

**Allgemeine Versicherungsbedingungen
zur Hauptversicherung Fondsgebundene Lebensversicherung und
Versicherungsbedingungen zu den Zusatzversicherungen**

Gültig ab 06/2022

Inhaltsverzeichnis – Allgemeine Versicherungsbedingungen zur Fondsgebundenen Lebensversicherung

- § 1 Was ist bei der Antragstellung zu beachten?
- § 2 Welche Bedeutung haben Ihre Antworten auf unsere Antragsfragen?
- § 3 Was bedeutet die obligatorische Zusatzversicherung?
- § 4 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?
- § 5 Was ist bei der Prämienzahlung wichtig?
- § 6 Was geschieht, wenn Sie eine Prämie nicht rechtzeitig bezahlen?
- § 7 Wie berechnet sich Ihre Prämie und welche Kosten und Gebühren fallen an?
- § 8 Wann können Sie den Versicherungsvertrag kündigen?
- § 9 Wann können Sie den Versicherungsvertrag in eine prämienfreie Versicherung umwandeln?
- § 9b Was ist bei einer planmäßigen Erhöhung (Dynamik) der Prämien zu beachten?
- § 10 Was ist eine fondsgebundene Veranlagung?
- § 11 Welche Änderungen der Veranlagungsstrategie sind möglich?
- § 12 Stichtage für die fondsgebundene Veranlagung
- § 13 Sonderabwicklung bei bestimmten Vertragsänderungen
- § 14 Welche Leistungen erbringen wir im Versicherungsfall?
- § 14b Wie sind Sie am Gewinn beteiligt?
- § 15 Wer erhält die Versicherungsleistung?
- § 16 Was gilt bei Verpfändung, Abtretung und Vinkulierung?
- § 17 Wie lange können Ansprüche geltend gemacht werden (Verjährung)?
- § 18 Aufsichtsbehörde
- § 19 Beschwerdestellen
- § 20 Angaben zur Steuerpflicht (FATCA)
- § 21 Angaben zur Steueransässigkeit (Gemeinsamer Meldestandard-Gesetz GMSG)
- § 22 Angaben zum wirtschaftlichen Eigentümer (Finanzmarkt-Geldwäschegesetz)
- § 23 Anwendbares Recht und Gerichtsstand
- § 24 Erfüllungsort

Versicherungsbedingungen für die Zusatzversicherungen

- I Versicherungsbedingungen für die Ablebensrisikoversicherung
- II Versicherungsbedingungen zur Berufsunfähigkeitsversicherung, Berufsunfähigkeitspension
- III Versicherungsbedingungen zur Berufsunfähigkeitsversicherung, Prämienbefreiung bei Berufsunfähigkeit
- IV Versicherungsbedingungen zur Überlebensversicherung, Prämienbefreiung
- V Versicherungsbedingungen für die Zusatzversicherung Ableben 10 Prozent
- VI Versicherungsbedingungen Prämienbefreiung bei Unfallinvalidität, Pflegebedürftigkeit und Arbeitsunfähigkeit

Anhang I Prämienberechnung für Nichtraucher in der Ablebensrisiko-Zusatzversicherung

Allgemeine Versicherungsbedingungen zur Hauptversicherung Fondsgebundene Lebensversicherung

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

Ablebensfall	Fall des Ablebens der versicherten Person.
Ablösekapital	Einmalige Kapitalleistung im Erlebensfall anstelle einer laufenden Pensionszahlung.
Ansparphase / Aufschubphase	Ist der Zeitraum bis zum Ende der vereinbarten Versicherungsdauer.
Bezugsberechtigter	Ist die Person, die für den Empfang der Leistung des Versicherers benannt ist.
Deckungsrückstellung (Depotwert)	Bei der fondsgebundenen Veranlagung bilden die zugrunde liegenden Fondsanteile die Deckungsrückstellung (den Depotwert). Wir ermitteln deren Geldwert, indem wir die Anzahl der Fondsanteile je Fonds mit dem uns am Stichtag zur Verfügung gestellten Kurswert multiplizieren.
Erlebensfall	Das Erleben des Endes der Aufschubphase (Ansparphase).
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.
Nettoinventarwert (NAV)	Dies ist der errechnete Wert eines Investmentfondsanteils. Er ergibt sich, wenn das gesamte Fondsvolumen durch die Anzahl der in Umlauf befindlichen Anteile dividiert wird.
Prämie	Ist das 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. verminderte Kapitalablässe.
Rückkaufswert	Leistung des Versicherers, wenn der Vertrag vorzeitig gekündigt ("rückgekauft") wird. Die Rückkaufswerte zum Ende eines jeden Versicherungsjahres sind aus der am Antrag und in der Versicherungspolize enthaltenen Rückkaufswerttabelle ersichtlich.
Tarif/Geschäftsplan	Detaillierte Aufstellungen 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 Fonds.
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	Ist der Vertragspartner des Versicherers und Träger der Rechte und Pflichten aus dem Versicherungsvertrag.
Versicherungstechnisches Risiko	Ein wesentliches versicherungstechnisches Risiko ist vorhanden, solange im Mittel während der Versicherungsdauer ein Risikokapital von 5 % der vereinbarten Prämiensumme bzw. von 10 % der Einmalprämien enthalten ist. Das Risikokapital muss dabei während der halben Versicherungsdauer positiv sein.
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 zumindest über die Hälfte der Versicherungsdauer prämienpflichtig aufrecht sein (siehe § 3).

§ 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 der obligatorischen Zusatzversicherung (siehe § 3). Im Antrag müssen alle Tatsachen angegeben werden, die für die Übernahme des Risikos bedeutend sind.
- 1.2. Vertragsgrundlagen sind Ihr Antrag, die Versicherungspolize und die Versicherungsbedingungen. Die Versicherungsbedingungen bestehen aus den Allgemeinen Versicherungsbedingungen zur Hauptversicherung, den Besonderen Versicherungsbedingungen zur fondsgebundenen Lebensversicherung und den Besonderen Bedingungen zu möglichen Zusatzversicherungen.

§ 2 Welche Bedeutung haben Ihre Antworten auf unsere Antragsfragen?

- 2.1. Bei Vertragsabschluss sind uns alle bekannten Umstände, die für die Übernahme des Risikos erheblich sind und nach denen wir in geschriebener Form nachfragen, anzuzeigen. Wir übernehmen den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, dass Sie alle mit dem Antrag verbundenen Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten.
- 2.2. Werden Fragen schuldhaft unrichtig oder unvollständig beantwortet (Verletzung der Anzeigepflicht), können wir innerhalb von drei Jahren seit Abschluss oder Wiederherstellung vom Versicherungsvertrag zurücktreten. Im Falle einer risikoe erhöhenden Änderung können wir innerhalb von drei Jahren nur von dieser Änderung zurücktreten. Wir können den Rücktritt nur innerhalb eines Monats ab Kenntnis der Unrichtigkeit oder Unvollständigkeit der Angaben erklären.

Wir können nicht vom Vertrag zurücktreten, wenn

- wir von der Unrichtigkeit oder Unvollständigkeit der Angaben bei Antragstellung Kenntnis hatten, oder
- der verschwiegene Umstand keinen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalles hatte.

- 2.3. Bei arglistiger Täuschung können wir jederzeit vom Vertrag zurücktreten oder diesen anfechten.
- 2.4. Wir verzichten auf die in § 41 Versicherungsvertragsgesetz (VersVG) vorgesehenen Rechte, die Prämien anzupassen oder den Vertrag zu kündigen, wenn die Anzeigepflicht ohne Verschulden verletzt wurde.
- 2.5. Wenn wir vom Vertrag zurücktreten, erlischt der Vertrag und es wird – sofern vorhanden – der Rückkaufswert ausbezahlt. Haben wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles erklärt, bleibt unsere Leistungspflicht nur sofern und soweit bestehen, als uns nachgewiesen wird, dass die Verletzung der Anzeigepflicht keinen Einfluss auf den Eintritt des

Versicherungsfalles hatte. Wenn wir den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anfechten, erlischt der Vertrag und wir werden jedenfalls leistungsfrei.

§ 3 Was bedeutet die obligatorische Zusatzversicherung?

In der Ansparphase muss, um das versicherungstechnische Risiko abzudecken, mindestens einer der in Folge angeführten Zusatzversicherungen prämienspflichtig eingeschlossen sein.

- Ableben 10 Prozent
- Ablebensrisikozusatzversicherung
- Berufsunfähigkeitspension
- Prämienbefreiung bei Berufsunfähigkeit
- Prämienbefreiung Überlebensversicherung
- Überlebensversicherung
- Prämienbefreiung bei Unfallinvalidität, Pflegebedürftigkeit und Arbeitsunfähigkeit

Die vereinbarten Zusatzversicherungen bilden mit der Hauptversicherung, zu der sie abgeschlossen wurden, eine Einheit.

Eine Prämienfreistellung oder Kündigung einer Zusatzversicherung führt, wenn das versicherungstechnische Risiko dann nicht mehr gegeben ist, automatisch zur Prämienfreistellung der Hauptversicherung. Besteht das versicherungstechnische Risiko weiter, wird der Hauptvertrag weitergeführt. Eine Vertragsänderung, ausgenommen Prämienfreistellung oder Kündigung, der Zusatzversicherung bedarf unserer schriftlichen Zustimmung.

Wird die Hauptversicherung schriftlich gekündigt, werden die Zusatzversicherungen weitergeführt und die Versicherungsbedingungen bleiben aufrecht. Ausgenommen von dieser Regelung ist Ableben 10 Prozent.

§ 4 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

Der beantragte Versicherungsschutz beginnt, sobald wir die Annahme Ihres Antrages schriftlich oder durch Zustellung der Versicherungspolize erklären und Sie die erste oder einmalige Prämie rechtzeitig bezahlt haben (siehe auch § 6). Vor dem in der Versicherungspolize angegebenen Versicherungsbeginn besteht kein Versicherungsschutz.

§ 5 Was ist bei der Prämienzahlung wichtig?

- 5.1. Die Prämien sind Jahresprämien, die monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich gezahlt werden, oder einmalige Zuzahlungen. Die vereinbarten laufenden oder einmaligen Versicherungsprämien sind an uns kostenfrei zu bezahlen.
- 5.2. Bei Fälligkeit der Versicherungsleistung werden wir offene Prämien und Gebühren von der Versicherungsleistung abziehen.
- 5.3. Die erste Prämie wird mit Zustellung der Versicherungspolize, nicht aber vor Versicherungsbeginn fällig. Sie ist dann innerhalb von zwei 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 von zwei Wochen, jeweils ab dem in der Versicherungspolizze angegebenen Fälligkeitstag zu bezahlen.

- 5.4. Die Veranlagung erfolgt erst nach Einlangen der Prämien oder Zuzahlungen auf unserem Konto zum nächstmöglichen vorgesehenen Investitionstermin.
- 5.5. Eine Änderung der Prämienzahlungsweise ist zum Fälligkeitsdatum möglich. Rückwirkend ist eine Änderung der Prämienzahlungsweise nicht möglich.

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

- 6.1. 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.
- 6.2. 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 § 9.4. zur Gänze.

Tritt nach Ablauf dieser Frist der Versicherungsfall ein und wurde die Prämienzahlung nicht vorgenommen, sind wir nur dann zur vollen Leistung 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.

Sind Sie mit nicht mehr als 10 % der Jahresprämie, höchstens aber mit 60 Euro im Verzug, so werden wir nicht leistungsfrei

- 6.3. Einmalige Zuzahlungen: Werden diese nicht geleistet, kommt dieser Vertragsbestandteil nicht zustande.

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

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

- 7.2. Die Fondsanteile kaufen wir zum Kurswert. Wir rechnen keinen Ausgabeaufschlag. Sollten Fondsanteile über die Börse gehandelt werden, sind anfallende Transaktionskosten vom Versicherungsnehmer zu tragen.

- 7.3. Abschlusskosten sind alle mit dem Abschluss einer Versicherung verbundenen Kosten, etwa die Kosten für Vermittlung, Beratung, etc. Diese 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 in Ihren Antragsunterlagen enthalten ist.

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

- 7.5. 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.

- 7.6. 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.

- 7.7. Für durch Sie veranlasste Mehraufwendungen für Ihren Versicherungsvertrag verrechnen wir angemessene Gebühren. Diese entnehmen Sie bitte dem beigefügten Gebührenblatt.
- 7.8. Aufstockungen/Zuzahlungen: Aufstockungen der laufenden Prämien und Zuzahlungen zu der bestehenden Deckungsrückstellung können – vorbehaltlich unserer Zustimmung – beantragt werden
- 7.9. Sie können außerdem eine Prämienreduzierung beantragen, jedoch darf die Jahresprämie von 600 Euro nicht unterschritten werden.
- 7.10. Bei Lastschriftrückweisungen stellen wir Ihnen die uns angelasteten Gebühren – und die aus der Rückabwicklung von Wertpapierkäufen resultierenden Kursverluste – in Rechnung.

§ 8 Wann können Sie den Versicherungsvertrag kündigen?

- 8.1. Sie können Ihren Vertrag während der Ansparphase schriftlich ganz oder teilweise (Teilrückkauf) kündigen:
- frühestens zum Ende des ersten Versicherungsjahres, danach
 - jederzeit zum Ende des laufenden Versicherungsjahres
 - innerhalb eines Versicherungsjahres mit 3-monatiger Frist auf den Monatsabschluss.

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

- 8.2. Im Falle der Kündigung Ihres Versicherungsvertrages erhalten Sie als Rückkaufswert die Deckungsrückstellung Ihrer Versicherung.
- 8.3. Ein Teilrückkauf muss mindestens 1.000 Euro betragen. Die nach einem Teilrückkauf verbleibende Deckungsrückstellung darf 1.000 Euro nicht unterschreiten.
- 8.4. Bei Rückkauf innerhalb der ersten 5 Jahre wird § 176 Abs 5 VersVG (Regelung der Abschlusskostenverrechnung) berücksichtigt.
- 8.5. Die beispielhafte Entwicklung der Deckungsrückstellung 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.
- 8.6. Bei Versicherungen gegen Einmalanlage können Entnahmen aus der Deckungsrückstellung Ihres Versicherungsvertrages 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.

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

- 9.1. Anstelle einer Kündigung nach § 8 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.
- 9.2. Der Wert der Deckungsrückstellung (siehe § 8) Ihres Vertrages mindert sich um rückständige Prämien. Prämienrückstände werden von der Deckungsrückstellung abgezogen.
- 9.3. Wenn Sie Ihren Vertrag in eine prämienfreie Versicherung umwandeln 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 § 7) finanziert werden. Es stehen nicht unbedingt Mittel in Höhe der gezahlten Prämien als Deckungsrückstellung zur Verfügung.
- 9.4. Haben Sie die Umwandlung Ihrer Versicherung in eine prämienfreie Versicherung verlangt und erreicht die Deckungsrückstellung den Mindestbetrag von 2.000 Euro nicht, wird der Vertrag nicht prämienfreigestellt.
- 9.5. Die Rückzahlung der Prämien können Sie nicht verlangen.
- 9.6. 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.
- ## **§ 9b Was ist bei einer planmäßigen Erhöhung (Dynamik) der Prämien zu beachten?**
- 9b.1. Die Prämien für die Hauptversicherung, für die Ableben 10 Prozent erhöhen sich jeweils um den vereinbarten Prozentsatz der Vorjahresprämie (Erhöhungsbetrag). Alle im Rahmen des Versicherungsvertrages getroffenen Vereinbarungen, insbesondere auch die Kostenregelungen gemäß § 7 der

AVB, gelten ab dem jeweiligen Erhöhungstermin für den Erhöhungsbetrag. Die Erhöhungen erfolgen bis zum Ablauf der Prämienzahlungsdauer, längstens jedoch bis zum rechnermäßigen Alter der versicherten Person von 65 Jahren.

- 9b.2. Die Erhöhungen der Prämien erfolgen jeweils zum Jahrestag des Versicherungsbeginns. Sie erhalten rechtzeitig vor dem Erhöhungstermin eine Mitteilung über die Erhöhung. Der Versicherungsschutz aus der jeweiligen Erhöhung beginnt am Erhöhungstermin.
- 9b.3. Die Erhöhung entfällt, wenn Sie bis spätestens ein Monat vor dem Erhöhungstermin widersprechen. Unterbliebene Erhöhungen können Sie mit unserer Zustimmung nachholen.
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.
Ist in Ihrer Versicherung ein Prämienbefreiungsbau-stein eingeschlossen, erfolgen keine Erhöhungen, solange die Leistung aus der Zusatzversicherung erfolgt.

§ 10 Was ist eine fondsgebundene Veranlagung?

- 10.1. 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 Wertpapiere angelegt und in Anteileneinheiten aufgeteilt.
- 10.2. Die Versicherungsleistung ist vom Wert der insgesamt gutgeschriebenen Anteileneinheiten (Deckungsrückstellung) abhängig. Die Deckungsrückstellung Ihrer Versicherung aus der fondsgebundenen Veranlagung ergibt sich aus der Zahl der auf Ihre Versicherung entfallenden Anteileneinheiten. Den Geldwert der Deckungsrückstellung ermitteln wir dadurch, dass die Zahl der Anteileneinheiten Ihrer Versicherung mit dem Nettoinventarwert (NAV) des jeweiligen Fonds mit dem zum Stichtag gemäß § 12 bewertet, d.h. multipliziert, wird.
- 10.3. Erträge aus Investmentfonds werden durch eine automatische Wiederanlage in Anteileneinheiten 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 Anteileneinheiten.
- 10.4. 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 Leistung aus der fondsgebundenen Veranlagung. Die Wertentwicklung in der Vergangenheit lässt keine Rückschlüsse auf die zukünftige Entwicklung eines Fonds zu.

- 10.5. Der in die Deckungsrückstellung der fondsgebundenen Veranlagung gelangende Teil Ihrer Prämie ergibt sich nach Abzug der Versicherungssteuer und Kosten (gemäß § 7) aufgrund des von Ihnen beantragten Prozentsatzes für die Prämienaufteilung. Wir bauen mit diesen Anlagebeträgen den Geldwert der Deckungsrückstellung auf.
- 10.6. Es gelten die Besonderen Versicherungsbedingungen zur Fondsgebundenen Lebensversicherung.

§ 11 Welche Änderungen der Veranlagungsstrategie sind möglich?

- 11.1. Sie können während der Vertragsdauer eine Änderung der Veranlagungsstrategie in geschriebener Form beantragen: Unter den zur Verfügung stehenden Veranlagungen können Sie den ersten Wechsel bzw. die erste Änderung der prozentuellen Aufteilung (Umgewichtung) im Monat kostenfrei vornehmen.
- 11.2. 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.
- 11.3. 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.
- 11.4. 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 den bestehenden Geldwert der Deckungsrückstellung: 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 neue 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 Fonds können keine Änderungen beantragt werden.

§ 12 Stichtage für die fondsgebundene Veranlagung

- 12.1. 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.
- 12.2. Zum letzten Tag des Versicherungsschutzes ermitteln wir den Geldwert der Deckungsrückstellung im Erlebensfall, in dem wir die vorhandenen Anteilheiten mit dem Nettoinventarwert (NAV) des letzten Börsetages des Vormonats bewerten. 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.
- 12.3. 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, der Börsetag ist kein Bankarbeitstag.

§ 13 Sonderabwicklung bei bestimmten Vertragsänderungen

- Rückkäufe, Teilrückkäufe, Zuzahlungen und die erste Änderung der Veranlagungsstrategie im Monat (siehe Gebührenblatt) können zusätzlich als Sonderabwicklung kostenfrei beantragt werden. Die Sonderabwicklung muss explizit beim Versicherer beantragt werden und kann erfolgen
 - zum aktuellen Monatsersten, wenn der Auftrag zwischen dem 1. und dem 19. des laufenden Monats bei UNIQA einlangt,
 - zum nächsten Monatsersten, wenn der Auftrag zwischen dem 21. des laufenden Monats und dem Monatsletzten bei UNIQA einlangt.

Die Käufe und Verkäufe von Fondsanteilen werden zu einem Stichtag innerhalb von 10 Kalendertagen ab Auftragseingang abgerechnet.

Langt die Vertragsänderung am 20. des Monats ein, wird diese zum nächsten Monatsersten (siehe § 13) durchgeführt. Der Stichtag für die damit verbundenen Käufe und Verkäufe von Fondsanteilen ist im § 12 geregelt.

§ 14 Welche Leistungen erbringen wir im Versicherungsfall?

- 14.1. Bei Ableben der versicherten Person während der Ansparphase leisten wir die vorhandene Deckungsrückstellung zum nächst möglichen Bewertungsstichtag.
- 14.2. Im Erlebensfall leisten wir basierend auf den bei Abschluss dieses Vertrages gültigen Rechnungsgrundlagen, eine lebenslange Pension (in Bezug auf die versicherte Person). Die vorhandene Deckungsrückstellung wird aufgrund der vereinbarten Rechnungsgrundlagen umgewandelt und als klassische Pensionsversicherung geführt. Alternativ leisten wir die vorhandene Deckungsrückstellung.
- 14.3. Liegt die auszahlende Deckungsrückstellung zum erstmaligen Pensionszahlungstermin unter 10.000 Euro, kann der Versicherer statt der laufenden Pensionsauszahlung auch einmalig abfinden.

§ 14a Flexibler Pensionsantritt

- 14a.1. Sie können den in Ihrer Polizze angeführten Pensionsbeginn um bis zu 10 Jahre vorverlegen, wenn die steuerliche Mindestbindfrist zu diesem Zeitpunkt bereits erreicht ist und sofern der in Ihrer Polizze angeführte Pensionszahlungsbeginn zwischen dem 56. und 70. Lebensjahr der versicherten Person liegt. Die steuerliche Mindestbindfrist beträgt derzeit für Personen, die bei Vertragsabschluss höchstens 49 Jahre alt sind, 15 Jahre, und für Personen, die das 50. Lebensjahr bei Vertragsabschluss bereits vollendet haben, 10 Jahre. Details zur generellen steuerlichen Behandlung entnehmen Sie bitte den Erklärungen und Hinweisen Ihres Antrags.
- 14a.2. Sie können die Vorverlegung des Pensionszahlungsbeginns frühestens zum nächsten Monatsersten beantragen. Ein rückwirkender Pensionszahlungsbeginn ist ausgeschlossen. Der zum Zeitpunkt des vorgezogenen Pensionsauszahlungsbeginns aktuelle Barwert wird zur Berechnung der Pensionshöhe herangezogen. Die Auswirkungen eines vorzeitigen Pensionsantritts auf die Höhe der Pension werden am Antrag dargestellt (unter dem Punkt „Flexibler Pensionsantritt“). Es ist nicht möglich, die Option nach Beginn der Pensionszahlung rückgängig zu machen.

14a.3. Bei vorgezogenem Beginn der Pensionszahlung müssen zu diesem Zeitpunkt alle Zusatzversicherung storniert werden.

14a.4. Die Vorverlegung des Pensionsbeginns ist nur möglich, wenn Sie keine laufende Zahlung aus einer Zusatzversicherung zum Haupttarif (z. B. Berufsunfähigkeitsrente) beziehen.

§ 14b Wie sind Sie am Gewinn beteiligt?

Sobald Sie sich am Ende der Aufschubdauer (Beginn der Pensionszahlungsphase) das Erlebenskapital als Pension auszahlen lassen, haben Sie Anspruch auf eine allfällige 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.

§ 15 Wer erhält die Versicherungsleistung?

15.1. Sie als Versicherungsnehmer 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.

15.2. Sie können auch bestimmen, dass der Bezugsberechtigte das Recht auf die künftige Leistung unwiderruflich und damit sofort erwerben soll. Dann kann das Bezugsrecht nur noch mit dessen Zustimmung geändert werden.

§ 16 Was gilt bei Verpfändung, Abtretung und Vinkulierung?

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

16.2. Die Vereinbarung einer Unanfechtbarkeit zugunsten eines österreichischen Kreditinstitutes kann in geschriebener Form beantragt werden und bedarf unserer Zustimmung.

§ 17 Wie lange können Ansprüche geltend gemacht werden (Verjährung)?

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

17.2. Sind Sie als Leistungsberechtigter mit unseren Entscheidungen nicht einverstanden, können Sie binnen einem Jahr nach Zugang unserer begründeten Erklärung den Anspruch gerichtlich geltend machen, sofern wir Sie in unserer Erklärung auf die mit dem Ablauf der Jahresfrist verbundenen Rechtsfolgen hingewiesen haben. Verstreicht diese Frist, ohne dass bei Gericht Klage erhoben wurde, so sind weitergehende Ansprüche, als wir anerkannt haben, ausgeschlossen.

§ 18 Aufsichtsbehörde

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

§ 19 Beschwerdestellen

Ihre Beschwerden können Kunden an UNIQA Österreich Versicherungen AG, Untere Donaustraße 21, 1029 Wien, richten, auch per E-Mail 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. Sollte es sich beim Vertrag um ein Verbrauchergeschäft handeln, können Sie sich auch an die Schlichtungsstelle für Verbrauchergeschäfte, Mariahilfer Straße 103/1/18, 1060 Wien, E-Mail: office@verbraucherschlichtung.at und an die Beschwerdestelle des Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Stubenring 1, 1010 Wien, E-Mail: versicherungsbeschwerde@sozialministerium.at wenden. Im Falle einer Beschwerde mit einem Datenschutzbezug können Sie sich an den Datenschutzbeauftragten von UNIQA Österreich Versicherungen AG, E-Mail: datenschutz@uniqa.at, wenden. Zusätzlich haben Sie eine Beschwerdemöglichkeit bei der österreichischen Datenschutzbehörde: www.dsb.gv.at E-Mail: dsb@dsb.gv.at. Unabhängig davon besteht für Sie weiterhin die Möglichkeit den Rechtsweg zu beschreiten.

§ 20 Angaben zur Steuerpflicht (FATCA)

20.1. 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.

- 20.2. 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).
- 20.3. 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.
- 20.4. 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.

§ 21 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 die Beurteilung der Steueransässigkeit relevante Änderungen dieser Angaben.

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

§ 22 Angaben zum 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.

§ 23 Anwendbares Recht und Gerichtsstand

Dieser Vertrag unterliegt österreichischem Recht. Verlegen Sie Ihren Wohnsitz bzw. Firmensitz oder den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthaltes in das Ausland, sind für Klagen aus dem Vertrag die Gerichte des Staates zuständig, in dem wir (UNIQA Österreich Versicherungen AG) unseren Sitz haben.

§ 24 Erfüllungsort

Erfüllungsort für die Versicherungsleistung ist der Sitz des Versicherers.

Versicherungsbedingungen für die Zusatzversicherungen

Die nachfolgenden Bestimmungen beziehen sich auf

- I Versicherungsbedingungen für die Ablebensrisikoversicherung
- II Versicherungsbedingungen zur Berufsunfähigkeitsversicherung, Berufsunfähigkeitspension
- III Versicherungsbedingungen zur Berufsunfähigkeitsversicherung, Prämienbefreiung bei Berufsunfähigkeit
- IV Versicherungsbedingungen zur Überlebensversicherung, Prämienbefreiung
- V Versicherungsbedingungen für die Zusatzversicherung Ableben 10 Prozent
- VI Versicherungsbedingungen Prämienbefreiung bei Unfallinvalidität, Pflegebedürftigkeit und Arbeitsunfähigkeit

I. Versicherungsbedingungen für die Ablebensrisikoversicherung

§ 1 Was ist versichert und welche Leistung erbringen wir?

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

§ 2 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

Ihre Versicherung 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.

Vorausgesetzt, dass der Versicherungsschutz ab dem nächstmöglichen 1. des Folgemonats beantragt wird, die versicherte/n Person/en zum Zeitpunkt der Antragstellung voll arbeitsfähig war/en und nicht in ärztlicher Behandlung oder Kontrolle stand/en, beginnt die vorläufige Deckung (Sofortschutz) im Rahmen der für den Antrag geltenden Versicherungsbedingungen sofort ab Einlangen des Antrages beim Versicherer, Vermittler bzw. Agenten in Höhe der beantragten Versicherungsleistungen aber maximal im folgenden Ausmaß:

- Ablebensfall (einschließlich Zusatzversicherungen) maximal bis zu einer Gesamtleistung von 100.000 Euro

Sind mehrere Versicherungen auf das Leben derselben Person beantragt, so gilt der Gesamtleistungsbetrag des Sofortschutzes für alle diese Versicherungen zusammen.

Der Sofortschutz endet mit der Aushändigung der Versicherungspolizze nach dem beantragten Versicherungsbeginn, mit einer anderen schriftlichen Erklärung des Versicherers, mit Ablehnung des Antrags oder wenn der Antragsteller von seinem Antrag zurücktritt, spätestens aber nach Ablauf von 7 Wochen ab Antragsstellung. Im Leistungsfall steht dem Versicherer die auf die erbrachte Leistung entfallende erste Jahresprämie oder einmalige Prämie zu.

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

§ 2a Was gilt für die Nachversicherungsgarantie?

2a.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 eingetragenen Partnerschaft (Nachweis: Protokoll über die Eintragung)
- 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.

2a.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.

2a.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

2a.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.

2a.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.

§ 3 Wie umfassend ist Ihr Versicherungsschutz?

3.1. Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht weltweit und unabhängig davon, wie und wo es zum Ableben gekommen ist; wir leisten jedoch nicht, wenn das Ableben aufgrund folgender Ereignisse verursacht wurde:

- Unmittelbar oder mittelbar durch kriegerische Ereignisse oder innere Unruhen im Inland, an denen die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;
- Unmittelbar oder mittelbar durch kriegerische Ereignisse oder innere Unruhen außerhalb Österreichs, denen die versicherte Person bei Ausübung einer beruflichen oder dienstlichen Tätigkeit ausgesetzt war oder an denen sie aktiv beteiligt war.
- Durch Reisen, die trotz Reisewarnung des Außenministeriums angetreten wurden und wo sich das Risiko dieser Warnung verwirklicht hat.
- Durch nukleare, biologische, chemische oder durch Terrorismus ausgelöste Katastrophen.
- Unmittelbar oder mittelbar durch einen Akt von Terrorismus im In- oder Ausland.
- Durch widerrechtliche Handlung, mit der Sie als Versicherungsnehmer vorsätzlich das Ableben der versicherten Person herbeigeführt haben.
- Durch vorsätzliche Ausführung oder den Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die versicherte Person.
- Durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit oder Kräfteverfall, absichtliche Selbstverletzung, missbräuchlichen Drogen- und Alkoholkonsum.
- 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.
- Durch Unfälle (Unfallfolgen), die durch Zuwiderhandeln gegen die Vorschriften der Straßenverkehrsordnung eintreten oder erschwert werden,

beispielsweise durch den missbräuchlichen Genuss von Alkohol oder Suchtgiften oder das Fahren ohne Lenkberechtigung.

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

3.3. Teilnahme an Auslandseinsätzen des österreichischen Bundesheeres sind dem Versicherer zu melden. Für die Dauer der Teilnahme dieser Einsätze kann der Versicherungsschutz eingeschränkt oder ein Risikozuschlag verrechnet werden.

3.4. Teilnahmen an Expeditionen außerhalb Europas (z.B. Forschungsreisen, Bergbesteigungen, etc.) sind dem Versicherer zu melden. Für die Dauer der Teilnahme an diesen Expeditionen kann der Versicherungsschutz eingeschränkt oder ein Risikozuschlag verrechnet werden. Wird uns die Teilnahme nicht gemeldet, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung befreit.

3.5. Entsteht das Ableben aufgrund eines der im Absatz 1 bzw. ohne besondere Vereinbarung der im Abs. 2 genannten Fälle, erlischt der Vertrag

§ 4 Was gilt bei Selbstmord?

Bei Selbstmord der versicherten Person vor Ablauf von drei Jahren seit Abschluss, Wiederherstellung oder einer unsere Leistungspflicht erweiternden Änderung des Vertrages sind wir von der Verpflichtung zur Leistung befreit. Wird uns jedoch nachgewiesen, dass die Tat in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen wurde, besteht voller Versicherungsschutz. Bei Selbstmord der versicherten Person nach Ablauf von drei Jahren seit Abschluss, Wiederherstellung oder einer unsere Leistungspflicht erweiternden Änderung des Vertrages besteht voller Versicherungsschutz.

§ 5 Was ist bei Fälligkeit der Versicherungsleistung zu beachten?

Im Ablebensfall der versicherten Person ist uns immer eine amtliche Sterbeurkunde vorzulegen. Zusätzlich können wir ärztliche oder amtliche Nachweise verlangen.

§ 6 Welche Kosten und Gebühren fallen an?

6.1. Wir ziehen von Ihren Prämien zunächst 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, Anforderung von Gesundheitsauskünften, und ärztlichen Attesten etc.

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

§ 7 Wann können Sie die Zusatzversicherung kündigen und welche Folgen hat dies?

- 7.1. Sie können die Zusatzversicherung schriftlich kündigen:
- frühestens zum Ende des ersten Versicherungsjahres, danach
 - jederzeit zum Ende des laufenden Versicherungsjahres
 - innerhalb eines Versicherungsjahres mit 3-monatiger Frist auf den Monatsschluss.
- 7.2. Die Zusatzversicherung erlischt dann ohne verfügbaren Wert und es besteht kein Anspruch auf Zahlung eines Rückkaufswert.
- 7.3. Eine Prämienfreistellung ist nicht möglich
- 7.4. Sofern durch die Kündigung der Zusatzversicherung kein versicherungstechnisches Risiko vorhanden ist (siehe § 3 AVB Fondsgebundene Lebensversicherung), wird die Hauptversicherung prämienfreigestellt.

§ 8 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. Sie werden vor der beabsichtigten Änderung von der Anpassung rechtzeitig informiert. Im Falle einer Erhöhung der Risikoprämie können Sie eine Herabsetzung des Versicherungsschutzes bei gleichbleibender Prämienhöhe verlangen.

§ 9 Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?

- 9.1. Die Zusatzversicherung ist nicht am Gewinn beteiligt.
- 9.2. Soweit in diesen Versicherungsbedingungen nicht anderes bestimmt ist, gelten die Versicherungsbedingungen der Hauptversicherung sinngemäß auch für die Zusatzversicherung.

II. Versicherungsbedingungen zur Berufsunfähigkeitsversicherung, Berufsunfähigkeitspension

§ 1 Was ist bei der Antragstellung zu beachten?

- 1.1. Als Versicherungsnehmer stellen Sie einen schriftlichen Antrag auf Abschluss einer

Berufsunfähigkeitsversicherung. Darin müssen alle Tatsachen angegeben werden, die für die Übernahme des Risikos bedeutend sind, auch die derzeit ausgeübten Haupt- und Nebentätigkeiten.

- 1.2. Vertragsgrundlagen sind Ihr Antrag, die Versicherungspolize und die Versicherungsbedingungen.
- 1.3. Die Bedingungen des Zusatztarifes gelten in Verbindung mit den Bedingungen des Haupttarifes. Siehe dazu auch § 15 Absatz 3 Verhältnis zur Hauptversicherung.

§ 2 Welche Leistungen erbringen wir im Versicherungsfall?

- 2.1. Wird die versicherte Person während der Prämienzahlungsdauer dieser Zusatzversicherung im Sinne des § 4 dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen berufsunfähig, so erbringen wir folgende Versicherungsleistung während des Vorliegens der Berufsunfähigkeit, jedoch längstens für die vereinbarte Leistungsdauer: Zahlung einer Berufsunfähigkeitspension, wie im Vertrag vereinbart.
- 2.2. Im Sinne von § 4 dieser allgemeinen Vertragsbedingungen gilt der zum Leistungsfall zuletzt ausgeübte Beruf für die Beurteilung der Berufsunfähigkeit durch den Versicherer als maßgeblich.
- 2.3. Ein nach Vertragsabschluss vorgenommener Berufswechsel muss nicht angezeigt werden.

§ 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 nach Vorlage des jeweiligen Nachweises ohne neuerliche Gesundheitsprüfung erhöht werden:
- Heirat der versicherten Person (Nachweis: Heiratsurkunde)
 - Begründung einer eingetragenen Partnerschaft (Nachweis: Eintragungsurkunde)
 - 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, wenn folgende Voraussetzungen kumulativ erfüllt sind:

- Antragstellung 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 berufsunfähig in Folge Pflegebedürftigkeit 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 (Rechnungsgrundlagen zum Nachversicherungszeitpunkt), dem bei Vertragsabschluss zugrunde gelegten Beruf, dem Alter der versicherten Person zum Nachversicherungszeitpunkt und unter Berücksichtigung von gegebenenfalls bei Vertragsabschluss schon 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. Beträgt die jährliche Berufsunfähigkeitspension bereits vor der Nachversicherung 12.000 Euro oder mehr, ist eine Erhöhung im Rahmen der Nachversicherungsgarantie ausgeschlossen.

§ 4 Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

4.1. Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person

- mindestens sechs Monate ununterbrochen infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls, die während der Prämienzahlungsdauer entstanden und ärztlich nachzuweisen sind (gemäß § 8 Absatz 3 AVB) und
- mindestens zu 50 % - im Vergleich mit einem körperlich und geistig Gesunden mit

vergleichbaren Ausbildungen, Kenntnissen und/oder Fähigkeiten - außerstande ist ihren zuletzt ausgeübten Beruf auszuüben und

- keine andere ihren Ausbildungen, Kenntnissen und/oder Fähigkeiten entsprechende Tätigkeit ausübt, die ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht.

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

4.2. Befindet sich die versicherte Person zum Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit im Karenzurlaub oder aus medizinischen Gründen in Frühkarenz oder ist sie vorübergehend arbeitslos, gilt der zuletzt ausgeübte Beruf als maßgeblich. Die Ausübung dieses Berufes darf nicht länger als 60 Monate zurückliegen. Andernfalls wird eine, der Ausbildung und Erfahrung sowie der bisherigen Lebensstellung der versicherten Person entsprechende vergleichbare Tätigkeit für die Überprüfung herangezogen.

4.3. Scheidet die versicherte Person vorübergehend oder endgültig aus dem Berufsleben aus, ohne dass Berufsunfähigkeit vorliegt, besteht während der restlichen - für den Eintritt der Berufsunfähigkeit versicherten - Dauer weiterhin Versicherungsschutz für die zum Zeitpunkt des Ausscheidens ausgeübte berufliche Tätigkeit gemäß Absatz 1 und die damit verbundene Lebensstellung. Dauert die vorübergehende Erwerbsuntätigkeit länger als 60 Monate an, wird eine, der Ausbildung und Erfahrung sowie der bisherigen Lebensstellung der versicherten Person entsprechende vergleichbare Tätigkeit für die Überprüfung der Berufsunfähigkeit herangezogen.

4.4. Bei Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit gilt: Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person

- mindestens sechs Monate ununterbrochen im Sinne des Bundespflegegeldgesetzes im Monat mehr als 120 Stunden Pflege benötigt (Stand 2018: entspricht der Pflegestufe 3) und
- diese Pflegebedürftigkeit während der Prämienzahlungsdauer entstand und ärztlich nachgewiesen ist (gemäß § 8 Absatz 3 AVB) und
- mindestens zu 50 % - im Vergleich mit einem körperlich und geistig Gesunden mit vergleichbaren Ausbildungen, Kenntnissen und/oder Fähigkeiten - außerstande ist ihren zuletzt ausgeübten Beruf auszuüben und
- keine andere ihren Ausbildungen, Kenntnissen und/oder Fähigkeiten entsprechende Tätigkeit ausübt, die ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht.

- 4.5. Vorübergehende akute Erkrankungen führen zu keiner höheren Einstufung. Vorübergehende Besserungen bleiben ebenfalls unberücksichtigt. Eine Erkrankung oder Besserung gilt dann nicht als vorübergehend, wenn sie nach 6 Monaten noch anhält.
- 4.6. Bei medizinischen, pflegerischen Berufen gilt: Berufsunfähigkeit bei medizinisch, pflegerisch tätigen Berufen im Gesundheitswesen liegt auch dann vor, wenn eine auf gesetzlichen Vorschriften oder behördlicher Anordnung beruhende Verfügung der versicherten Person verbietet, wegen der Gefahr eine Infizierung Dritter ihrer bisherigen Tätigkeit nachzugehen (vollständiges Tätigkeitsverbot). Das vollständige Tätigkeitsverbot muss sich auf einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten erstrecken. Zum Nachweis des Vorliegens eines vollständigen Tätigkeitsverbotes ist uns die Verfügung im Original oder amtlich beglaubigt vorzulegen. Medizinisch, pflegerisch tätige Berufe im Sinne dieser Bedingungen sind insbesondere Human-, Zahn- und Veterinärmediziner, Heilpraktiker und Heilbehandler, Apotheker, Therapeuten (Psycho-, Physio-, Ergo-), Krankenpfleger und Krankenschwestern, Altenpfleger und Hebammen.
- 4.7. Bei einer betrieblichen Umorganisation gilt:

- a) Wenn Sie selbständig tätig sind und im Rahmen Ihres unternehmerischen Freierraums und Ihres Weisungsrechts durch eine mögliche und zumutbare betriebliche Umorganisation der Arbeit, des Arbeitsplatzes, der Arbeitsabläufe, durch eine Aufgabenumverteilung bzw. durch eine Übertragung von Arbeiten auf Mitarbeiter
- für sich neue oder andere Tätigkeitsfelder in Ihrem Betrieb schaffen können,
 - die gegenüber Ihren bisherigen Tätigkeiten gleichwertig und Ihrer beruflichen Stellung im Betrieb angemessen sind,
 - zu deren Ausübung Sie auch die notwendigen Fähigkeiten und Kenntnisse besitzen und die Sie mit Ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung auch ausüben können, liegen die Voraussetzungen für eine Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Versicherungsbedingungen nicht vor. Ihre durch vorgenannte Maßnahmen in Ihrem Betrieb geschaffenen neuen Tätigkeitsfelder resultieren allein aus dem zum Bestandteil Ihres Berufes gehörenden "Weisungsrechts" und sind somit nicht Folge einer Verweisung durch den Versicherer.

Die Zumutbarkeit einer Umorganisation ist nicht nur bei einer völligen Kostenneutralität gegeben. Gewisse kostenbedingte Einkommensminderungen sind von Ihnen dann hinzunehmen, wenn dadurch Ihr erzielttes Einkommen nicht unter 80 % des vor Eintritt der Berufsunfähigkeit erzielten Einkommens fällt. Das Einkommen von Selbständigen kann Schwankungen, die aus der Wirtschaftslage resultieren, unterliegen. Daher werden für eine Vergleichsbetrachtung die drei, dem Eintritt des

Versicherungsfalles direkt vorangegangenen, Wirtschaftsjahre herangezogen.

Einmalige einkommensmindernde Kosten der Umorganisation gelten als zumutbar, sofern diese 25% des Jahresgewinnes aus den oben angeführten Wirtschaftsjahren nicht übersteigen. Bei Neueinstellungen und Entlassungen ist eine Saldierung vorzunehmen.

- b) Wenn Sie nachweisen, dass die Umorganisation aus einem der nachstehend genannten Gründe nicht durchführbar ist, spielt die Frage einer Umorganisation für die Feststellung Ihrer Berufsunfähigkeit keine Rolle. Mögliche Gründe sind:
- die Betriebsstruktur oder die Betriebsgröße lassen keine Umorganisation zu,
 - die Anzahl der Mitarbeiter oder die Mitarbeiterstruktur erlauben keine Umorganisation,
 - die Umorganisation wäre betriebswirtschaftlich unsinnig oder rechtlich unzulässig,
 - die Umorganisation erfordert einen erheblichen Kapitaleinsatz,
 - die Umorganisation wäre mit unzumutbar hohen Kosten verbunden, die Ihnen eine spürbare und nachhaltige Einkommensminderung bescheren würde,
 - durch eine Umorganisation würden Ihnen nur Tätigkeitsfelder verbleiben bzw. geschaffen, für deren Ausübung Ihnen die erforderlichen Fähigkeiten und Kenntnisse oder die gesundheitlichen Voraussetzungen fehlen,
 - durch eine Umorganisation würden Ihnen keine Ihrer Position angemessene Tätigkeitsfelder, sondern nur noch Verlegenheitsarbeiten verbleiben.

§ 5 Wie umfassend ist Ihr Versicherungsschutz?

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

- Unmittelbar oder mittelbar durch kriegerische Ereignisse oder innere Unruhen im Inland, an denen die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;
- Unmittelbar oder mittelbar durch kriegerische Ereignisse oder innere Unruhen außerhalb Österreichs, denen die versicherte Person bei Ausübung einer beruflichen oder dienstlichen Tätigkeit ausgesetzt war oder an denen sie aktiv beteiligt war.
- Durch Reisen, die trotz Reisewarnung des Außenministeriums angetreten wurden und wo sich das Risiko dieser Warnung verwirklicht hat.
- Durch nukleare, biologische, chemische oder durch Terrorismus ausgelöste Katastrophen.
- Unmittelbar oder mittelbar durch einen Akt von Terrorismus im In- oder Ausland.
- Durch widerrechtliche Handlung, mit der Sie als Versicherungsnehmer vorsätzlich die

Berufsunfähigkeit der versicherten Person herbeigeführt haben.

- Durch vorsätzliche Ausführung oder den 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 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.
- Durch Unfälle (Unfallfolgen), die durch Zuwiderhandeln gegen die Vorschriften der Straßenverkehrsordnung eintreten oder erschwert werden, beispielsweise durch den missbräuchlichen Genuss von Alkohol oder Suchtgiften oder das Fahren ohne Lenkberechtigung.

5.2. Ohne besondere Vereinbarung sind wir von der Verpflichtung zur Leistung befreit, wenn die Berufsunfähigkeit durch Unfälle oder Krankheiten aufgrund der folgenden Umstände verursacht wurde:

- in Ausübung einer beruflichen oder freizeithlichen Tätigkeit als Pilot (z.B. Paragleiter, Hängegleiter, Ballonfahrer, Drachenflieger, Fallschirmspringer, etc.), Linienspilot, Hubschrauberpilot, Militärpilot, Testpilot, Kunstflugpilot
- im Rahmen einer Teilnahme an Motor-, Flug- und Kampfsport Wettkämpfen (entgeltlich und unentgeltlich).

5.3. Teilnahmen an Auslandseinsätzen des österreichischen Bundesheeres sind dem Versicherer zu melden. Für die Dauer der Teilnahme dieser Einsätze kann der Versicherungsschutz eingeschränkt oder ein Risikozuschlag verrechnet werden. Wird uns die Teilnahme nicht gemeldet, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung befreit.

5.4. Teilnahmen an Expeditionen außerhalb Europas (z.B. Forschungsreisen, Bergbesteigungen, etc.) sind dem Versicherer zu melden. Für die Dauer der Teilnahme an diesen Expeditionen kann der Versicherungsschutz eingeschränkt oder ein Risikozuschlag verrechnet werden. Wird uns die Teilnahme nicht gemeldet, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung befreit.

5.5. Bei Selbstmord der versicherten Person vor Ablauf von drei Jahren seit Abschluss, Wiederherstellung oder einer unsere Leistungspflicht erweiternden Änderung des Vertrages sind wir von der Verpflichtung zur Leistung befreit. Wird uns jedoch

nachgewiesen, dass die Tat in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen wurde, besteht voller Versicherungsschutz. Bei Selbstmord der versicherten Person nach Ablauf von drei Jahren seit Abschluss, Wiederherstellung oder einer unsere Leistungspflicht erweiternden Änderung des Vertrages besteht voller Versicherungsschutz.

5.6. Entsteht Berufsunfähigkeit aufgrund eines der im Absatz 1 bzw. ohne besondere Vereinbarung der im Absatz 2 genannten Fälle, erlischt der Vertrag und es wird, sofern vorhanden, der tarifliche Rückkaufwert gezahlt.

5.7. Eine jährliche Anpassung der Versicherungsleistung (Pension) an den Verbraucherpreisindex kann auch nachträglich während der Prämienzahlungsdauer beantragt werden. Es erfolgt hierbei keine neuerliche Risikoprüfung. Der Antrag bedarf unserer Zustimmung in geschriebener Form, wobei wir uns eine Ablehnung vorbehalten. Die jährliche Anpassung führt zur Erhöhung Ihrer Prämie und kann nur im zulässigen Umfang gemäß der zum Zeitpunkt der Antragstellung geltenden Rechtsvorschriften (insbesondere Höchstzinssatzverordnung) beantragt werden.

§ 6 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

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

6.2. Ihre Berufsunfähigkeitsversicherung ist mit vorläufigem Sofortschutz ausgestattet. Der vorläufige Sofortschutz erstreckt sich auf die beantragte Berufsunfähigkeitspension, höchstens aber auf 1.000 Euro monatlich für maximal 12 Monate, auch wenn insgesamt höhere Monatspensionen für dieselbe versicherte Person beantragt sind. Sind mehrere Berufsunfähigkeitspensionen auf dieselbe Person beantragt, so gilt der Gesamtleistungsbetrag des Sofortschutzes für alle diese Versicherungen zusammen.

Vorausgesetzt, dass der Versicherungsschutz ab dem nächstmöglichen 1. des Folgemonats beantragt wird, die versicherte Person zum Zeitpunkt der Antragstellung voll arbeitsfähig war und nicht in ärztlicher Behandlung oder Kontrolle stand, beginnt die vorläufige Deckung (Sofortschutz) im Rahmen der für den Antrag geltenden Versicherungsbedingungen sofort ab Einlangen des Antrages beim Versicherer, Vermittler bzw. Agenten.

Der Sofortschutz endet mit der Aushändigung der Versicherungspolizze nach dem beantragten

Versicherungsbeginn, mit einer anderen schriftlichen Erklärung des Versicherers, mit Ablehnung des Antrages oder wenn der Antragsteller von seinem Antrag zurücktritt, spätestens aber nach Ablauf von 7 Wochen ab Antragstellung. Im Leistungsfall steht dem Versicherer die auf die erbrachte Leistung entfallende erste Jahresprämie oder einmalige Prämie zu.

Die Leistung wird erst fällig nach erfolgter Prüfung der Leistungspflicht.

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

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

Eine Anerkennung der Leistungspflicht aus dem Titel der Berufsunfähigkeit kann auch schon vor Ablauf der in §3 der AVB angeführten Frist (Fortdauer von sechs Monaten) erfolgen, wenn schon zum Zeitpunkt des Leistungsbegehrens zweifelsfrei feststellbar ist, dass die Voraussetzungen für die Anerkennung der Berufsunfähigkeit nach §4 AVB mit Ablauf der Sechsmonatsfrist gegeben sein werden.

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.

7.2. Wird uns ein den Anspruch auf Leistung ändernder Umstand nicht angezeigt, dann sind alle zu viel bezahlten Leistungen an uns zurück zu überweisen und es werden zusätzlich die gesetzlichen Verzugszinsen verrechnet.

Davon ausgenommen sind Leistungen, die von uns befristet anerkannt wurden.

7.3. Zu Unrecht empfangene Leistungen sind uns rück zu erstatten und können von uns eingeklagt werden.

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

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

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

8.3. 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 Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit Bescheinigung über Beginn, Art und Umfang der Pflegebedürftigkeit.
- Unterlagen zur Einkommenssituation (z.B. Gehalts- oder Lohnnachweis; Bilanzen, Gewinn- und Verlustrechnung)
- Bei einer betrieblichen Umorganisation, die Bilanzen oder Gewinn- und Verlustrechnungen der letzten Jahre, Gesellschafterverträge bzw. Geschäftsführerverträge

8.4. Sämtliche Unterlagen und Befunde sind uns in deutscher Sprache vorzulegen. Bei fremdsprachigen Dokumenten ist uns eine beglaubigte Übersetzung vorzulegen. Die Kosten für die beglaubigten Übersetzungen sind vom Anspruchsteller zu tragen.

Erfolgt die Leistungsprüfung durch einen vor Ort bestellten Gutachter, dann sind dem Gutachter vom Anspruchsteller alle erforderlichen Auskünfte wahrheitsgemäß zu erteilen.

8.5. Die anfallenden Kosten zu Absatz 3 sind vom Versicherungsnehmer zu tragen.

8.6. 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.

8.7. 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 werden nach Vorabstimmung mit dem Versicherer übernommen. Das vorgesehene Kostenniveau richtet sich nach Reisen in der allgemeinen Klasse, Hotelaufenthalte bis zur 3 Stern-Klasse. Die Dauer des Aufenthaltes ist für die Dauer der für die Untersuchung notwendigen Zeitperiode

vorgesehen. Sofern notwendig, können die Kosten eines Anreise- und eines Abreisetages übernommen werden. Die Kostenübernahme gilt nur für die versicherte Person. Die Kostenübernahme für eine zusätzliche Begleitperson muss in Abstimmung mit dem Versicherer im Vorfeld geklärt werden und ist nur im Falle einer medizinischen Notwendigkeit vorgesehen. Entstehen hier abweichende oder nicht mit dem Versicherer abgestimmte Kosten, müssen diese Kosten vom Versicherungsnehmer bezahlt werden.

Die Kostenübernahme erfolgt nach Vorlage der Rechnungen für die angefallenen Kosten.

- 8.8. Zumutbare Heilbehandlungen oder Therapiemaßnahmen, die dem allgemeinen medizinischen Standard entsprechen und 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.
- 8.9. Eine Minderung des Grades der Berufsunfähigkeit oder der Pflegebedürftigkeit und die Wiederaufnahme oder Änderung der beruflichen Tätigkeit sind uns unverzüglich anzuzeigen.

§ 9 Wann und wie geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?

- 9.1. Nach Erhalt und Prüfung aller von uns für die Leistungsbeurteilung erforderlichen Unterlagen werden wir schriftlich erklären, ob wir unsere Leistungspflicht anerkennen.
- 9.2. Wir können unsere Leistungspflicht zeitlich befristet anerkennen. Für diesen Zeitraum verzichten wir auf eine Nachprüfung. Unsere Leistung endet nach Ablauf der Befristung. Besteht die Berufsunfähigkeit nach Ablauf der Befristung weiter, sind uns für eine neuerliche Leistungsbeurteilung aktuelle Unterlagen vorzulegen.
- 9.3. Bis zur endgültigen Entscheidung über unsere Leistungspflicht sind die Prämien weiter zu 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 jedoch nachgezahlt werden. Es kann dazu eine Ratenvereinbarung wahlweise über 12 oder 24 Monate vereinbart werden.
- 9.4. Der Versicherungsnehmer hat jederzeit das Recht, Informationen über den Stand einer laufenden Leistungsprüfung beim Versicherer einzuholen.

§ 10 Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?

- 10.1. Wir sind berechtigt, das Fortbestehen der Berufsunfähigkeit nachzuprüfen.
- 10.2. 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.
- 10.3. 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, Kenntnissen und Fähigkeiten tatsächlich einen neuen Beruf ausübt,
 - diese neue berufliche Tätigkeit der zum Zeitpunkt des Eintrittes der Berufsunfähigkeit bestehenden Lebensstellung (siehe §4 Absatz 1 AVB) entspricht, so erlischt unsere Leistungspflicht. In diesem Fall ist es auch unerheblich, ob die Berufsunfähigkeit in dem ursprünglichen Beruf andauert.
- 10.4. 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.
- 10.5. Wenn wir eine zeitlich befristete Leistungspflicht einer Berufsunfähigkeit nach § 9 Absatz 2 AVB anerkannt haben, werden wir innerhalb von sechs Monaten nach Ablauf der Befristung eine neuerliche Leistungsüberprüfung vornehmen. Die dafür notwendigen Unterlagen sind vom Versicherungsnehmer vorzulegen. Ein Recht auf Nachprüfung unserer Leistungspflicht entsprechend § 10 Absatz 2 AVB besteht unverändert.
- 10.6. Der Versicherungsnehmer hat jederzeit das Recht, Informationen über den Stand einer laufenden Leistungsprüfung beim Versicherer einzuholen.
- 10.7. Ansprüche auf künftige Versicherungsleistungen werden erst fällig, nachdem uns alle für die Beurteilung des Fortbestehens der Leistungspflicht relevanten Umstände angezeigt wurden. Werden uns die erforderlichen Unterlagen nicht übermittelt, werden die Leistungszahlungen bis zur vollständigen Übermittlung der Unterlagen und Nachprüfung unserer Leistungspflicht eingestellt.
- 10.8. Bei selbständigen Personen kann nach einer erfolgten betrieblichen Umorganisation der Anspruch auf die Leistung aus der Berufsunfähigkeitsversicherung entfallen, wenn die Kriterien gemäß § 7 AVB zutreffen.

10.9. Die Mitwirkungspflichten gemäß § 8 AVB gelten auch für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit.

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

Solange eine Mitwirkungspflicht nach § 8 oder § 10 AVB 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.

§ 12 Wie lange können Ansprüche geltend gemacht werden (Verjährung)?

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

12.2. Sind Sie als Leistungsberechtigter mit unseren Entscheidungen nicht einverstanden, können Sie binnen einem Jahr nach Zugang unserer begründeten Erklärung den Anspruch gerichtlich geltend machen sofern wir Sie in unserer Erklärung auf die mit dem Ablauf der Jahresfrist verbundenen Rechtsfolgen hingewiesen haben. Verstreicht diese Frist, ohne dass bei Gericht Klage erhoben wurde, so sind weitergehende Ansprüche, als wir anerkannt haben, ausgeschlossen.

§ 13 Wann können Sie die Zusatzversicherung kündigen?

Sie können die Zusatzversicherung schriftlich kündigen:

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

Die Zusatzversicherung erlischt dann ohne verfügbaren Wert.

Bitte beachten Sie dazu auch § 15 dieser allgemeinen Versicherungsbedingungen.

§ 14 Wo und wie sind Rentenleistungen aus der Berufsunfähigkeitszusatzversicherung zu erbringen?

14.1. Erfüllungsort für die Rentenleistung ist der Sitz des Versicherers.

14.2. Leistungen an ausländische Berechtigte oder in das Ausland erbringen wir, sobald uns nachgewiesen wird, dass wir die Zahlung ohne Gefahr der Haftung für nicht entrichtete Steuern vornehmen dürfen. Wir können verlangen, dass der Anspruchsberechtigte den erforderlichen behördlichen Nachweis vorlegt.

14.3. Die Versicherungsleistung wird nach Eintritt des Versicherungsfalles und Abschluss der Erhebungen zu Versicherungsfall und Leistungsumfang fällig. Der Versicherer ist nach dem Versicherungsvertragsgesetz berechtigt, alle zur Beurteilung seiner Leistungspflicht benötigten Daten zu erheben. Etwaige Prämienrückstände sowie offene Raten des laufenden Versicherungsjahres werden wir von der fälligen Versicherungsleistung abziehen.

14.4. Zu Unrecht empfangene Versicherungsleistungen können und werden wir zurückverlangen. Wurde rechtsgrundlos, etwa aufgrund falscher Angaben, auf Prämienzahlungen verzichtet, können diese nachgefordert werden.

§ 15 Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?

15.1. Die Zusatzversicherung bildet mit der Versicherung, zu der sie abgeschlossen wurde (Hauptversicherung), eine Einheit.

15.2. Der Rückkauf des Zusatztarifes ist nicht möglich. Prämien- und vorübergehende Leistungsfreistellungen richten sich nach dem Haupttarif. Gegebenenfalls kann bei Wiederaufnahme einer neuerlichen Prämienzahlung eine Risikoprüfung (Beantwortung von Gesundheitsfragen) erfolgen.

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

III. Versicherungsbedingungen zur Berufsunfähigkeitsversicherung, Prämienbefreiung bei Berufsunfähigkeit

§ 1 Was ist bei der Antragstellung zu beachten?

1.1. Als Versicherungsnehmer stellen Sie einen schriftlichen Antrag auf Abschluss einer Berufsunfähigkeitsversicherung. Darin müssen alle Tatsachen angegeben werden, die für die Übernahme des Risikos bedeutend sind, auch die derzeit ausgeübten Haupt- und Nebentätigkeiten.

1.2. Vertragsgrundlagen sind Ihr Antrag, die Versicherungspolize und die Versicherungsbedingungen.

- 1.3. Die Bedingungen des Zusatztarifes gelten in Verbindung mit den Bedingungen des Haupttarifes. Siehe dazu auch § 15 Absatz 3 Verhältnis zur Hauptversicherung.

§ 2 Welche Leistungen erbringen wir im Versicherungsfall?

- 2.1. Wird die versicherte Person während der Prämienzahlungsdauer dieser Zusatzversicherung im Sinne des § 4 dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen berufsunfähig, so erbringen wir folgende Versicherungsleistung während des Vorliegens der Berufsunfähigkeit, jedoch längstens für die vereinbarte Leistungsdauer: Befreiung von der Prämienzahlung für die Hauptversicherung und die eingeschlossenen Zusatzversicherungen. Dies gilt nicht für allfällige Zusatzprämien für Polizzen-Vorauszahlungen.
- 2.2. Im Sinne von § 4 dieser allgemeinen Vertragsbedingungen gilt der zum Leistungsfall zuletzt ausgeübte Beruf für die Beurteilung der Berufsunfähigkeit durch den Versicherer als maßgeblich.
- 2.3. Ein nach Vertragsabschluss vorgenommener Berufswechsel muss nicht angezeigt werden.

§ 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 nach Vorlage des jeweiligen Nachweises ohne neuerliche Gesundheitsprüfung erhöht werden:
- Heirat der versicherten Person (Nachweis: Heiratsurkunde)
 - Begründung einer eingetragenen Partnerschaft (Nachweis: Eintragungsurkunde)
 - 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, wenn folgende Voraussetzungen kumulativ erfüllt sind:

- Antragstellung 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 berufsunfähig in Folge Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen ist;
- wenn die zuletzt erfolgte Nachversicherung mindestens ein Jahr zurück liegt.

- 3.1. Die Prämien für die Nachversicherungen berechnen wir nach dem dann geltenden Tarif (Rechnungsgrundlagen zum Nachversicherungszeitpunkt), dem bei Vertragsabschluss zugrunde gelegten Beruf, dem Alter der versicherten Person zum Nachversicherungszeitpunkt und unter Berücksichtigung von gegebenenfalls bei Vertragsabschluss schon vereinbarten Prämienzuschlägen oder besonderen Bedingungen.

- 3.2. 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. Beträgt die jährliche Berufsunfähigkeitspension bereits vor der Nachversicherung 12.000 Euro oder mehr, ist eine Erhöhung im Rahmen der Nachversicherungsgarantie ausgeschlossen.

- 3.3. 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 Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

- 4.1. Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person
- mindestens sechs Monate ununterbrochen infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls, die während der Prämienzahlungsdauer entstanden und ärztlich nachzuweisen sind (gemäß § 8 Absatz 3 AVB) und

- mindestens zu 50 % - im Vergleich mit einem körperlich und geistig Gesunden mit vergleichbaren Ausbildungen, Kenntnissen und/oder Fähigkeiten - außerstande ist ihren zuletzt ausgeübten Beruf auszuüben und
- keine andere ihren Ausbildungen, Kenntnissen und/oder Fähigkeiten entsprechende Tätigkeit ausübt, die ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht.

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

- 4.2. Befindet sich die versicherte Person zum Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit im Karenzurlaub oder aus medizinischen Gründen in Frühkarenz oder ist sie vorübergehend arbeitslos, gilt der zuletzt ausgeübte Beruf als maßgeblich. Die Ausübung dieses Berufes darf nicht länger als 60 Monate zurückliegen. Andernfalls wird eine, der Ausbildung und Erfahrung sowie der bisherigen Lebensstellung der versicherten Person entsprechende vergleichbare Tätigkeit für die Überprüfung herangezogen.
- 4.3. Scheidet die versicherte Person vorübergehend oder endgültig aus dem Berufsleben aus, ohne dass Berufsunfähigkeit vorliegt, besteht während der restlichen - für den Eintritt der Berufsunfähigkeit versicherten - Dauer weiterhin Versicherungsschutz für die zum Zeitpunkt des Ausscheidens ausgeübte berufliche Tätigkeit gemäß Absatz 1 und die damit verbundene Lebensstellung. Dauert die vorübergehende Erwerbsuntätigkeit länger als 60 Monate an, wird eine, der Ausbildung und Erfahrung sowie der bisherigen Lebensstellung der versicherten Person entsprechende vergleichbare Tätigkeit für die Überprüfung der Berufsunfähigkeit herangezogen.
- 4.4. Bei Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit gilt: Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person
- mindestens sechs Monate ununterbrochen im Sinne des Bundespflegegeldgesetzes im Monat mehr als 120 Stunden Pflege benötigt (Stand 2018: entspricht der Pflegestufe 3) und
 - diese Pflegebedürftigkeit während der Prämienzahlungsdauer entstand und ärztlich nachgewiesen ist (gemäß § 8 Absatz 3 AVB) und
 - mindestens zu 50 % - im Vergleich mit einem körperlich und geistig Gesunden mit vergleichbaren Ausbildungen, Kenntnissen und/oder Fähigkeiten - außerstande ist ihren zuletzt ausgeübten Beruf auszuüben und
 - keine andere ihren Ausbildungen, Kenntnissen und/oder Fähigkeiten entsprechende Tätigkeit

ausübt, die ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht.

- 4.5. Vorübergehende akute Erkrankungen führen zu keiner höheren Einstufung. Vorübergehende Besserungen bleiben ebenfalls unberücksichtigt. Eine Erkrankung oder Besserung gilt dann nicht als vorübergehend, wenn sie nach 6 Monaten noch anhält.

- 4.1. Bei medizinischen, pflegerischen Berufen gilt: Berufsunfähigkeit bei medizinisch, pflegerisch tätigen Berufen im Gesundheitswesen liegt auch dann vor, wenn eine auf gesetzlichen Vorschriften oder behördlicher Anordnung beruhende Verfügung der versicherten Person verbietet, wegen der Gefahr eine Infizierung Dritter ihrer bisherigen Tätigkeit nachzugehen (vollständiges Tätigkeitsverbot). Das vollständige Tätigkeitsverbot muss sich auf einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten erstrecken. Zum Nachweis des Vorliegens eines vollständigen Tätigkeitsverbotes ist uns die Verfügung im Original oder amtlich beglaubigt vorzulegen. Medizinisch, pflegerisch tätige Berufe im Sinne dieser Bedingungen sind insbesondere Human-, Zahn- und Veterinärmediziner, Heilpraktiker und Heilbehandler, Apotheker, Therapeuten (Psycho-, Physio-, Ergo-), Krankenpfleger und Krankenschwestern, Altenpfleger und Hebammen.

- 4.2. Bei einer betrieblichen Umorganisation gilt:

- a) Wenn Sie selbständig tätig sind und im Rahmen Ihres unternehmerischen Freiheitsrechts und Ihres Weisungsrechts durch eine mögliche und zumutbare betriebliche Umorganisation der Arbeit, des Arbeitsplatzes, der Arbeitsabläufe, durch eine Aufgabenumverteilung bzw. durch eine Übertragung von Arbeiten auf Mitarbeiter
- für sich neue oder andere Tätigkeitsfelder in Ihrem Betrieb schaffen können,
 - die gegenüber Ihren bisherigen Tätigkeiten gleichwertig und Ihrer beruflichen Stellung im Betrieb angemessen sind,
 - zu deren Ausübung Sie auch die notwendigen Fähigkeiten und Kenntnisse besitzen und die Sie mit Ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung ausüben können, liegen die Voraussetzungen für eine Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Versicherungsbedingungen nicht vor. Ihre durch vorgenannte Maßnahmen in Ihrem Betrieb geschaffenen neuen Tätigkeitsfelder resultieren allein aus dem zum Bestandteil Ihres Berufes gehörenden "Weisungsrechts" und sind somit nicht Folge einer Verweisung durch den Versicherer.

Die Zumutbarkeit einer Umorganisation ist nicht nur bei einer völligen Kostenneutralität gegeben. Gewisse kostenbedingte Einkommensminderungen sind von Ihnen dann hinzunehmen, wenn dadurch Ihr erzielt Einkommen nicht unter 80 % des vor Eintritt der Berufsunfähigkeit erzielten Einkommens

fällt. Das Einkommen von Selbständigen kann Schwankungen, die aus der Wirtschaftslage resultieren, unterliegen. Daher werden für eine Vergleichsbetrachtung die drei, dem Eintritt des Versicherungsfalles direkt vorangegangenen, Wirtschaftsjahre herangezogen.

Einmalige einkommensmindernde Kosten der Umorganisation gelten als zumutbar, sofern diese 25% des Jahresgewinnes aus den oben angeführten Wirtschaftsjahren nicht übersteigen. Bei Neueinstellungen und Entlassungen ist eine Saldierung vorzunehmen.

b) Wenn Sie nachweisen, dass die Umorganisation aus einem der nachstehend genannten Gründe nicht durchführbar ist, spielt die Frage einer Umorganisation für die Feststellung Ihrer Berufsunfähigkeit keine Rolle. Mögliche Gründe sind:

- die Betriebsstruktur oder die Betriebsgröße lassen keine Umorganisation zu,
- die Anzahl der Mitarbeiter oder die Mitarbeiterstruktur erlauben keine Umorganisation,
- die Umorganisation wäre betriebswirtschaftlich unsinnig oder rechtlich unzulässig,
- die Umorganisation erfordert einen erheblichen Kapitaleinsatz,
- die Umorganisation wäre mit unzumutbar hohen Kosten verbunden, die Ihnen eine spürbare und nachhaltige Einkommensminderung bescheren würde,
- durch eine Umorganisation würden Ihnen nur Tätigkeitsfelder verbleiben bzw. geschaffen, für deren Ausübung Ihnen die erforderlichen Fähigkeiten und Kenntnisse oder die gesundheitlichen Voraussetzungen fehlen,
- durch eine Umorganisation würden Ihnen keine Ihrer Position angemessene Tätigkeitsfelder, sondern nur noch Verlegenheitsarbeiten verbleiben.

§ 5 Wie umfassend ist Ihr Versicherungsschutz?

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

- Unmittelbar oder mittelbar durch kriegerische Ereignisse oder innere Unruhen im Inland, an denen die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;
- Unmittelbar oder mittelbar durch kriegerische Ereignisse oder innere Unruhen außerhalb Österreichs, denen die versicherte Person bei Ausübung einer beruflichen oder dienstlichen Tätigkeit ausgesetzt war oder an denen sie aktiv beteiligt war.
- Durch Reisen, die trotz Reisewarnung des Außenministeriums angetreten wurden und wo sich das Risiko dieser Warnung verwirklicht hat.
- Durch nukleare, biologische, chemische oder durch Terrorismus ausgelöste Katastrophen.

- Unmittelbar oder mittelbar durch einen Akt von Terrorismus im In- oder Ausland.
- Durch widerrechtliche Handlung, mit der Sie als Versicherungsnehmer vorsätzlich die Berufsunfähigkeit der versicherten Person herbeigeführt haben.
- Durch vorsätzliche Ausführung oder den 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 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.
- Durch Unfälle (Unfallfolgen), die durch Zuwiderhandeln gegen die Vorschriften der Straßenverkehrsordnung eintreten oder erschwert werden, beispielsweise durch den missbräuchlichen Genuss von Alkohol oder Suchtgiften oder das Fahren ohne Lenkberechtigung.

5.2. Ohne besondere Vereinbarung sind wir von der Verpflichtung zur Leistung befreit, wenn die Berufsunfähigkeit durch Unfälle oder Krankheiten aufgrund der folgenden Umstände verursacht wurde:

- in Ausübung einer beruflichen oder freizeithlichen Tätigkeit als Pilot (z.B. Paragleiter, Hängegleiter, Ballonfahrer, Drachenflieger, Fallschirmspringer, etc.), Linienspilot, Hubschrauberpilot, Militärpilot, Testpilot, Kunstflugpilot
- im Rahmen einer Teilnahme an Motor-, Flug- und Kampfsport Wettkämpfen (entgeltlich und unentgeltlich).

5.3. Teilnahmen an Auslandseinsätzen des österreichischen Bundesheeres sind dem Versicherer zu melden. Für die Dauer der Teilnahme dieser Einsätze kann der Versicherungsschutz eingeschränkt oder ein Risikozuschlag verrechnet werden. Wird uns die Teilnahme nicht gemeldet, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung befreit.

5.4. Teilnahmen an Expeditionen außerhalb Europas (z.B. Forschungsreisen, Bergbesteigungen, etc.) sind dem Versicherer zu melden. Für die Dauer der Teilnahme an diesen Expeditionen kann der Versicherungsschutz eingeschränkt oder ein Risikozuschlag verrechnet werden. Wird uns die Teilnahme nicht gemeldet, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung befreit.

- 5.5. Bei Selbstmord der versicherten Person vor Ablauf von drei Jahren seit Abschluss, Wiederherstellung oder einer unsere Leistungspflicht erweiternden Änderung des Vertrages sind wir von der Verpflichtung zur Leistung befreit. Wird uns jedoch nachgewiesen, dass die Tat in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen wurde, besteht voller Versicherungsschutz. Bei Selbstmord der versicherten Person nach Ablauf von drei Jahren seit Abschluss, Wiederherstellung oder einer unsere Leistungspflicht erweiternden Änderung des Vertrages besteht voller Versicherungsschutz.
- 5.6. Entsteht Berufsunfähigkeit aufgrund eines der im Absatz 1 bzw. ohne besondere Vereinbarung der im Absatz 2 genannten Fälle, erlischt der Vertrag und es wird, sofern vorhanden, der tarifliche Rückkaufwert gezahlt.
- 5.7. Eine jährliche Anpassung der Versicherungsleistung (Pension) an den Verbraucherpreisindex kann auch nachträglich während der Prämienzahlungsdauer beantragt werden. Es erfolgt hierbei keine neuerliche Risikoprüfung. Der Antrag bedarf unserer Zustimmung in geschriebener Form, wobei wir uns eine Ablehnung vorbehalten. Die jährliche Anpassung führt zur Erhöhung Ihrer Prämie und kann nur im zulässigen Umfang gemäß der zum Zeitpunkt der Antragstellung geltenden Rechtsvorschriften (insbesondere Höchstzinssatzverordnung) beantragt werden.

§ 6 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

- 6.1. Der beantragte Versicherungsschutz beginnt, sobald wir die Annahme Ihres Antrages schriftlich oder durch Zustellung der Versicherungspolizze erklären und Sie die erste Prämie rechtzeitig bezahlt haben (siehe ...]. Vor dem in der Versicherungspolizze angegebenen Versicherungsbeginn besteht kein Versicherungsschutz.
- 6.2. Ihre Berufsunfähigkeitsversicherung ist mit vorläufigem Sofortschutz ausgestattet. Der vorläufige Sofortschutz erstreckt sich auf die beantragte Berufsunfähigkeitspension, höchstens aber auf 1.000 Euro monatlich für maximal 12 Monate, auch wenn insgesamt höhere Monatspensionen für dieselbe versicherte Person beantragt sind. Sind mehrere Berufsunfähigkeitspensionen auf dieselbe Person beantragt, so gilt der Gesamtleistungsbetrag des Sofortschutzes für alle diese Versicherungen zusammen.

Vorausgesetzt, dass der Versicherungsschutz ab dem nächstmöglichen 1. des Folgemonats beantragt wird, die versicherte Person zum Zeitpunkt der Antragstellung voll arbeitsfähig war und nicht in ärztlicher Behandlung oder Kontrolle stand, beginnt die vorläufige Deckung (Sofortschutz) im Rahmen der für den Antrag geltenden

Versicherungsbedingungen sofort ab Einlangen des Antrages beim Versicherer, Vermittler bzw. Agenten.

Der Sofortschutz endet mit der Aushändigung der Versicherungspolizze nach dem beantragten Versicherungsbeginn, mit einer anderen schriftlichen Erklärung des Versicherers, mit Ablehnung des Antrages oder wenn der Antragsteller von seinem Antrag zurücktritt, spätestens aber nach Ablauf von 7 Wochen ab Antragstellung. Im Leistungsfall steht dem Versicherer die auf die erbrachte Leistung entfallende erste Jahresprämie oder einmalige Prämie zu.

Die Leistung wird erst fällig nach erfolgter Prüfung der Leistungspflicht.

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

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

Eine Anerkennung der Leistungspflicht aus dem Titel der Berufsunfähigkeit kann auch schon vor Ablauf der in §3 der AVB angeführten Frist (Fortdauer von sechs Monaten) erfolgen, wenn schon zum Zeitpunkt des Leistungsbegehrens zweifelsfrei feststellbar ist, dass die Voraussetzungen für die Anerkennung der Berufsunfähigkeit nach §4 AVB mit Ablauf der Sechsmonatsfrist gegeben sein werden.

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.

- 7.2. Wird uns ein den Anspruch auf Leistung ändernder Umstand nicht angezeigt, dann sind alle zu viel bezahlten Leistungen an uns zurück zu überweisen und es werden zusätzlich die gesetzlichen Verzugszinsen verrechnet.

Davon ausgenommen sind Leistungen, die von uns befristet anerkannt wurden.

- 7.3. Zu Unrecht empfangene Leistungen sind uns rück zu erstatten und können von uns eingeklagt werden.

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

- 8.1. Zur Beurteilung und Feststellung der Leistungspflicht können wir nach Eintritt des Versicherungsfalles alle für uns relevanten Auskünfte verlangen.

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

- 8.3. 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 Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit Bescheinigung über Beginn, Art und Umfang der Pflegebedürftigkeit.
 - Unterlagen zur Einkommenssituation (z.B. Gehalts- oder Lohnnachweis; Bilanzen, Gewinn- und Verlustrechnung)
 - Bei einer betrieblichen Umorganisation, die Bilanzen oder Gewinn- und Verlustrechnungen der letzten Jahre, Gesellschafterverträge bzw. Geschäftsführerverträge

8.4. Sämtliche Unterlagen und Befunde sind uns in deutscher Sprache vorzulegen. Bei fremdsprachigen Dokumenten ist uns eine beglaubigte Übersetzung vorzulegen. Die Kosten für die beglaubigten Übersetzungen sind vom Anspruchsteller zu tragen.

Erfolgt die Leistungsprüfung durch einen vor Ort bestellten Gutachter, dann sind dem Gutachter vom Anspruchsteller alle erforderlichen Auskünfte wahrheitsgemäß zu erteilen.

8.5. Die anfallenden Kosten zu Absatz 3 sind vom Versicherungsnehmer zu tragen.

8.6. 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.

8.7. 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 werden nach Vorabstimmung mit dem Versicherer übernommen. Das vorgesehene Kostenniveau richtet sich nach Reisen in der allgemeinen Klasse, Hotelaufenthalte bis zur 3. Stern-Klasse. Die Dauer des Aufenthaltes ist für die Dauer der für die Untersuchung notwendigen Zeitperiode vorgesehen. Sofern notwendig, können die Kosten eines Anreise- und eines Abreisetages übernommen werden. Die Kostenübernahme gilt nur für die versicherte Person. Die Kostenübernahme für eine zusätzliche Begleitperson muss in Abstimmung mit dem Versicherer im Vorfeld geklärt werden und ist nur im Falle einer medizinischen Notwendigkeit vorgesehen. Entstehen hier abweichende oder nicht mit dem Versicherer abgestimmte Kosten, müssen diese Kosten vom Versicherungsnehmer bezahlt werden.

Die Kostenübernahme erfolgt nach Vorlage der Rechnungen für die angefallenen Kosten.

8.8. Zumutbare Heilbehandlungen oder Therapiemaßnahmen, die dem allgemeinen medizinischen Standard entsprechen und 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.

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

§ 9 Wann und wie geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?

9.1. Nach Erhalt und Prüfung aller von uns für die Leistungsbeurteilung erforderlichen Unterlagen werden wir schriftlich erklären, ob wir unsere Leistungspflicht anerkennen.

9.2. Wir können unsere Leistungspflicht zeitlich befristet anerkennen. Für diesen Zeitraum verzichten wir auf eine Nachprüfung. Unsere Leistung endet nach Ablauf der Befristung. Besteht die Berufsunfähigkeit nach Ablauf der Befristung weiter, sind uns für eine neuerliche Leistungsbeurteilung aktuelle Unterlagen vorzulegen.

9.3. Bis zur endgültigen Entscheidung über unsere Leistungspflicht sind die Prämien weiter zu 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 jedoch nachgezahlt werden. Es kann dazu eine Ratenvereinbarung wahlweise über 12 oder 24 Monate vereinbart werden.

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

§ 10 Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?

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

10.2. 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.

10.3. 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, Kenntnissen und Fähigkeiten tatsächlich einen neuen Beruf ausübt,
- diese neue berufliche Tätigkeit der zum Zeitpunkt des Eintrittes der Berufsunfähigkeit bestandenen Lebensstellung (siehe §4 Absatz 1 AVB) entspricht, so erlischt unsere Leistungspflicht. In diesem Fall ist es auch unerheblich, ob die Berufsunfähigkeit in dem ursprünglichen Beruf andauert.

10.4. 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 Versicherungsjahres wirksam.

10.5. Wenn wir eine zeitlich befristete Leistungspflicht einer Berufsunfähigkeit nach § 9 Absatz 2 AVB anerkannt haben, werden wir innerhalb von sechs Monaten nach Ablauf der Befristung eine neuerliche Leistungsüberprüfung vornehmen. Die dafür notwendigen Unterlagen sind vom Versicherungsnehmer vorzulegen. Ein Recht auf Nachprüfung unserer Leistungspflicht entsprechend § 10 Absatz 2 AVB besteht unverändert.

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

10.7. Ansprüche auf künftige Versicherungsleistungen werden erst fällig, nachdem uns alle für die Beurteilung des Fortbestehens der Leistungspflicht relevanten Umstände angezeigt wurden. Werden uns die erforderlichen Unterlagen nicht übermittelt, werden die Leistungszahlungen bis zur vollständigen Übermittlung der Unterlagen und Nachprüfung unserer Leistungspflicht eingestellt.

10.8. Bei selbständigen Personen kann nach einer erfolgten betrieblichen Umorganisation der Anspruch auf die Leistung aus der Berufsunfähigkeitsversicherung entfallen, wenn die Kriterien gemäß § 7 AVB zutreffen.

10.9. Die Mitwirkungspflichten gemäß § 8 AVB gelten auch für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit.

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

Solange eine Mitwirkungspflicht nach § 8 oder § 10 AVB 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.

§ 12 Wie lange können Ansprüche geltend gemacht werden (Verjährung)?

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

12.2. Sind Sie als Leistungsberechtigter mit unseren Entscheidungen nicht einverstanden, können Sie binnen einem Jahr nach Zugang unserer begründeten Erklärung den Anspruch gerichtlich geltend machen sofern wir Sie in unserer Erklärung auf die mit dem Ablauf der Jahresfrist verbundenen Rechtsfolgen hingewiesen haben. Verstreicht diese Frist, ohne dass bei Gericht Klage erhoben wurde, so sind weitergehende Ansprüche, als wir anerkannt haben, ausgeschlossen.

§ 13 Wann können Sie die Zusatzversicherung kündigen?

Sie können die Zusatzversicherung schriftlich kündigen:

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

Die Zusatzversicherung erlischt dann ohne verfügbaren Wert.

Bitte beachten Sie dazu auch § 15 dieser allgemeinen Versicherungsbedingungen.

§ 14 Wo und wie sind Rentenleistungen aus der Berufsunfähigkeitszusatzversicherung zu erbringen?

- 14.1. Erfüllungsort für die Rentenleistung ist der Sitz des Versicherers.
- 14.2. Leistungen an ausländische Berechtigte oder in das Ausland erbringen wir, sobald uns nachgewiesen wird, dass wir die Zahlung ohne Gefahr der Haftung für nicht entrichtete Steuern vornehmen dürfen. Wir können verlangen, dass der Anspruchsberechtigte den erforderlichen behördlichen Nachweis vorlegt.
- 14.3. Die Versicherungsleistung wird nach Eintritt des Versicherungsfalles und Abschluss der Erhebungen zu Versicherungsfall und Leistungsumfang fällig. Der Versicherer ist nach dem Versicherungsvertragsgesetz berechtigt, alle zur Beurteilung seiner Leistungspflicht benötigten Daten zu erheben. Etwaige Prämienrückstände sowie offene Raten des laufenden Versicherungsjahres werden wir von der fälligen Versicherungsleistung abziehen.
- 14.4. Zu Unrecht empfangene Versicherungsleistungen können und werden wir zurückverlangen. Wurde rechtsgrundlos, etwa aufgrund falscher Angaben, auf Prämienzahlungen verzichtet, können diese nachgefordert werden.

§ 15 Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?

- 15.1. Die Zusatzversicherung bildet mit der Versicherung, zu der sie abgeschlossen wurde (Hauptversicherung), eine Einheit.
- 15.2. Der Rückkauf des Zusatztarifes ist nicht möglich. Prämien- und vorübergehende Leistungsfreistellungen richten sich nach dem Haupttarif. Gegebenenfalls kann bei Wiederaufnahme einer neuerlichen Prämienzahlung eine Risikoprüfung (Beantwortung von Gesundheitsfragen) erfolgen.
- 15.3. Soweit in diesen Versicherungsbedingungen nicht anderes bestimmt ist, gelten die Versicherungsbedingungen der Hauptversicherung sinngemäß auch für die Zusatzversicherung.

IV Versicherungsbedingungen zur Überlebensversicherung, Prämienbefreiung

§ 1 Was ist versichert?

Wir bieten Versicherungsschutz bei folgenden schweren Krankheiten oder Heilbehandlungen des Versicherten

1. Herzinfarkt: Irreversibler Untergang eines Teiles des Herzmuskels durch akuten Verschluss eines oder mehrerer Herzkranzgefäße. Die Diagnose muss durch typische

Brustschmerzen, Erhöhung der herzmuskelspezifischen Laborwerte (z.B. Creatinkinase, CK-MB) und deren typischem Verlauf sowie die für einen akuten Herzinfarkt signifikanten EKG-Veränderungen gesichert sein.

Kein Versicherungsschutz besteht für stumme Herzinfarkte.

Der Anspruch auf die Versicherungsleistung entsteht mit der gesicherten Diagnose durch eine kardiologisch-internistische Fachklinik oder einen kardiologisch-internistischen Facharzt. Die Diagnose muss noch zu Lebzeiten des Versicherten erstellt worden sein.

2. Krebs: Bösartiger Tumor (Neubildung) mit unkontrolliert, invasivem Wachstum und der Tendenz zur Metastasenbildung. Eingeschlossen in den Versicherungsschutz sind maligne Melanome der Haut, Leukämie und alle bösartigen Tumore des Lymphsystems mit Ausnahme der Hodgkin-Krankheit im Stadium I.

Kein Versicherungsschutz besteht bei Auftreten von gutartigen Tumoren, aller Hauttumore (mit Ausnahme des malignen Melanoms), Tumore bei gleichzeitiger HIV-Infektion, nicht invasiven und sehr frühen Tumorstadien (sog. Carcinoma in situ) und isolierter gutartiger Knoten in der Brustdrüse.

Der Anspruch auf die Versicherungsleistung entsteht mit der gesicherten Diagnose durch eine Fachklinik oder einen Facharzt, einem histologischen Befund und der Zuordnung der Erkrankung zur internationalen Tumorklassifikation (TNM).

3. Schlaganfall: Der Schlaganfall muss durch eine Hirnblutung oder einen Hirninfarkt infolge Ruptur (Riss) oder Verschluss eines Hirngefäßes eintreten. Der Schlaganfall muss zum plötzlichen Auftreten - der neurologischen Ausfallerscheinungen (Schädigungen) geführt haben, die nachweislich während mindestens 12 Wochen nach dem Schlaganfall angedauert haben und noch bestehen.

Der Anspruch auf die Versicherungsleistung entsteht mit der gesicherten Diagnose durch eine neurologische Fachklinik oder einen Facharzt für Neurologie. Als gesichert im Sinne der Bedingungen kann jedenfalls nur eine frühestens ab 12 Wochen nach Anfallsereignis erstellte Diagnose gelten.

§ 2 Welche Versicherungsleistung erbringen wir?

▪ Überlebensversicherung mit Kapitalauszahlung

Bei erstmaligem Entstehen des Leistungsanspruches zahlen wir die vereinbarte Versicherungssumme. Damit erlischt der Versicherungsschutz aus dieser Zusatzversicherung. Falls gleichzeitig mehrere Ansprüche entstehen, ist die Leistung mit der für die Zusatzversicherung vereinbarten Versicherungssumme begrenzt.

▪ Prämienbefreiung bei Überleben

Der Versicherungsschutz aus der Hauptversicherung und eventuell anderer Zusatzversicherungen bleibt ab dem dem Leistungsanspruch folgenden Monatsersten prämienfrei aufrecht, längstens jedoch bis zum vollendeten 65. Lebensjahr der versicherten Person. Diese Prämienbefreiung gilt nicht für allfällige Zusatzprämien bei Vorauszahlungen.

§ 2a Was gilt für die Nachversicherungsgarantie?

2a.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 eingetragenen Partnerschaft (Nachweis: Protokoll über die Eintragung)
- 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 weitere erforderliche Nachweise verlangen.

2a.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.

2a.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

2a.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.

2a.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.

§ 3 Wie umfassend ist Ihr Versicherungsschutz?

Soweit nichts anderes vereinbart ist, gilt:

Kein Versicherungsschutz besteht, wenn die schwere Erkrankung oder die Heilbehandlung verursacht wurde

1. durch Missbrauch von Alkohol, Gift, Drogen oder Medikamenten;
2. durch absichtliches Herbeiführen von Krankheit, Kräfteverfall, absichtliche Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung;
3. mittelbar oder unmittelbar
 - durch den Einfluss ionisierender Strahlen im Sinne des Strahlenschutzgesetzes (BGBl.Nr.227/1969) in der jeweils geltenden Fassung,
 - durch Kernenergie.Soweit die versicherte Person als Arzt oder medizinisches Hilfspersonal diesem Risiko ausgesetzt ist, oder wenn eine Bestrahlung für Heilzwecke durch einen Arzt oder unter ärztlicher Aufsicht erfolgt, besteht voller Versicherungsschutz.
4. durch AIDS oder eine HIV-Infektion (direkt oder indirekt).

§ 4 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

Nach rechtzeitiger Zahlung der Prämie beginnt Ihr Versicherungsschutz frühestens nach Ablauf von 3 Monaten

(Wartefrist) seit dem, in der Polizze angegebenen Versicherungsbeginn. Das bedeutet, dass für versicherte Erkrankungen, die innerhalb der ersten 3 Versicherungsmo-nate eintreten bzw. diagnostiziert werden, kein Anspruch auf Versicherungsleistung besteht. Bei einer Erhöhung des Versicherungsschutzes beginnt die Wartefrist für den zu-sätzlichen Versicherungsschutz erneut zu laufen.

§ 5 Wann entsteht ein Anspruch auf Leistung?

- 5.1. Der Anspruch auf Leistung entsteht, wenn die ver-sicherte Person den Zeitraum von mindestens 30 Tagen seit dem medizinisch nachgewiesenen Ein-tritt der schweren Krankheit überlebt und alle bei den jeweiligen Krankheiten angeführten Fristen und sonstigen Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind.
- 5.2. Die Versicherungsleistung wird nach Eintritt des Versicherungsfalls und nach Abschluss der Erhe-bungen zu Versicherungsfall und Leistungsumfang fällig. Der Versicherer ist berechtigt, alle zur Beur-teilung seiner Leistungspflicht benötigten Daten zu erheben. Etwaige Prämienrückstände sowie offene Raten des laufenden Versicherungsjahres werden wir von der fälligen Versicherungsleistung abzie-hen.

§ 6 Welche Nachweise müssen Sie uns vorlegen?

- 6.1. Wenn Sie eine Leistung aus dieser Zusatzversi-cherung beanspruchen benötigen wir folgende Nachweise:
 - a) eine Darstellung der Ursachen für den Eintritt des Versicherungsfalles und
 - b) ausführliche Berichte der Ärzte, die versicherte Person gegenwärtig behandeln bzw. behandelt und untersucht haben, über Ursachen, Beginn, Art und Verlauf des Leidens. Ebenso sind uns Berichte von Rehabilitations- und Kurkliniken, in denen Behandlungen vor dem Leistungsfall stattfanden, vorzulegen.
- 6.2. Im Versicherungsfall können wir ärztliche Unter-suchungen auf unsere Kosten durch von uns be-auftragte Ärzte verlangen. Der Versicherte hat Ärzte, Krankenhäuser und sonstige Kranken-anstalten, bei denen er in Behandlung war oder sein wird, sowie Versicherungsunternehmen und Be-hörden zu ermächtigen, uns auf Verlangen Aus-kunft zu erteilen.
- 6.3. Tritt der Versicherungsfall außerhalb Österreichs ein, oder wird die Untersuchung außerhalb Öster-reichs durchgeführt, können wir verlangen, dass die erforderlichen Nachweise zur Feststellung des Leistungsfall von einem in Österreich niederge-lassenen Arzt auf Kosten des Anspruchstellers er-bracht werden.

§ 7 Wie berechnen wir Ihre Prämie?

Die Prämie berechnen wir nach dem Alter des Die Prämie berechnen wir nach dem Alter des Versi- cherten sowie der Vertragsdauer.

Während der Vertragsdauer kann die Prämie - au- ßer bei Erhöhung des Versicherungsumfangs - nur dann angehoben werden, wenn es zu einer nicht nur vorübergehenden, unvorhersehbaren Ände- rung des Leistungsbedarfs gegenüber den techni- schen Berechnungsgrundlagen und der daraus er- rechneten Prämie kommt.

§ 8 Wann können Sie die Zusatzversicherung kün- digen und welche Folgen hat dies?

- 8.1. Sie können die die Zusatzversicherung schriftlich kündigen:
 - jederzeit auf den Schluss des laufenden Versiche- rungsjahres
 - innerhalb eines Versicherungsjahres mit 3-mona- tiger Frist auf den Monatsschluss, frühestens je- doch auf den Schluss des ersten Versicherungs- jahres.
- 8.2. Eine Prämienfreistellung für die Überlebensversi- cherung mit Kapitalauszahlung ist möglich. Sollte durch die Prämienfreistellung kein versicherungstechnisches Risiko mehr vorhanden sein (siehe § 2 AVB Fondsgebundene Lebensversicherung), wird die Hauptversicherung prämienfreigestellt.
- 8.3. Die Zusatzversicherung erlischt dann ohne verfügbaren Wert.
- 8.4. Sofern durch die Kündigung der Zusatzversi- cherung kein versicherungstechnisches Risiko vorhan- den ist (siehe § 2 AVB Fondsgebundene Lebens- versicherung), wird die Hauptversicherung prämien- freigestellt.

§ 9 Anpassung der Risikoprämien

Im Sinne des § 172 VersVG wird der Versicherer im Fall einer bedeutenden, unvorhersehbaren und nicht nur vorübergehenden Veränderung der Risikoein- trittswahrscheinlichkeiten (zB Sterbe- oder Berufs- unfähigkeitswahrscheinlichkeit) eine Anpassung der Risikoprämien vornehmen. Unvorhersehbar ist eine Veränderung, die der langjährig beobachteten Ent- wicklung widerspricht und die der Versicherer daher in seiner Kalkulation nicht berücksichtigen konnte. Der Versicherungsnehmer wird vor der beabsichtig- ten Änderung der Anpassung rechtzeitig informiert. Im Falle einer Erhöhung der Risikoprämie kann der Versicherungsnehmer eine Herabsetzung des Ver- sicherungsschutzes bei gleichbleibender Prämien- höhe verlangen.

§ 10 Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?

- 10.1. Die Zusatzversicherung bildet mit der Versiche- rung, zu der sie abgeschlossen wurde (Hauptversi- cherung), eine Einheit.

10.2. Soweit in diesen Versicherungsbedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die Versicherungsbedingungen für die Hauptversicherung auch auf die Überlebensversicherung sinngemäß Anwendung.

V Versicherungsbedingungen für die Zusatzversicherung Ableben 10 Prozent

§ 1 Was ist versichert?

Ableben 10 Prozent Zusatzversicherung bietet Schutz im Ablebensfall.

Im Falle des Ablebens der versicherten Person vor dem Versicherungsende, werden neben den Ansprüchen aus der Hauptversicherung, zusätzlich 10 % der bis dahin einbezahlten Prämien der Hauptversicherung exklusive 4 % Versicherungssteuer ausbezahlt.

§ 2 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

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

§ 3 Wie umfassend ist Ihr Versicherungsschutz?

3.1. Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht weltweit und unabhängig davon, wie und wo es zum Ableben gekommen ist; wir leisten jedoch nicht, wenn das Ableben aufgrund folgender Ereignisse 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 das Ableben 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 oder Kräfteverfall, absichtliche Selbstverletzung, missbräuchlichen Drogen- und Alkoholkonsum;
- 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 das Ableben verursacht wurde in Ausübung einer Tätigkeit als Sonderpilot (z.B. Paragleiter, Hängegleiter, Ballonfahrer, Drachenflieger, Fallschirmspringer), Hubschrauberpilot, Militärpilot, Testpilot, Kunstflugpilot.

3.3. Teilnahme an Auslandseinsätzen des österreichischen Bundesheeres sind dem Versicherer zu melden. Für die Dauer der Teilnahme dieser Einsätze kann der Versicherungsschutz eingeschränkt oder ein Risikozuschlag verrechnet werden.

3.4. Entsteht das Ableben aufgrund eines der 3.1 bzw. ohne besondere Vereinbarung der im 3. 2. 3.3 oder 3.4 genannten Fälle, erlischt diese Zusatzversicherung und es wird, sofern vorhanden, die Deckungsrückstellung gezahlt.

§ 4 Was gilt bei Selbstmord?

Bei Selbstmord der versicherten Person vor Ablauf von drei Jahren seit Abschluss, Wiederherstellung oder einer unsere Leistungspflicht erweiternden Änderung des Vertrages sind wir von der Verpflichtung zur Leistung befreit. Wird uns jedoch nachgewiesen, dass die Tat in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen wurde, besteht voller Versicherungsschutz. Bei Selbstmord der versicherten Person nach Ablauf von drei Jahren seit Abschluss, Wiederherstellung oder einer unsere Leistungspflicht erweiternden Änderung des Vertrages besteht voller Versicherungsschutz.

§ 5 Was ist bei Fälligkeit der Versicherungsleistung im Ablebensfall zu beachten?

Im Ablebensfall der versicherten Person ist uns immer eine amtliche Sterbeurkunde vorzulegen. Zusätzlich können wir ärztliche oder amtliche Nachweise verlangen, wenn dies erforderlich ist, um unsere Leistungspflicht zu klären. Die Kosten dieser Nachweise trägt der Bezugsberechtigte.

§ 6 Welche Kosten und Gebühren fallen an?

6.1. 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.

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

§ 7 Wann können Sie die Zusatzversicherung kündigen und welche Folgen hat dies?

- 7.1. Sie können diese Zusatzversicherung schriftlich kündigen:
- frühestens zum Ende des ersten Versicherungsjahres, danach
 - jederzeit zum Ende des laufenden Versicherungsjahres
 - innerhalb eines Versicherungsjahres mit 3-monatiger Frist auf den Monatsschluss.
- 7.2. Bei Kündigung erfolgt keine Rückerstattung von Prämienanteilen. Die Zusatzversicherung erlischt ohne Wert. Bei einer Versicherung gegen einmalige Prämienzahlung (Einmaleralag) werden die nicht verbrauchten versicherungstechnischen Rückstellungen als Rückkaufswert ausbezahlt.
- 7.3. Eine Prämienfreistellung ist nicht möglich.
- 7.4. Sofern durch die Kündigung der Zusatzversicherung kein versicherungstechnisches Risiko vorhanden ist (siehe § 2 AVB Fondsgebundene Lebensversicherung), wird die Hauptversicherung prämienfreigestellt.

§ 8 Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?

- 8.1. Die Zusatzversicherung bildet mit der Versicherung, zu der sie abgeschlossen worden ist (Hauptversicherung Fondsgebundene Lebensversicherung), eine Einheit und kann ohne diese nicht fortgesetzt werden. Wenn die Hauptversicherung endet, endet auch die Zusatzversicherung.
- 8.2. 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.
- 8.3. Die Zusatzversicherung ist nicht am Gewinn beteiligt.
- 8.4. Sofern in diesen Versicherungsbedingungen nichts anderes bestimmt ist, gelten die Versicherungsbedingungen der Hauptversicherung Fondsgebundene Lebensversicherung sinngemäß auch für die Zusatzversicherung.

VI Versicherungsbedingungen Prämienbefreiung bei Unfallinvalidität, Pflegebedürftigkeit und Arbeitsunfähigkeit

§ 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 den gesamten Vertrag.

§ 2 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz, 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 der 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 Daumens 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 Geschmackssinns 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. 4.1.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 Frühsummer-Meningoencephalitis 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 Falle 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 als mitverschert.

Für organisch bedingte Störungen des Nervensystems erbringen wir nur dann 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 nur dann eine Leistung 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 dann 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 die versicherte Person, der nach ärztlichem Befund zufolge objektiv nachweisbarer Krankheit, Körperverletzung (Unfall) oder Zerfall der geistigen und körperlichen Kräfte vollständig außerstande ist, einen Beruf auszuüben.

Wird die versicherte Person während der Prämienzahlungsdauer dieser Zusatzversicherung nach Ablauf der Wartezeit nach § 2 arbeitsunfähig und dauert die Arbeitsunfähigkeit in ununterbrochener Folge länger als 90 Tage an, so entfällt die Verpflichtung zur Prämienzahlung für die

Hauptversicherung und die eingeschlossenen Zusatzversicherungen.

Jeder Tag, für den Anspruch auf Prämienfreiheit besteht, ist mit einem Dreihundertfünfundsiebzigstel 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 Wartezeit 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 Wartezeit 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 am dem Monatsersten, der dem Eintritt der Pflegebedürftigkeit folgt, fällig, sofern sich aus § 6 Mitwirkungspflichten nichts anderes ergibt. Für die Wartezeit gilt § 2.

5.1. Der Anspruch auf Leistung endet, wenn Unfallinvalidität, Pflegebedürftigkeit oder Arbeitsunfähigkeit wegfällt, die vertragliche Leistungsdauer abläuft oder die versicherte Person verstirbt. Die Beendigung der Unfallinvalidität, Pflegebedürftigkeit oder Arbeitsunfähigkeit bzw. das Ableben der versicherten Person ist uns in geschriebener Form 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 des Grades der Pflegebedürftigkeit sind uns unverzüglich anzuzeigen. Eine Verringerung des Grades der Arbeitsunfähigkeit oder eine neue berufliche Tätigkeit sind uns ebenso 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. Sie haben jederzeit das Recht, Informationen über den Stand einer laufenden Leistungsprüfung beim Versicherer einzuholen.

§ 9 Ausschlüsse der Leistungspflicht

9.1. Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht weltweit und unabhängig davon, wie und wo es dazu gekommen ist; wir leisten jedoch nicht, wenn die Leistung aufgrund folgender Ereignisse 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 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.

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 Motorrennsports.

§ 10 Anpassung der Risikoprämien

Im Sinne des § 172 VersVG wird der Versicherer im Fall einer bedeutenden, unvorhersehbaren und nicht nur vorübergehenden Veränderung der Risikoeintrittswahrscheinlichkeiten (zB 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 und 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 Einspruch 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 practici (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. Sofern durch die Kündigung der Zusatzversicherung kein versicherungstechnisches Risiko vorhanden ist (siehe § 3 AVB Fondsgebundene Lebensversicherung), wird die Hauptversicherung prämienfreigestellt.

§ 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 der Versicherungsschutz aus der Hauptversicherung herabgesetzt wird oder erlischt, so vermindert sich oder erlischt der Versicherungsschutz aus der Zusatzversicherung im gleichen Ausmaß.

13.2. 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

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.