen einer Stenose, einer Insuffizienz oder einer Kombination beider Erkrankungen ein.

Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind Herzklappenkorrektur, Valvulotomie und Valvuloplastik.

Der Anspruch auf Versicherungsleistung entsteht mit Abschluss einer erfolgreichen Operation. Die Zahlung wird nur beim ersten Eingriff fällig.

11. Gutartiger (benigner) Hirntumor

Entfernung einer nichtkarzinomatösen Gewebswucherung im Gehirn unter Allgemeinnarkose, was zu bleibenden neurologischen Ausfallerscheinungen oder, falls der Tumor inoperabel ist, ebenfalls zu bleibenden neurologischen Ausfallerscheinungen führt. Die Diagnose muss durch einen Facharzt für Neurologie oder Neurochirurgie gestellt und durch typische Befunde in der Computer- oder Kernspintomographie des Gehirns bestätigt werden. Ausdrücklich ausgeschlossen sind alle Zysten, Granulome, Fehlbildungen der Hirnarterien oder Hirnvenen, Hämatome und Tumoren in der Hirnanhangdrüse (Hypophyse) oder Wirbelsäule.

Der Anspruch auf die Versicherungsleistung entsteht, wenn der Facharzt bestätigt, dass die neurologischen Ausfallerscheinungen über einen Zeitraum von 3 Monaten bestanden haben.

12. Taubheit/Hörverlust

Taubheit im Sinne der Bedingungen ist vollständiger, irreversibler und nicht therapierbarer Verlust der Hörfähigkeit an beiden Ohren infolge Unfall oder Krankheit. Die Diagnose muss durch einen Facharzt für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde (HNO-Facharzt) gestellt und durch eine Audiometrie bestätigt werden.

13. Verlust der Stimme und der Sprechfunktion

Darunter versteht man einen totalen und irreversiblen Verlust der Sprechfähigkeit aufgrund einer physikalischen Schädigung der Stimmbänder. Die Schädigung kann durch Unfall oder Krankheit hervorgerufen werden. Die Erkrankung muss über mindestens 6 Monate medizinisch dokumentiert sein. Der psychogene Sprachverlust ist von der Deckung ausgeschlossen. Der Anspruch auf die Versicherungsleistung entsteht, wenn der Facharzt bestätigt, dass der Sprachverlust über einen Zeitraum von 6 Monaten bestanden hat
Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen ist psychogener Sprachverlust.

14. Multiple Sklerose

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

Der Anspruch auf Versicherungsleistung entsteht, wenn

- nachgewiesen wird, dass neurologische Störungen über einen Zeitraum von mindestens 6 Monaten bestanden haben, oder
- neurologische Störungen in Form von 2 Schüben, die in einem zeitlichen Mindestabstand von einem Monat aufgetreten sind, oder
- neurologische Störungen, die in Form eines Schubes kombiniert mit charakteristischen Befunden in der Rückenmarksflüssigkeit sowie spezifischen Befunden in der Kernspintomographie aufgetreten sind.

Die Diagnose muss durch einen Facharzt für Neurologie anhand der typischen Symptome der Demyelinisierung (Nervenmarkabbau) und der Beeinträchtigung der sensorischen und motorischen Funktionen nachgewiesen werden. Außerdem müssen sich in der Kernspintomographie die für die Multiple Sklerose typischen Veränderungen nachweisen lassen.

15. Parkinson-Krankheit

Eingeschlossen ist eine eindeutig diagnostizierte idiopathische oder primäre Parkinson Krankheit. Alle anderen Formen des Parkinsonismus sind ausgeschlossen. Die Diagnose muss vor dem 65. Lebensjahr durch einen Facharzt für Neurologie an einer anerkannten Klinik erfolgen. Die Erkrankung muss zu einer bleibenden Unfähigkeit führen, drei oder mehr Alltagsaktivitäten – baden, an- und entkleiden, persönliche Hygienemaßnahmen, Mobilität, Kontinenz, essen/trinken und Einnahme von Medikamenten – unabhängig zu verrichten, oder zu dauerhafter Bettlägerigkeit und zur Unfähigkeit, ohne fremde Hilfe aufzustehen. Diese Voraussetzungen müssen über mindestens 3 Monate medizinisch dokumentiert sein. Der Anspruch auf Versicherungsleistung entsteht, wenn der Facharzt bestätigt, dass die Parkinson-Krankheit über einen Zeitraum von 3 Monaten bestanden hat.

16. Fortgeschrittene Demenz einschließlich Alzheimersche Krankheit, vor dem 65. Lebensjahr

Demenz einschließlich Alzheimersche Krankheit, im Sinne der Bedingungen bedeutet den Verlust geistiger Fähigkeiten, die sich auf das Denk-, Erkennungs-, Erinnerungs- und Orientierungsvermögen auswirken und zu einer schweren Einschränkung der Alltagskompetenz führen.

Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen ist der Verlust geistiger Fähigkeiten, wenn er auf psychischen Störungen beruht.

Der Anspruch auf Versicherungsleistung entsteht, wenn nachgewiesen wird, dass

- die versicherte Person Beaufsichtigung oder Anleitung bei den Verrichtungen des täglichen Lebens benötigt, da sie ansonsten sich selbst oder andere erheblich gefährden würde;
- die Erkrankung bereits über einen Zeitraum von mindestens 3 Monaten bestanden hat und voraussichtlich dauerhaft bestehen wird.

Die Diagnose muss von einem Facharzt für Neurologie an einer anerkannten Klinik gestellt und durch neuroradiologische Untersuchungen – z.B. Computer-, Kernspintomographie oder Transmissionselektronenmikroskopie – sowie durch anerkannte Standardtestverfahren abgesichert werden.

17. Koma

Koma im Sinne der Bedingungen ist ein Zustand tiefer Bewusstlosigkeit ohne Reaktion auf äußere Reize und innere Bedürfnisse, der den Einsatz lebenserhaltender Geräte über einen Zeitraum von mindestens 96 Stunden erforderlich macht. Als Langzeitfolgen müssen dauerhafte, nicht mehr behebbar neurologische Ausfallerscheinungen bestehen bleiben.

Der Anspruch auf Versicherungsleistung entsteht, wenn ein Facharzt für Neurologie bestätigt, dass die neurologischen Ausfallerscheinungen über einen Zeitraum von 3 Monaten bestanden haben.

18. Chronisches Leberversagen/Leberzirrhose

Chronisches Leberversagen im Sinne der Bedingungen bedeutet stark fortgeschrittene Lebererkrankung, die zur Zirrhose führt und das Stadium B oder C der Child-Pugh-Klassifikation erreicht hat.

Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen ist das Stadium A der Child-Pugh-Klassifikation.

Der Anspruch auf Versicherungsleistung entsteht, wenn die Diagnose durch einen Facharzt für Gastroenterologie gestellt und durch entsprechende Laborbefunde bestätigt wird.

19. Enzephalitis

Gehirnentzündung der Großhirnhälfte, des Hirnstammes oder des Kleinhirns im Zusammenhang mit viralen oder bakteriellen Infektionen mit Bestätigung der Diagnose durch einen Facharzt für Neurologie an einer anerkannten Klinik und durch spezifische Untersuchungsergebnisse – z.B. Blut- und Liquoruntersuchung, Computer- oder Kernspintomographie des Gehirns. Die Erkrankung muss zu einer bleibenden Unfähigkeit führen, 3 oder mehr Alltagsaktivitäten – baden, an- und entkleiden, persönliche Hygienemaßnahmen, Mobilität, Kontinenz, essen/trinken und

Einnahme von Medikamenten – unabhängig zu verrichten, oder zu dauerhafter Bettlägerigkeit und zur Unfähigkeit, ohne fremde Hilfe aufzustehen. Diese Voraussetzungen müssen über mindestens 3 Monate medizinisch dokumentiert sein. Der Anspruch auf Versicherungsleistung entsteht, wenn der Facharzt bestätigt, dass die neurologischen Ausfallerscheinungen über einen Zeitraum von 3 Monaten bestanden haben.

20. Meningitis: Bakterielle Hirnhautentzündung

Entzündung der Hirn- oder Rückenmarkshäute, die durch eine eindeutige Diagnose eines Facharztes für Neurologie, der an einer anerkannten Klinik arbeitet, bestätigt und durch spezifische Untersuchungsergebnisse gesichert wurde - z. B. Blut- und Liquoruntersuchung, Computer- oder Kernspintomographie des Gehirns. Die Entzündung muss zu einer bleibenden Unfähigkeit führen, 3 oder mehr Alltagsaktivitäten – baden, an- und entkleiden, persönliche Hygienemaßnahmen, Mobilität, Kontinenz, essen/trinken und Einnahme von Medikamenten – unabhängig zu verrichten, oder zu dauerhafter Bettlägerigkeit und zur Unfähigkeit, ohne fremde Hilfe aufzustehen. Diese Voraussetzungen müssen über mindestens 3 Monate medizinisch dokumentiert sein. Der Anspruch auf die Leistung entsteht, wenn der Facharzt bestätigt, dass die neurologischen Ausfallerscheinungen über einen Zeitraum von 3 Monaten bestanden haben.

21. Systemischer Lupus erythematoses (SLE)

Eine Autoimmunkrankheit, bei der Gewebe und Zellen durch die Ablagerung pathologischer Autoantikörper und Immunkomplexe geschädigt werden. SLE im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die Nieren betroffen sind. Die Nierenfunktion der versicherten Person muss aufgrund des SLE beeinträchtigt sein. Sie muss als Lupus-Nephritis Klasse III bis Klasse VI gemäß der Klassifikation der Ergebnisse der Nierenbiopsie durch die WHO klassifiziert worden sein. Andere Arten des Lupus, z. B. Lupus erythematoses discoides, oder jene Formen, die nur Blut und Gelenke betreffen, sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen. Der Anspruch auf Versicherungsleistung entsteht, wenn die Diagnose von einem in Rheumatologie und Immunologie spezialisierten Facharzt bestätigt und anhand eines histologischen Befundberichts belegt wird.

WHO-Klassifikation der Lupus-Nephritis:

- WHO I: normale Glomeruli
- WHO II: ausschließlich mesangiale Veränderungen
- WHO III: fokal-segmentale oder fokal-proliferative Glomerulonephritis
- WHO IV diffus-proliferative Glomerulonephritis
- WHO V: diffus-membranöse Glomerulonephritis
- WHO VI: fortgeschrittene sklerosierende Glomerulonephritis

22. HIV-Infektion als Folge einer Bluttransfusion

Wenn bei einer versicherten Person eine HIV-Infektion oder das erworbene Immunschwächesyndrom (AIDS) als Folge einer Bluttransfusion diagnostiziert wird, entsteht der Anspruch auf Leistung nur dann, wenn die folgenden drei Kriterien ausnahmslos erfüllt sind:

- Die HIV-Infektion ereignete sich bei einer medizinisch erforderlichen Bluttransfusion, die nach Abschluss der Versicherungspolize verabreicht wurde.
- Die Institution, in der die Bluttransfusion stattfand, muss dafür die Haftung übernehmen.
- Die versicherte Person darf nicht an Hämophilie leiden, d. h. kein Bluter sein.

23. HIV-Infektion als Folge eines Unfalls im Rahmen der beruflichen Tätigkeit

Die versicherte Person zieht sich bei einem Unfall im Rahmen ihrer Berufsausübung eine HIV-Infektion zu. Jeder Arbeitsunfall, bei dem es zu einer HIV-Infektion gekommen sein könnte, muss dem Versicherer innerhalb von 7 Tagen mit einem detaillierten Bericht über den Unfallhergang gemeldet werden. Darüber hinaus muss unmittelbar nach dem Vorfall ein HIV-Test bei der versicherten Person durchgeführt werden; das Ergebnis muss negativ sein, was bedeutet, dass zum Zeitpunkt des Unfalls bei der versicherten Person höchstwahrscheinlich keine HIV-Infektion vorlag. Wenn sich dann innerhalb von 6 Monaten ein positives Testergebnis zeigt, das eine HIV-Infektion bestätigt, kann der Anspruch auf Leistung geltend gemacht werden.

Folgende Berufe sind erfasst:

Ärzte und Zahnärzte	Krankenhausthilfpersonal
Arzt- / Zahnarthelfer	Hebammen
Personal in medizinischen Einrichtungen	Sanitäter
Krankenschwestern/ -pfleger	Feuerwehrleute
Küchenpersonal im Krankenhaus	Polizisten
Reinigungspersonal im Krankenhaus	Gefängnispersonal
Wäschereipersonal im Krankenhaus	

24. Schwere Verbrennungen

Verbrennungen dritten Grades, die sich über mindestens 20 % der Körperoberfläche der versicherten Person erstrecken. Die Diagnose muss von einem Facharzt gestellt und mithilfe entsprechender Ergebnisse auf der Lund-Browder-Grafik oder einer gleichwertigen Verbrennungsskala bestätigt werden.

25. Gliedmaßenverlust

Komplette und nicht mehr rückgängig zu machende Abtrennung von 2 oder mehr Gliedmaßen, sei es oberhalb des Hand- oder Ellbogengelenks oder oberhalb des Sprung- oder Kniegelenks. Die Amputation kann sich im Rahmen eines Unfalls ereignen oder nach einem Unfall bzw. wegen einer Krankheit medizinisch erforderlich werden. Bestätigt werden muss der Gliedmaßenverlust von einem Facharzt.

Anhang II

Prämienberechnung für Nichtraucher in der Ablebensrisiko-Zusatzversicherung

1. Für die Prämienberechnung werden die Risikoklassen Nichtraucher und Raucher gebildet. Wenn aufgrund der Angaben im Antrag die Prämie nach der Risikoklasse Nichtraucher kalkuliert wurde, sind die Absätze 2 bis 4 bei der Prämienkalkulation anzuwenden.
2. Als Nichtraucher gilt, wer zumindest in den vergangenen 12 Monaten vor Vertragsabschluss keine Zigaretten konsumiert hat und auch beabsichtigt, in Zukunft Nichtraucher zu bleiben.
3. Wird eine der versicherten Personen nach Vertragsabschluss Raucher, sind Sie als Versicherungsnehmer – neben den versicherten Personen – verpflichtet, uns davon unverzüglich in geschriebener Form zu informieren. Ab dem auf den Zugang der Meldung folgenden Monatsersten ist dann die höhere Prämie für Raucher zu bezahlen. Wurden im Antrag unrichtige Angaben zum Rauchen gemacht oder ist die nachträgliche Meldung unterblieben, vermindert sich die Versicherungssumme im Leistungsfall auf den Betrag, der sich bei Vertragsabschluss für die gleiche Prämie für Raucher ergeben hätte.
4. Wir sind berechtigt, während der Vertragsdauer nachzufragen, ob die versicherte Person weiterhin Nichtraucher ist. Wir können auch – höchstens alle zwei Jahre – eine medizinische Überprüfung des Nichtraucherstatus auf unsere Kosten verlangen. Erteilen Sie uns die gewünschte Auskunft nicht oder lässt die versicherte Person die Untersuchung nicht durchführen, ist nach Ablauf einer Frist von mindestens 2 Wochen die höhere Prämie für Raucher zu bezahlen.

Anhang III Gebührenblatt¹ Stand 12/2017

Für die Abgeltung von Mehraufwendungen, die durch Ihr Verhalten veranlasst worden sind, verrechnen wir folgende Gebühren:

Tätigkeit	EUR
Ausstellung von Ersatzurkunden und Duplikaten (Ausnahme: Neuansträge)	15,00
Einzahlungsbestätigungen	10,00
Unterjährige Kontoauszüge (FLV)	10,00
Polizzenvorauszahlung (Bearbeitung Neuanstrag)	25,00
Sicherstellung: Vinkulierung, Verpfändung, Abtretung	
a) Bei Neuanstrag und gleichzeitiger Beantragung eines Drittrechtes	0,00
b) Nach Polizzierung (umfasst ua. Einrichtung, Bearbeitung, Korrespondenz)	25,00
Reaktivierung des LV-/FLV-Vertrages nach 1 Jahr (Wiederinkraftsetzung)	10,00
Shift (= Umschichtungen des Depots):	
a) 1. Wechsel pro Monat	0,00
b) 2. und 3. Wechsel pro Monat	10,00
Spezialauskünfte ² (beinhalten umfangreiche u zeitintensive Tätigkeiten; Spezialisten u/o mehrere Abteilungen sind involviert)	
a) Spezialauskünfte klein Beispiele (nicht abschließend): Wertzuwachs in einem Jahr, Leistungsunterschied Frau/Mann, Produkterklärungen, Begründung Risikozuschlag, etc.	100,00
b) Spezialauskünfte groß Beispiele (nicht abschließend): Aufstellung jährliche Depotentwicklung, Anfrage zu Wertentwicklungen, Anfrage zu prognostizierten Ablaufberechnungen, Auflistung der monatlich gekauften Anteile, etc.	200,00
Mahnkosten, alle Mahnstufen je:	9,00

Wertsicherung der Gebühren

Es wird ausdrücklich Wertbeständigkeit der betragsmäßig festgelegten Gebühren vereinbart. Als Maß zur Berechnung der Wertbeständigkeit dient der von Statistik Austria monatlich verlaubliche Verbraucherpreisindex 2015 (Basisjahr 2015) oder ein an seine Stelle tretender Index.

Als Bezugsgröße für diesen Vertrag dient die für den Monat Dezember 2017 errechnete endgültige Indexzahl. Schwankungen der Indexzahl nach oben oder unten bis ausschließlich 5% bleiben unberücksichtigt. Angepasste Gebühren werden auf ganze Eurobeträge kaufmännisch gerundet.

Die Wertsicherung erfolgt jeweils zum ersten Jänner eines Kalenderjahres. Der Änderungsfaktor ergibt sich jeweils aus dem Vergleich von Monat zu Monat, beginnend mit VPI/2015, Stand: 12/2017.

Wird unsererseits keine Wertsicherung durchgeführt, ist dies nicht als Verzicht auf zukünftige Wertsicherungen zu werten.

¹ Wir haben uns bei der Bemessung der Pauschale an dem bei uns regelmäßig entstehenden Aufwand orientiert. Sofern Sie uns nachweisen, dass die der Bemessung zugrunde liegenden Annahmen in Ihrem Fall dem Grunde nach nicht zutreffen, entfällt die Pauschale. Sofern Sie uns nachweisen, dass die Pauschale der Höhe nach wesentlich niedriger zu beziffern ist, wird sie entsprechend herabgesetzt.

Wir behalten uns vor, die aufgelisteten Tätigkeiten, auf die Sie nach VersVG keinen gesetzlichen Anspruch haben, abzulehnen.

² Wir werden Sie bei einer Anfrage Ihrerseits vor unserem Tätigwerden benachrichtigen und Ihre vorherige Zustimmung einholen. Weiters behalten wir uns die Ablehnung von Spezialauskünften vor (siehe ¹).