

Sehr geehrter Kunde, sehr geehrte Kundin!

die Bedingungen zu Ihrer FlexSolution bestehen aus den Allgemeinen Versicherungsbedingungen zur Hauptversicherung FlexSolution und den Besonderen Bedingungen zu den Zusatzversicherungen zu FlexSolution.

Allgemeine Versicherungsbedingungen zur Hauptversicherung FlexSolution

gültig ab 05/2009

Inhaltsverzeichnis - Allgemeine Versicherungsbedingungen zur Hauptversicherung FlexSolution

§ 1.	Leistungen des Versicherers im Versicherungsfall	2
§ 2.	Pflichten des Versicherungsnehmers	2
§ 3.	Umfang des Versicherungsschutzes	3
§ 4.	Beginn des Versicherungsschutzes	3
§ 5.	Welche Vertragsgrundlagen gelten?	3
§ 6.	Was ist eine klassische Veranlagung?	3
§ 7.	Was ist eine fondsgebundene Veranlagung?	4
§ 8.	Welche Änderungen der Veranlagungsstrategie sind möglich?	4
§ 9.	Kosten und Gebühren	5
§ 10.	Leistungserbringung durch den Versicherer	6
§ 11.	Stichtage für die fondsgebundene Veranlagung	6
§ 12.	Kündigung der Versicherung	6
§ 13.	Prämienfreistellung	7
§ 14.	Nachteile einer Kündigung oder Prämienfreistellung	7
§ 15.	Was gilt für Mitteilungen, die sich auf das Versicherungsverhältnis beziehen?	7
§ 16.	Wer erhält die Versicherungsleistung?	7
§ 17.	Was gilt bei Verpfändung, Abtretung und Vinkulierung?	7
§ 18.	Was ist bei Verlust der Versicherungspolizze zu tun?	8
§ 19.	Verjährung	8
§ 20.	Welche Aufsichtsbehörde ist zuständig?	8
§ 21.	Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?	8
§ 22.	Erfüllungsort	8
§ 23.	Wo ist der Gerichtsstand?	8

Besondere Versicherungsbedingungen zu den Zusatzversicherungen zu FlexSolution.....9

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

**Bezugsberechtigter
(Begünstigter)**

ist die Person, die für den Empfang der Leistung des Versicherers benannt ist.

Prämie

ist das vom Versicherungsnehmer zu zahlende Entgelt.

Deckungsrückstellung

bei der fondsgebundenen Veranlagung:

Bei der fondsgebundenen Veranlagung bilden die zu Grunde liegenden Fondsanteile die Deckungsrückstellung. Wir ermitteln deren Geldwert, indem wir die Anzahl der Fondsanteile je Investmentfonds mit dem uns am Stichtag zur Verfügung gestellten Kurswert des jeweiligen Investmentfonds multiplizieren.

bei der klassischen Veranlagung und der Ablebensrisikoversicherung:

Bei der klassischen Veranlagung ergibt sich die Deckungsrückstellung aus der Summe der einbezahlten Prämien abzüglich der einmaligen Abschlusskosten und der Prämienanteile für Verwaltungskosten, Steuern und Übernahme des Ablebensrisikos zuzüglich der Verzinsung mit dem garantierten Rechnungszinssatz, den Sie der Versicherungspolizze entnehmen können. Der Versicherer bildet mit diesem Wert eine Rückstellung in seiner Bilanz zur Deckung des jeweiligen Anspruchs auf Versicherungsleistung.

Gewinnbeteiligung bei der klassischen Veranlagung

sind die Ihrem Vertrag zugewiesenen Überschüsse, welche die garantierten Versicherungsleistungen erhöhen.

Versicherungssumme

ist die garantierte Leistung des Versicherers im Erlebensfall.

Modellrechnung

ist die individuell auf Ihren Vertrag abgestimmte Darstellung der möglichen Leistungsentwicklung, insbesondere der Erlebensleistung unter der Annahme der dort ausgewiesenen Performance sowie der jeweiligen Versicherungssumme.

Versicherungsfall	ist der Eintritt des Erlebens- oder Ablebensfalles.
Erlebensfall	ist die Beendigung des Versicherungsvertrages durch Kündigung des Versicherungsnehmers.
Ablebensfall	ist die Beendigung des Versicherungsvertrages durch Ableben der versicherten Person.
Prämienfreie Versicherungssumme	ist die nach Einstellung der Prämienzahlung berechnete verminderte Versicherungssumme.
Versicherer	<p>Fondsgebundene Veranlagung und Prämienbefreiung bei Berufsunfähigkeit: FinanceLife Lebensversicherung AG, Untere Donaustraße 21, 1029 Wien; Tel. +43/1/211 75; Fax: +43/1/211 75-3780 Sitz der Gesellschaft: Wien, FN 135700i beim Handelsgericht Wien DVR 0818305</p> <p>Klassische Veranlagung, Pensionszahlung, Dread-Disease, Berufsunfähigkeitspension, Ablebenszusatz- und Krankenversicherung: UNIQA Personenversicherung AG, Untere Donaustraße 21, 1029 Wien; Tel. +43/1/211 75; Sitz der Gesellschaft: Wien, FN 63197m beim Handelsgericht Wien DVR 0018813</p>
Versicherte Person	ist die Person, deren Leben versichert ist.
Versicherungsnehmer	ist der Vertragspartner des Versicherers und Träger der Rechte und Pflichten aus dem Versicherungsvertrag.
Prämiensumme	ist die Summe aller während der Prämienzahlungsdauer fällig werdenden Prämien nach Abzug der Versicherungssteuer.
Hauptversicherung	FlexSolution <u>ohne</u> Zusatzversicherungen

§ 1. Leistungen des Versicherers im Versicherungsfall

1.1. Ihr Versicherungsvertrag ist auf unbestimmte Zeit gegen Einmalbeitrag oder laufende Prämienzahlung über eine im vorhin festgelegte Prämienzahlungsdauer abgeschlossen. Der Versicherungsfall tritt entweder durch Kündigung Ihrerseits (= Erlebensfall) oder durch Ableben der versicherten Person (= Ablebensfall) ein.

- Im Erlebensfall leisten wir den Geldwert der Deckungsrückstellung. Es wird kein gesonderter Abzug verrechnet.
- Im Ablebensfall der versicherten Person kommt die Mindesttodesfalleistung zur Auszahlung, mindestens jedoch der Geldwert der Deckungsrückstellung zuzüglich 5% der Prämiensumme. Sofern nach Ende der Prämienzahlungsdauer eine Teilkündigung erfolgt ist, entfällt die Mindesttodesfalleistung. In diesem Fall entspricht die Ablebensleistung dem Geldwert der Deckungsrückstellung zuzüglich 5% der Prämiensumme (siehe § 12.2).

Die Prämiensumme und die Mindesttodesfalleistung sind in Vorschlag, Antrag beziehungsweise in der Versicherungspolizze angeführt.

- 1.2. Die Versicherungsleistung zahlen wir als Geldleistung aus. Den Geldwert der Deckungsrückstellung ermitteln wir zu dem in § 11.2. genannten Stichtag.
- 1.3. Der Versicherungsnehmer hat das Recht, anstelle der Kapitalzahlung durch die FinanceLife Lebensversicherung AG eine Pension von der UNIQA Personenversicherung AG unter Übertragung des Deckungskapitals an diese zu verlangen. Die Höhe der Pension wird auf der Grundlage der zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme gültigen Rechnungsgrundlagen des Pensionsversicherers, insbesondere der dann gültigen Sterbetafel und dem dann gültigen Rechnungszins, ermittelt.
- 1.4. Weitere Leistungen des Versicherers können sich gegebenenfalls aus der Vereinbarung von Zusatzversicherungen ergeben, siehe „Besondere Versicherungsbedingungen zu den Zusatzversicherungen zu FlexSolution“ ab Seite 9.

§ 2. Pflichten des Versicherungsnehmers

- 2.1. Sie sind verpflichtet den Antrag und die damit verbundenen Fragen wahrheitsgemäß und vollständig auszufüllen bzw. zu beantworten. Wenn das Leben einer anderen Person versichert werden soll, ist auch diese für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung aller Fragen verantwortlich.
- 2.2. Werden Fragen schuldhaft unrichtig oder unvollständig beantwortet, können wir innerhalb von drei Jahren seit Abschluss, Wiederherstellung oder einer die Leistungspflicht des Versicherers erweiternden Änderung des Vertrages von diesem zurücktreten. Tritt der Versicherungsfall innerhalb dieser drei Jahre ein, können wir auch noch nach Ablauf dieser Frist zurücktreten. Wir können den Rücktritt nur innerhalb eines Monats ab Kenntnis der Unrichtigkeit oder Unvollständigkeit der Angaben erklären. Wir können nicht vom Vertrag zurücktreten, wenn wir von der Unrichtigkeit oder Unvollständigkeit der Angaben Kenntnis hatten oder der verschwiegene Umstand keinen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalles hatte. Bei arglistiger Täuschung können wir den Vertrag jederzeit anfechten. Wenn wir den Vertrag anfechten oder vom Vertrag zurücktreten leisten wir den Geldwert der Deckungsrückstellung aus der Hauptversicherung. Schuldhaft unrichtige oder unvollständige Angaben können darüber hinaus nach Maßgabe der gesetzlichen Bestim-

mungen zum Verlust des Versicherungsschutzes führen, sodass wir im Versicherungsfall nur den Geldwert der Deckungsrückstellung leisten.

- 2.3. An Ihren Antrag sind Sie sechs Wochen ab Antragstellung gebunden.
- 2.4. Sie sind verpflichtet, die vereinbarten Versicherungsprämien (einmalige oder laufende Prämien) an uns für uns kostenfrei und rechtzeitig zu bezahlen.
- 2.5. Sie können Ihre laufenden Prämien nach Vereinbarung jährlich, halbjährlich, vierteljährlich oder monatlich bezahlen. Für die Hauptversicherung wird kein Unterjährigkeitszuschlag verrechnet. Im Versicherungsfall werden etwaige Prämienrückstände von der Versicherungsleistung in Abzug gebracht.
- 2.6. Die erste oder einmalige Prämie wird mit Zustellung der Versicherungspolizze, nicht aber vor Versicherungsbeginn fällig und ist sodann innerhalb von zwei Wochen zu bezahlen. Folgeprämien sind innerhalb eines Monats, bei monatlicher Prämienzahlung innerhalb von zwei Wochen, jeweils ab dem in der Versicherungspolizze angegebenen Fälligkeitstag zu bezahlen.
- 2.7. Wenn Sie die erste oder eine einmalige Prämie nicht rechtzeitig bezahlen, sind wir leistungsfrei und können vom Vertrag zurücktreten, es sei denn Sie waren an der rechtzeitigen Zahlung ohne Verschulden verhindert. Es gilt als Rücktritt unsererseits, wenn wir die erste oder einmalige Prämie nicht innerhalb von drei Monaten vom Fälligkeitstag an gerichtlich geltend machen. Bei einem Rücktritt sind die von uns getragenen Kosten einer von Ihnen bei Antragstellung durchgeführten ärztlichen Untersuchung an uns rückzuerstatten.
- 2.8. Wenn Sie eine Folgeprämie nicht rechtzeitig bezahlen, erhalten Sie eine schriftliche Mahnung. Bezahlen Sie den Rückstand nicht innerhalb der in der Mahnung festgesetzten Frist von mindestens zwei Wochen, können wir den Vertrag zum Ablauf der festgesetzten Frist kündigen, es sei denn, Sie waren an der rechtzeitigen Zahlung ohne Verschulden verhindert. Im Falle unserer Kündigung vermindert sich Ihr Versicherungsschutz auf die prämienfreie Todesfalleistung, bei Unterschreitung der Mindestsumme entfällt er gemäß § 13.2. zur Gänze.
- 2.9. Laufende Prämien sind im Einzugsermächtigungsverfahren zu bezahlen. Wir buchen sie jeweils bei Fälligkeit von dem uns angegebenen Konto ab. Bei anderen Zahlungsarten verrechnen wir pro Zahlung eine angemessene Gebühr gemäß § 9.9.
- 2.10. Für eine Stundung der Prämien ist eine schriftliche Vereinbarung mit uns erforderlich.
- 2.11. Die Veranlagung erfolgt erst nach Einlangen der Prämien zum nächstmöglichen vorgesehenen Investitionstermin. Termin für den Kauf und den Verkauf von Fondsanteilen ist jeweils der letzte Börsetag eines Monats. Soweit es auf den nächstmöglichen Termin ankommt, steht der Termin unter dem Vorbehalt, dass die maßgebenden Voraussetzungen bis zum 20. des laufenden Monats gegeben sind.

§ 3. Umfang des Versicherungsschutzes

- 3.1. Der Versicherungsschutz besteht grundsätzlich unabhängig davon, auf welcher Ursache der Ablebensfall beruht.
- 3.2. Bei Selbstmord der versicherten Person innerhalb von drei Jahren nach Abschluss, Wiederherstellung oder einer die Leistungspflicht des Versicherers erweiternden Änderung des Vertrages leisten wir nur den Geldwert der Deckungsrückstellung. Wird uns nachgewiesen, dass Selbstmord in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen wurde, besteht hingegen voller Versicherungsschutz.
- 3.3. Wenn das Ableben unmittelbar oder mittelbar durch kriegerische Ereignisse, denen die versicherte Person außerhalb Österreichs bei Ausübung einer beruflichen oder dienstlichen Tätigkeit ausgesetzt war, leisten wir den Geldwert der Deckungsrückstellung.
- 3.4. Wird Österreich in kriegerische Ereignisse verwickelt, von einer nuklearen, biologischen, chemischen oder durch Terrorismus ausgelösten Katastrophe betroffen, bezahlen wir bei einem dadurch verursachten Ablebensfall ebenfalls nur den Geldwert der Deckungsrückstellung.

§ 4. Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt, sobald wir die Annahme Ihres Antrages schriftlich oder durch Zustellung der Versicherungspolizze erklärt und Sie die erste oder einmalige Prämie rechtzeitig (§ 2.6.) bezahlt haben. Vor dem in der Versicherungspolizze angegebenen Versicherungsbeginn besteht kein Versicherungsschutz.

§ 5. Welche Vertragsgrundlagen gelten?

Vertragsgrundlagen sind der Antrag, die Versicherungspolizze, der vereinbarte Tarif, die vorliegenden Allgemeinen und Besonderen Versicherungsbedingungen zu FlexSolution, die Modellrechnung sowie das Bedingungs-Merkblatt zu FlexSolution. Der Tarif enthält die versicherungsmathematischen Berechnungsgrundlagen für Ihren Versicherungsvertrag und unterliegt der Kontrolle und Aufsicht der Finanzmarktaufsicht. Der Tarif enthält insbesondere Bestimmungen über die Festlegung der Prämie, der Leistung und der Kosten.

§ 6. Was ist eine klassische Veranlagung?

- 6.1. Bei der klassischen Veranlagung wird der Rechnungszinssatz, der zur Verzinsung der Deckungsrückstellung herangezogen wird, in der bei Vertragsabschluss festgelegten Höhe garantiert. Um diese Garantie auch einhalten zu können,

dürfen entsprechend den aufsichtsrechtlichen Bestimmungen höchstens 40% in Aktien angelegt werden. Der überwiegende Anteil des Deckungsstockkapitals muss in festverzinslichen mündelsicheren Wertpapieren veranlagt werden.

- 6.2. Der in die Deckungsrückstellung der klassischen Veranlagung gelangende Teil Ihrer Prämie, der dann mit dem garantierten Rechnungszinssatz verzinst wird, ergibt sich nach Abzug der Versicherungssteuer und der Kosten (gemäß §9.1) aufgrund des von Ihnen beantragten Prozentsatzes für die Prämienaufteilung.
- 6.3. Die mit dem Rechnungszinssatz aufgezinnten Prämienanteile ergeben am Ende der Veranlagungsdauer die garantierte Versicherungssumme. Dazu kommt noch die Gewinnbeteiligung. Die Gewinnbeteiligung errechnet sich aus dem Zinsgewinnanteil. Der Zinsgewinnanteil stammt aus den den Rechnungszinssatz übersteigenden Erträgen der Kapitalanlagen und wird in Prozent der hierfür geschäftsplanmäßig festgelegten Deckungsrückstellung ausgedrückt.
- 6.4. Am Ende der geplanten Veranlagungsdauer, spätestens zum 85. Lebensjahr, haben Sie die Möglichkeit, die Versicherungssumme samt Gewinnbeteiligung aus der klassischen Veranlagung zu beheben oder in die fondsgebundene Veranlagung zu übertragen. Wir werden Sie während des letzten Jahres der geplanten Veranlagungsdauer bzw. rechtzeitig vor Erreichen des 85. Lebensjahres schriftlich darauf hinweisen. Falls Sie bis 1 Monat vor Ende der geplanten Veranlagungsdauer bzw. vor Hauptfälligkeit des Jahres, in welchem das 85. Lebensjahr vollendet wird, keine Entscheidung treffen, wird die Übertragung in die fondsgebundene Veranlagung, Portefeuille I (=100% Anleihenfonds; Veranlagung gemäß dem Bedingungs-Merkblatt) automatisch vorgenommen.

§ 7. Was ist eine fondsgebundene Veranlagung?

- 7.1. Eine fondsgebundene Veranlagung im Rahmen einer Lebensversicherung bietet Versicherungsschutz unter unmittelbarer Beteiligung an der Wertentwicklung eines oder mehrerer Sondervermögen (Anlagestock/Anlagestöcke). Die Anlagestöcke werden gesondert vom übrigen Vermögen in Wertpapieren angelegt und in Anteileneinheiten aufgeteilt.
- 7.2. 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 am Stichtag gemäß § 11.2. ermittelten Wert einer Anteileneinheit des entsprechenden Anlagestockes multipliziert wird.
- 7.3. Erträge, die wir aus den in den Anlagestöcken enthaltenen Vermögenswerten erzielen, werden gemäß den Vertragsbedingungen des jeweiligen Investmentfonds verwendet. Bei ausschüttenden Investmentfonds werden die Erträge 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.
- 7.4. Die fondsgebundene Veranlagung erfolgt durch Veranlagung in Investmentfonds. Bei Kurssteigerungen erzielen Sie Wertzuwächse, Kursrückgänge führen zu Wertminderungen. Bei Veranlagung in Investmentfonds, die in einer Fremdwährung notieren, unterliegen die Investmentfonds Währungskursschwankungen, die den Wert der Fondsanteile zusätzlich beeinflussen können. Sie tragen bei der fondsgebundenen Veranlagung das volle Veranlagungsrisiko. Es gibt daher keine garantierte Erlebensleistung aus der fondsgebundenen Veranlagung. Die Wertentwicklung in der Vergangenheit lässt keine Rückschlüsse auf die zukünftige Entwicklung eines Investmentfonds zu.
- 7.5. Der in die Deckungsrückstellung der fondsgebundenen Veranlagung gelangende Teil Ihrer Prämie ergibt sich nach Abzug der Versicherungssteuer und Kosten (gemäß § 9.1) aufgrund des von Ihnen beantragten Prozentsatzes für die Prämienaufteilung. Wir bauen mit diesen Anlagebeträgen den Geldwert der Deckungsrückstellung auf. Investmentfonds-Ausschüttungen und Kapitalertragsteuer-Rückerstattungen führen wir ebenfalls den Investmentfonds zu.
- 7.6. Wird ein von Ihnen gewählter Investmentfonds oder eines unserer Portefeuilles geschlossen, aus unserer Auswahl entfernt, mit einem anderen Investmentfonds zusammengelegt, wird die Ausgabe von Anteilen eingestellt oder ist eine Veranlagung oder Weiterveranlagung aus sonstigen Gründen nicht oder nicht mehr möglich, werden wir Sie darüber informieren und außer bei Zusammenlegung von Investmentfonds auffordern, binnen eines Monats einen anderen Investmentfonds oder ein anderes Portefeuille mit Wirkung für die Neuveranlagung oder gegebenenfalls auch für bestehende Fondsanteile oder Portefeuilles aus unserem Angebot auszuwählen. Falls Sie sich nicht innerhalb dieser Frist entscheiden, wird das ab diesem Zeitpunkt zu veranlagende und gegebenenfalls auch das schon veranlagte Kapital in das Portefeuille I (=100% Anleihenfonds, Veranlagung gemäß dem Bedingungs-Merkblatt) übertragen.
- 7.7. Eine Kapitalanlagegesellschaft kann sowohl den Ankauf von Fondsanteilen verweigern als auch einen Investmentfonds schließen. Ebenso können wir aus wichtigem Grund ein Portefeuille oder einen Investmentfonds mit Wirkung sowohl für die Neuanlage als auch für bereits erworbene Fondsanteile aus dem Angebot zu Ihrer fondsgebundenen Veranlagung entfernen. Ein solcher wichtiger Grund, welcher nicht in der Verantwortung des Versicherers liegt, ist insbesondere dann gegeben, wenn der Investmentfonds oder ein Portefeuille nicht mehr oder nur eingeschränkt oder nicht mehr täglich handelbar ist, eine Fondsgesellschaft Mindestabnahmemengen vorgibt oder einem Investmentfonds oder Portefeuille die Vertriebszulassung für Österreich entzogen wird.

§ 8. Welche Änderungen der Veranlagungsstrategie sind möglich?

- 8.1. Sie können während der Vertragsdauer eine Änderung der Veranlagungsstrategie schriftlich beantragen: Unter den zur Verfügung stehenden Veranlagungen (klassische Veranlagung sowie Portefeuilles und Investmentfonds der fondsgebundenen Veranlagung) werden Ihnen kostenfreie Wechsel bzw. Änderungen der prozentuellen Aufteilung ermöglicht.

8.2. Wann kann die Änderung erfolgen?

Die Änderung ist zu jedem künftigen Monatsbeginn möglich, sofern der schriftliche Auftrag bis zum 20. des laufenden Monats beim Versicherer für die Vertragsführung (FinanceLife Lebensversicherung AG) eingegangen ist. Die Umschichtung in die klassische Veranlagung muss mindestens 10% und darf maximal 90% der zu veranlagenden Prämie und/oder des Geldwertes der Deckungsrückstellung betragen.

8.3. Wir werden Ihren Antrag annehmen, wenn dem kein wichtiger Grund entgegensteht. Bei einer Änderung der Veranlagungsstrategie sind wir gesetzlich verpflichtet, ein aktuelles Anlegerprofil von Ihnen anzufordern. Dieses muss dem Änderungsantrag beigelegt werden. Sollten Fondsanteile über die Börse gehandelt werden, sind anfallende Transaktionskosten vom Versicherungsnehmer zu tragen.

8.4. Arten der Änderungen

a) Änderung der Veranlagungsstrategie für den gesamten Vertrag

Der vorhandene Geldwert der Deckungsrückstellung wird entsprechend der geänderten Gewichtung zwischen den Veranlagungen umgeschichtet bzw. übertragen. Künftig fällige Anlagebeträge werden ebenfalls entsprechend der geänderten Gewichtung investiert.

b) Änderung der Veranlagungsstrategie für das bestehende Depotguthaben

Der vorhandene Geldwert der Deckungsrückstellung wird entsprechend der geänderten Gewichtung zwischen den Veranlagungen umgeschichtet bzw. übertragen. Künftig fällige Anlagebeträge sind davon nicht betroffen und werden gemäß der bisherigen Vereinbarung veranlagt.

c) Änderung der Veranlagungsstrategie für die neuen Einzahlungen

Künftig fällige Anlagebeträge werden entsprechend der geänderten Gewichtung in die beantragten Veranlagungen investiert. Der vorhandene Geldwert der Deckungsrückstellung ist davon nicht betroffen und bleibt gemäß der bisherigen Vereinbarung veranlagt.

8.5. Bei Teilkündigungen bestimmen Sie, aus welchen Veranlagungen die Versicherungsleistung erfolgen soll. Soll die Versicherungsleistung aus mehr als einer Veranlagung entnommen werden, so ist die gewünschte Gewichtung bekannt zu geben.

§ 9. Prämienbestandteile, Kosten und Gebühren der Hauptversicherung

9.1. Die Versicherungssteuer wird entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen von Ihren Prämien in Abzug gebracht. Weiters verrechnen wir Ihnen für unsere Leistungen Kosten zur Deckung des Ablebensrisikos (§ 9.2.), Abschlusskosten (§ 9.4.) und Verwaltungskosten (§ 9.5.) sowie Gebühren (§ 9.9.).

9.2. Die Prämie zur Deckung des Ablebensrisikos aus der Hauptversicherung (Risikoprämie) richten sich nach dem Alter und dem Geschlecht der versicherten Person sowie nach der Ablebensleistung und dem Geldwert der Deckungsrückstellung. Das rechnungsmäßige Alter ist bezüglich der fondsgebundenen und klassischen Veranlagung sowie der Berufsunfähigkeitsversicherung zur Prämienbefreiung des Haupttarifs die Differenz zwischen dem jeweils aktuellen Kalenderjahr und dem Geburtsjahr. Bezüglich der übrigen Zusatzversicherungen (soweit vereinbart) wird ein Lebensjahr für voll gerechnet, wenn davon am Tag, an welchem laut Versicherungspolizze das erste Versicherungsjahr beginnt, mehr als sechs Monate verflossen sind.

Die Risikoprämie der Hauptversicherung errechnet sich monatlich aus der Differenz des Wertes der Ablebensleistung und dem Geldwert der Deckungsrückstellung zum Stichtag, sowie der Ablebenswahrscheinlichkeit gemäß der „österreichischen Sterbetafel für Männer und Frauen 2000/2002“ mit den von der österreichischen Aktuarsvereinigung empfohlenen Modifikationen.

Für die Übernahme erhöhter Risiken insbesondere wegen Krankheit, Beruf, Sport, etc. können wir Zusatzprämien („Risikozuschläge“) zur Prämie oder besondere Bedingungen mit Ihnen vereinbaren. Die Risikoprämien entnehmen wir der Deckungsrückstellung.

9.3. Die Fondsanteile kaufen wir zum jeweils aktuellen Kurswert. Es wird kein Ausgabeaufschlag verrechnet.

9.4. Abschlusskosten sind alle mit dem Abschluss einer Versicherung verbundenen Kosten, etwa die Kosten für Vermittlung, Beratung, Anforderung von Gesundheitsauskünften, und ärztlichen Attesten etc. Die Höhe der Abschlusskosten entnehmen Sie bitte der Modellrechnung, welche im Vorschlag und in der Polizze enthalten ist.

9.5. Die jährlichen Verwaltungskosten entnehmen Sie bitte ebenfalls der Modellrechnung, welche im Vorschlag und in der Polizze enthalten ist.

9.6. Die Abschluss- und Verwaltungskosten ziehen wir von Ihrer Prämie vor der Veranlagung ab, eventuell allfällige Gebühren entnehmen wir der Deckungsrückstellung.

9.7. Bei Versicherungen gegen Einmalprämie und prämienfreien Versicherungen entnehmen wir die Verwaltungs- und Risikokosten sowie allfällige Gebühren 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.

9.8. Die Rechnungsgrundlagen für die Ermittlung der Kosten nach § 9.1. sind Teil der versicherungsmathematischen Grundlagen des jeweiligen Tarifes. Diese können für bestehende Verträge von uns nicht verändert werden. Ihre korrekte Anwendung ist von der Finanzmarktaufsicht (FMA) jederzeit überprüfbar.

9.9. Für durch Sie veranlasste Mehraufwendungen aus der Hauptversicherung und, soweit vereinbart der Zusatzversicherung zur Prämienbefreiung des Haupttarifes bei Berufsunfähigkeit, verrechnen wir angemessene Gebühren, und zwar

- für Prämienzahlung mittels Zahlschein EUR 2,-;
- für die Zahlungserinnerung bei Zahlungsverzug der Erstprämie EUR 9,-;
- für die Mahnung gemäß § 39 VersVG bei Zahlungsverzug einer Folgeprämie EUR 9,-;
- für die Rechtsanwaltsandrohung bei weiterem Zahlungsverzug EUR 9,-;
- für die Kündigung gemäß § 39 VersVG infolge weiterem Zahlungsverzug EUR 9,-;
- bei Lastschriftrückweisung stellen wir Ihnen die uns angelasteten Gebühren in Rechnung.
- Gebühren für die Übertragung des Deckungskapitals gemäß § 1.3 dieser Versicherungsbedingungen

9.10. Alle in diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen angeführten Gebühren sind wertgesichert und verändern sich ab Jänner eines jeden Kalenderjahres in demselben Ausmaß, in dem sich der von der STATISTIK AUSTRIA monatlich verlaubliche Verbraucherpreisindex 2000 oder ein von Amts wegen an seine Stelle tretender Index gegenüber dem für den Monat Jänner des Jahres des Inkrafttretens des Tarifes verändert hat (Ausgangsbasis ist der Verbraucherpreisindex 2000 Jänner 2006: 111,0) Der Versicherer ist dessen unbeschadet berechtigt, geringere als die sich nach dieser Indexklausel ergebenden Gebühren zu verlangen, ohne dass dadurch das Recht verloren geht, für die Zukunft wieder die indexkonformen Gebühren zu verlangen.

9.11. Aufstockungen/Zuzahlungen
Aufstockungen der laufenden Prämien und Zuzahlungen zu den bestehenden Depotwerten können unter Berücksichtigung der zum gegenständlichen Zeitpunkt geltenden Rechtslage bis zur Höhe der ursprünglichen Beitragssumme - vorbehaltlich unserer Zustimmung - jederzeit schriftlich beantragt werden. Durch Aufstockungen der Prämien oder Zuzahlungen zu den bestehenden Depotwerten erhöht sich der Versicherungsschutz. Insbesondere kann ein anhand von Prämienfreistellungen vermindelter Versicherungsschutz durch Aufstockungen/Zuzahlungen nachträglich wieder ausgeglichen werden.

§ 10. Leistungserbringung durch den Versicherer

10.1. Die Versicherungsleistung wird nach Eintritt des Versicherungsfalles und Abschluss der Erhebungen zum Versicherungsfall und Leistungsumfang fällig. Die Auszahlung des Geldbetrages erfolgt erst nach Vorliegen aller nötigen Unterlagen.

10.2. Für die Erbringung von Leistungen aus dem Vertrag können wir die Übergabe der Versicherungspolize sowie einen Nachweis über die Identität des Begünstigten beziehungsweise des Überbringers verlangen. Bei Verlust einer auf den Überbringer lautenden Versicherungspolize können wir die Leistungserbringung von einer gerichtlichen Kraftloserklärung abhängig machen. Im Ablebensfall sind zusätzlich auf Kosten des Bezugsberechtigten eine amtliche Sterbeurkunde und ein Nachweis über die Todesursache der versicherten Person vorzulegen. Zusätzlich können wir auf Kosten des Bezugsberechtigten weitere ärztliche oder amtliche Nachweise verlangen.

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

10.4. Wenn der Versicherungsnehmer eine Pensionsleistung anstelle der Kapitalleistung in Anspruch nehmen will, ist dies spätestens mit der Kündigung der Polize zu beantragen.

§ 11. Stichtage für die fondsgebundene Veranlagung

11.1. 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 aus irgendwelchen Gründen nicht möglich diese Termine einzuhalten, etwa weil dies aufgrund der Öffnungszeiten ausländischer Börsen nicht möglich ist, verschiebt sich der jeweilige Stichtag auf den nächstmöglichen Börsentag. 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.

11.2. Im Erlebensfall legen wir bei der Ermittlung des Geldwertes der Deckungsrückstellung den dem letzten Tag des Versicherungsschutzes letztvorangegangenen Börsetag zu Grunde. 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.

11.3. Ist ein Erwerb oder eine Veräußerung der Fondsanteile an einem dieser Stichtage nicht möglich (z.B. Investmentfonds wird an diesem Tag nicht gehandelt; Börsetag ist kein Bankarbeitstag), so ist der Stichtag der nächstmögliche Erwerbs- oder Veräußerungstag.

§ 12. Kündigung der Versicherung

Kündigung und Auszahlung der Deckungsrückstellung

12.1. Sie können Ihren Versicherungsvertrag oder die vereinbarten Zusatzversicherungen mit einmonatiger Frist zum jeweiligen Monatsende schriftlich kündigen, frühestens jedoch zum Schluss des ersten Versicherungsjahres.

12.2. Teilweise Kündigungen Ihrer Versicherung sind mit einmonatiger Frist zum Monatsende, frühestens jedoch auf den Schluss des ersten Versicherungsjahres möglich, sofern der verbleibende Geldwert der Deckungsrückstellung mindestens EUR 1.000,- beträgt.

Im Falle einer teilweisen Kündigung Ihrer Versicherung nach Ende der Prämienzahlungsdauer entfällt die Mindesttodesfallleistung. Die Ablebensleistung entspricht in diesem Fall dem Geldwert der Deckungsrückstellung zuzüglich 5% der Prämiensumme.

- 12.3. Im Falle der Kündigung Ihrer Versicherung erhalten Sie den Geldwert der Deckungsrückstellung. Der Geldwert der Deckungsrückstellung entspricht nicht der Summe der einbezahlten Prämien. Es wird § 176 Abs. 5 VersVG berücksichtigt. Ein gesonderter Abzug wird nicht verrechnet.
- 12.4. Die beispielhafte Entwicklung des Geldwertes der Deckungsrückstellung unter Annahme von verschiedenen Performancewerten können Sie Ihrer - sowohl im Vorschlag als auch in Ihrer Versicherungspolize enthaltenen – Modellrechnung entnehmen. Die tatsächlichen Ergebnisse sind abhängig von der Entwicklung der Investmentfonds und werden daher höher oder niedriger sein als die in der Tabelle angegebenen Werte. Die jeweiligen Versicherungssummen hinsichtlich der klassischen Veranlagung ersehen sie ebenfalls der Modellrechnung.
- 12.5. Beträgt der Geldwert der Deckungsrückstellung weniger als EUR 15,--, wird dieser Betrag nicht ausgezahlt, sofern kein weiterer Zahlungsvorgang (z.B. Prämienrückzahlung) erfolgt.

§ 13. Prämienfreistellung der Hauptversicherung

- 13.1. Sie können Ihren Versicherungsvertrag schriftlich mit einmonatiger Frist zum Monatsende, frühestens auf den Schluss des ersten Versicherungsjahres prämienfrei stellen.
- 13.2. Voraussetzung für die Prämienfreistellung ist, dass der Geldwert der Deckungsrückstellung die Mindestsumme von EUR 1.000,-- nicht unterschreitet. Im Falle der Unterschreitung wird der Geldwert der Deckungsrückstellung ausbezahlt. Bei Prämienfreistellung wird die Mindesttodesfallleistung entsprechend gekürzt. Diese errechnet sich aus dem Verhältnis (Quotient) der ursprünglichen Mindesttodesfallleistung zur ursprünglichen Prämiensumme, multipliziert mit der neuen Prämiensumme. Für die Ablebensleistung gelten die Regelungen gemäß § 1.1.
- 13.3. Bei einer Prämienfreistellung wird für die klassische Veranlagung auf Grundlage des Geldwertes der Deckungsrückstellung eine verminderte Versicherungssumme ermittelt. Wenn diese Versicherungssumme EUR 200,- unterschreitet, wird der Geldwert der Deckungsrückstellung in die fondsgebundene Veranlagung (Portefeuille I = 100% Anleihen gemäß dem Bedingungs-Merkblatt) übertragen.
- 13.4. Anstelle einer gänzlichen Prämienfreistellung können Sie schriftlich verlangen, teilweise von Ihrer Prämienzahlungspflicht befreit zu werden. In diesem Fall wird die Mindesttodesfallleistung analog zu § 13.2. neu festgelegt. Haben Sie nur eine teilweise Befreiung von der Prämienzahlungspflicht beantragt, so kann dem Antrag nur entsprochen werden, wenn der verbleibende Geldwert der Deckungsrückstellung einen Mindestwert von EUR 1.000,-- erreicht.

§ 14. Nachteile einer Kündigung oder Prämienfreistellung

Aufgrund der anfallenden Versicherungssteuer und Kosten liegt der Geldwert der Deckungsrückstellung in den ersten Jahren nach Versicherungsbeginn deutlich unter der Summe der einbezahlten Prämien. Eine Kündigung bzw. Prämienfreistellung Ihres Versicherungsvertrages in den ersten 10 Jahren ist daher für Sie in der Regel finanziell nachteilig. Eine Darstellung der möglichen Entwicklung der Erlebensleistung beziehungsweise der jeweiligen Versicherungssummen entnehmen Sie bitte der Modellrechnung, welche im Vorschlag und in der Polize enthalten ist.

§ 15. Was gilt für Mitteilungen, die sich auf das Versicherungsverhältnis beziehen?

Alle Ihre Erklärungen sind gültig, wenn sie schriftlich erfolgen und bei uns eingelangt sind. Insbesondere müssen Änderungsanträge schriftlich erfolgen. Änderungen sind zu jedem künftigen Monatsbeginn möglich, sofern der schriftliche Antrag bis zum 20. des laufenden Monats bei der Gesellschaft eingegangen ist.

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

§ 16. Wer erhält die Versicherungsleistung?

- 16.1. Sie bestimmen, wer bezugsberechtigt ist. Der Bezugsberechtigte erwirbt das Recht auf die Leistung mit Eintritt des Versicherungsfalles. Bis dahin können Sie die Bezugsberechtigung jederzeit ändern. Änderung und Widerruf der Bezugsberechtigung müssen uns schriftlich angezeigt werden.
- 16.2. Sie können auch bestimmen, dass der Bezugsberechtigte das Recht auf die künftige Leistung unwiderruflich und damit sofort erwerben soll. Dann sind Änderungen des Bezugsrechtes nur noch mit dessen Zustimmung wirksam.
- 16.3. Ist die Versicherungspolize auf den Überbringer ausgestellt, können wir dennoch verlangen, dass der Überbringer der Versicherungspolize uns seine Berechtigung nachweist.

§ 17. Was gilt bei Verpfändung, Abtretung und Vinkulierung?

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

§ 18. Was ist bei Verlust der Versicherungspolizze zu tun?

Wenn Sie den Verlust der Versicherungspolizze schriftlich anzeigen, werden wir Ihnen eine Ersatzurkunde ausstellen. Wir können verlangen, dass Sie eine auf den Überbringer (Inhaber) lautende Versicherungspolizze auf Ihre Kosten gerichtlich für kraftlos erklären lassen.

§ 19. Verjährung

Sie können Ihre Ansprüche aus Ihrem Versicherungsvertrag innerhalb von 3 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 10 Jahren ab Fälligkeit der Leistung.

§ 20. Welche Aufsichtsbehörde ist zuständig?

Der Versicherer und der diesem Vertrag zu Grunde liegende Tarif unterliegen der Kontrolle und Aufsicht durch die Finanzmarktaufsicht (FMA), A-1020 Wien, Praterstraße 23 (www.fma.gv.at), die auch für Beschwerden der Versicherungsnehmer zuständig ist.

§ 21. Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?

Dieser Vertrag unterliegt österreichischem Recht ohne die Verweisungsnormen des österreichischen internationalen Privatrechtsgesetzes (IPRG).

§ 22. Erfüllungsort

Erfüllungsort für die Versicherungsleistung ist der Sitz des Versicherers.

§ 23. Wo ist der Gerichtsstand?

Ansprüche aus Ihrem Versicherungsvertrag können bei dem für Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt zuständigen Gericht geltend gemacht werden.

<p style="text-align: center;">Besondere Bedingungen zu FlexSolution mit planmäßiger Erhöhung der Prämien und Leistungen der Hauptversicherung (und wenn vereinbart der Prämienbefreiung bei Berufsunfähigkeit) ohne erneute Gesundheitsprüfung</p>
--

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

- 1.1. Die Prämien für die Hauptversicherung und - soweit vereinbart - auch die Prämien für die Prämienbefreiung der Hauptversicherung bei Berufsunfähigkeit (BUZ-Prämienbefreiung), erhöhen sich jeweils um den vereinbarten Prozentsatz der Vorjahresprämie (Erhöhungsbetrag).
- 1.2. Der Erhöhungsbetrag bewirkt eine Erhöhung der Versicherungsleistungen der Hauptversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung. Alle im Rahmen des Versicherungsvertrages getroffenen Vereinbarungen, insbesondere auch die Kostenregelungen gemäß § 9 der AVB, gelten ab dem jeweiligen Erhöhungstermin für den Erhöhungsbetrag.
- 1.3. Die Erhöhungen erfolgen bis zum Ablauf der Prämienzahlungsdauer, längstens jedoch bis zum rechnermäßigen Alter der versicherten Person von 65 Jahren.

§ 2. Zu welchem Zeitpunkt erhöhen sich Prämien und Versicherungsleistungen?

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

§ 3. Wonach errechnet sich die erhöhte Mindesttodesfalleistung?

Die Erhöhung der Mindesttodesfalleistung errechnet sich nach dem am Erhöhungstermin erreichten rechnermäßigen Alter der versicherten Person, der restlichen Prämienzahlungsdauer und einem eventuell vereinbarten Prämienzuschlag.

§ 4. Welche sonstigen Bestimmungen gelten für die Erhöhung der Versicherungsleistungen?

- 4.1. Alle im Rahmen des Versicherungsvertrages getroffenen Vereinbarungen, auch die Bezugsrechtsverfügung, erstrecken sich ebenfalls auf die Erhöhung der Versicherungsleistungen.
- 4.2. Die Erhöhung der Versicherungsleistungen aus dem Versicherungsvertrag setzen die Fristen des § 2. (Pflichten des Versicherungsnehmers) und des § 3.2. (Selbstmord) – der Allgemeinen Versicherungsbedingungen nicht erneut in Lauf.

§ 5. Wann werden Erhöhungen ausgesetzt?

- 5.1. Die Erhöhung entfällt, wenn Sie bis ein Monat vor dem Erhöhungstermin widersprechen.
- 5.2. Unterbliebene Erhöhungen können Sie mit unserer Zustimmung nachholen.
- 5.3. Sollten Sie mehr als zweimal hintereinander von der Erhöhungsmöglichkeit keinen Gebrauch machen, so erlischt Ihr Recht auf weitere Erhöhungen; es kann jedoch mit unserer Zustimmung neu begründet werden.

Ist in Ihrer Versicherung eine Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung eingeschlossen, erfolgen keine Erhöhungen, solange wegen Berufsunfähigkeit Ihre Prämienzahlungspflicht ganz oder teilweise entfällt.

Besondere Versicherungsbedingungen zu den Zusatzversicherungen zu FlexSolution

Inhaltsverzeichnis - Besondere Versicherungsbedingungen zu den Zusatzversicherungen zu FlexSolution

I. Gemeinsame Bestimmungen der Zusatzversicherungen zu FlexSolution	9
§ 1 Wie ist das Verhältnis der Zusatzversicherungen zur Hauptversicherung?	9
§ 2 Wie werden Deckungsrückstellungen zu den Zusatzversicherungen gebildet?	10
§ 3 Was gilt bezüglich der Prämienkarenz (Take-a-Break Option)?	10
§ 4 Welche Gebühren können im Rahmen der Zusatzversicherungen anfallen?	10
II. Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeitszusatzversicherung (FlexS-BUZ)	11
§ 1 Was ist versichert?	11
§ 2 Wie umfassend ist Ihr Versicherungsschutz?	11
§ 3 Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?	11
§ 4 Was gilt für den vorläufigen Sofortschutz?	11
§ 5 Was gilt für die Nachversicherungsgarantie (Aufstockungsoption) zur BUZ-Pension?	12
§ 6 Wann beginnt und wann endet ein Anspruch auf Leistung ?	12
§ 7 Was haben Sie zu beachten, wenn Leistungen wegen Berufsunfähigkeit geltend gemacht werden, und welche Mitwirkungspflichten bestehen ?	12
§ 8 Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab ?	13
§ 9 Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit ?	13
§ 10 Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten nach Eintritt der Berufsunfähigkeit?	13
§ 11 Wie berechnet sich die Prämie?	13
III. Versicherungsbedingungen für die Ablebensrisiko-Zusatzversicherung	13
§ 1 Was ist versichert?	13
§ 2 Wie umfassend ist Ihr Versicherungsschutz?	13
§ 3 Was gilt für den vorläufigen Sofortschutz?	14
§ 4 Wie berechnet sich die Prämie?	14
§ 5 Was gilt für die Nachversicherungsgarantie (Aufstockungsoption)?	14
IV. Bedingungen für die Zusatzversicherung mit Leistung bei bestimmten Schwere Krankheiten (Dread Disease)	15
§ 1 Was ist versichert?	15
§ 2 Welche Schwere Krankheiten sind versichert?	15
§ 3 Wie umfassend ist Ihr Versicherungsschutz?	15
§ 4 Was gilt für die Nachversicherungsgarantie (Aufstockungsoption)?	16
§ 5 Wie sind Kinder mitversichert?	16
§ 6 Wie berechnet sich die Prämie?	16
§ 7 Was haben Sie zu beachten, wenn Leistungen wegen Schwere Krankheit geltend gemacht werden, und welche Mitwirkungspflichten bestehen ?	17
§ 8 Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten nach Eintritt einer Schwere Krankheit?	17
§ 9 Wann können Sie die Zusatzversicherung mit Leistung bei bestimmten schweren Krankheiten kündigen ?	17
§ 10 In welchen Fällen können wir die Versicherungsbedingungen ändern?	17

I. Gemeinsame Bestimmungen der Zusatzversicherungen zu FlexSolution

§ 1 Wie ist das Verhältnis der Zusatzversicherungen zur Hauptversicherung?

1. Die nachfolgenden Bestimmungen beziehen sich auf die Berufsunfähigkeitszusatzversicherung (Prämienbefreiung bei Berufsunfähigkeit und Berufsunfähigkeitspension), die Ablebensrisikozusatzversicherung sowie die Zusatzversicherung mit Leistung bei bestimmten schweren Krankheiten (Dread Disease). Für die Krankenversicherung (Sonderklasseversicherung) erhalten Sie, soweit diese im Rahmen von FlexSolution vereinbart wurde, gesonderte Versicherungsbedingungen.
2. Die vereinbarten Zusatzversicherungen bilden mit der Hauptversicherung zu der sie abgeschlossen wurden eine Einheit. Soweit vereinbart wird die Berufsunfähigkeitsversicherung zur Prämienbefreiung der Hauptversicherung bei Berufsunfähigkeit gemeinsam mit der Hauptversicherung poliziert. Für weitere Zusatzversicherungen werden, soweit diese beantragt wurden, gesonderte Versicherungspolizzen ausgestellt.

Wird die Hauptversicherung schriftlich gekündigt, können die Zusatzversicherungen auf Antrag unter Vereinbarung neuer Bedingungen und soweit vorhanden unter Übertragung des aktuellen Wertes der Deckungsrückstellung in eigenständige Versicherungsverträge umgewandelt und als solche weitergeführt werden. Ausgenommen von dieser Regelung sind die Prämienbefreiung bei Berufsunfähigkeit und die Zusatzversicherung bei bestimmten Schwere Erkrankungen (Dread Disease). Wird eine Weiterführung nicht beantragt, enden die Zusatzversicherungen.

3. Soweit in diesen Versicherungsbedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die Versicherungsbedingungen für die Hauptversicherung (AVB) auch auf die Zusatzversicherungen sinngemäß Anwendung.
4. Die vereinbarten Zusatzversicherungen können nach Maßgabe des § 12.1 AVB gesondert gekündigt werden.
5. Prämienfreistellung oder Rückkauf der Zusatzversicherungen ist, soweit sich aus den jeweiligen Zusatzbedingungen nichts anderes ergibt, nicht möglich.
6. Zusatzversicherungen, zu denen keine Rückkaufswerte zu bilden sind, erlöschen im Falle einer Kündigung, wenn wir den Vertrag anfechten oder vom Vertrag zurücktreten (§ 2.2 AVB) ohne Wert.
7. Die Zusatzversicherungen sind soweit sich nichts anderes aus den jeweiligen Besonderen Bedingungen ergibt, nicht am Gewinn beteiligt.

§ 2 Wie werden Deckungsrückstellungen zu den Zusatzversicherungen gebildet?

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

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

1. Wenn Sie als Versicherungsnehmer oder, falls unterschiedlich, als versicherte Person,
 - den Arbeitsplatz verloren haben,
 - den Präsenzdienst / Zivildienst leisten,
 - die berufliche Tätigkeit wegen Weiterbildung/Umschulung unterbrechen,
 - Karenz gem. Mutterschutzgesetz/Väterkarenz-Gesetz in Anspruch nehmen,
 - Krankengeld nach Wegfall der Lohnfortzahlung beziehen,
 - vom Tod eines nahen Angehörigen (Ehepartner, Lebensgefährtin, Kind) betroffen wurden oder
 - eine Ehescheidung habenkönnen Sie nach Ablauf des 3. Versicherungsjahres (im Falle des Präsenz/Zivildienstes nach Ablauf des ersten Versicherungsjahres) Ihre Prämienzahlung für mindestens sechs Monate, insgesamt längstens für zwei Jahre, aussetzen.
2. Sie können die Prämienkarenz schriftlich beantragen, wenn eines der unter Pkt.1 genannten Ereignisse nachweislich eingetreten und die Prämienzahlung bis dahin geordnet ist.

Als Nachweise gelten:

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

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

3. Sie können während der Dauer des Vertrages zweimal von der Option Gebrauch machen. Vor Beanspruch einer weiteren Prämienkarenz und Leistungskarenz müssen Prämien jedoch mindestens für die selbe Anzahl von Monaten, wie die voran gegangene Prämienkarenzfrist betragen hat, bezahlt worden sein.
4. Während der Prämienkarenz besteht aus der Zusatzversicherung, zu der sie in Anspruch genommen wurde kein Versicherungsschutz. Nach Ablauf der Prämienkarenz setzen Sie Ihre Prämienzahlung fort und der Versicherungsschutz lebt, sofern der Versicherungsfall noch nicht eingetreten ist, ohne neuerliche Risikoprüfung wieder auf.

§ 4 Welche Gebühren können im Rahmen der Zusatzversicherungen anfallen?

Für jene der angeführten Zusatzversicherungen, für die eine eigene Versicherungspolize ausgestellt wird, werden bei Zahlungsverzug auch eigene, zusätzliche Gebühren verrechnet. Diese betragen je Fall und je Zusatzpolize

- für die Zahlungserinnerung bei Zahlungsverzug der Erstprämie EUR 4,-;
- für die Mahnung gemäß § 39 VersVG bei Zahlungsverzug einer Folgeprämie EUR 9,-
- für die Rechtsanwaltsandrohung bei weiterem Zahlungsverzug EUR 13,-;
- für das Rechtsanwaltschreiben bei weiterem Zahlungsverzug EUR 22,-.

II. Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeitszusatzversicherung (FlexS-BUZ)

§ 1 Was ist versichert?

Wird die versicherte Person während der Prämienzahlungsdauer im Sinne des § 3 berufsunfähig,

- zahlen wir die im Vertrag vereinbarte Berufsunfähigkeitspension (BUZ-Pension).
- wird, soweit vereinbart, die Hauptversicherung von der Prämienzahlungspflicht befreit (BUZ-Prämienbefreiung).

§ 2 Wie umfassend ist Ihr Versicherungsschutz?

1. Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, wie und wo es zur Berufsunfähigkeit gekommen ist; wir leisten jedoch nicht, wenn die Berufsunfähigkeit verursacht ist:
 - Unmittelbar oder mittelbar durch kriegerische Ereignisse, denen die versicherte Person außerhalb Österreichs bei Ausübung einer beruflichen oder dienstlichen Tätigkeit ausgesetzt war;
 - Durch Unruhen, an denen die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;
 - Durch nukleare, biologische, chemische oder durch Terrorismus ausgelöste Katastrophen;
 - Durch widerrechtliche Handlung, mit der Sie als Versicherungsnehmer vorsätzlich die Berufsunfähigkeit der versicherten Person herbeigeführt haben;
 - Durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die versicherte Person;
 - Durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit, absichtliche Selbstverletzung, missbräuchlichen Drogenkonsum;
 - Durch versuchten Selbstmord; wird uns jedoch nachgewiesen, dass die Tat in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen wurde, werden wir leisten;
 - Durch mittelbaren oder unmittelbaren Einflusses ionisierender Strahlen im Sinne des Strahlenschutzgesetzes in der jeweils geltenden Fassung; soweit die versicherte Person als Arzt oder medizinisches Hilfspersonal diesem Risiko ausgesetzt ist, oder wenn eine Bestrahlung zu Heilzwecken durch einen Arzt oder unter ärztlicher Aufsicht erfolgt, werden wir leisten.
2. Ohne besondere Vereinbarung sind wir von der Verpflichtung zur Leistung befreit, wenn die Berufsunfähigkeit in Ausübung einer Tätigkeit als Sonderpilot (z.B. Paragleiter, Hängegleiter, Ballonfahrer, Drachenfieger, Fallschirmspringer), Hubschrauberpilot, Militärpilot, Testpilot, Kunstflugpilot verursacht wurde.
3. Entsteht Berufsunfähigkeit aufgrund eines der im Absatz 1 bzw. ohne besondere Vereinbarung der im Abs. 2 genannten Fälle, erlischt der Vertrag und es wird, sofern vorhanden, der tarifliche Rückkaufwert gezahlt.
4. Wenn eine Berufsunfähigkeitspensionsleistung vereinbart ist, nehmen Sie an den von uns aus dieser Versicherung erzielten Überschüssen teil, sobald Versicherungsleistungen nach Eintritt der Berufsunfähigkeit fällig geworden sind.
5. Die Gewinnanteile werden zur Erhöhung Ihrer Berufsunfähigkeitspension verwendet.

§ 3 Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

1. Ist die versicherte Person sechs Monate ununterbrochen infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls, die während der Prämienzahlungsdauer entstanden und ärztlich nachzuweisen sind, mindestens zu 50 % - im Vergleich mit einem körperlich und geistig Gesunden mit vergleichbaren Fähigkeiten und Kenntnissen - außerstande ihren Beruf auszuüben, so gilt die Fortdauer dieses Zustandes vom Anfang an als Berufsunfähigkeit.

Berufsunfähigkeit liegt nicht vor, wenn die versicherte Person eine andere ihrer Ausbildung und Erfahrung und ihrer bisherigen Lebensstellung entsprechende Tätigkeit ausübt.

2. Ist die versicherte Person pflegebedürftig im Sinne des Bundespflegegeldgesetzes in der jeweils gültigen Fassung und benötigt 121 Stunden (Pflegestufe 3) oder mehr Pflege pro Monat, so gilt die versicherte Person auch als berufsunfähig.
3. Scheidet die versicherte Person aus dem Berufsleben aus, ohne dass Berufsunfähigkeit vorliegt und werden jedoch später Leistungen wegen Berufsunfähigkeit beantragt, so kommt es bei der Anwendung der Punkte 1 und 2 darauf an, dass die versicherte Person außerstande ist eine Tätigkeit auszuüben, die aufgrund ihrer Ausbildung und Erfahrung ausgeübt werden kann und ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht.

§ 4 Was gilt für den vorläufigen Sofortschutz?

1. Ihre Berufsunfähigkeitsversicherung ist – soweit die Zahlung einer Pensionsleistung vorgesehen ist - mit vorläufigem Sofortschutz ausgestattet. Der vorläufige Sofortschutz erstreckt sich auf die beantragte Berufsunfähigkeitspension, höchstens jedoch auf EUR 1.000,- monatlich, auch wenn insgesamt höhere Monatspensionen für dieselbe versicherte Person beantragt sind.
2. Der vorläufige Sofortschutz gilt,
 - wenn die versicherte Person zum Zeitpunkt der Antragstellung voll arbeitsfähig ist, nicht in ärztlicher Behandlung oder Kontrolle steht
 - und soweit die Versicherungsbedingungen keine Einschränkungen oder Ausschlüsse (§§ 2, 10 AVB oder 3 FlexS-BUZ) vorsehen.

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

Der vorläufige Sofortschutz endet mit Zustellung der Versicherungspolize, wenn wir Ihren Antrag ablehnen, den vorläufigen Sofortschutz als beendet erklären, oder Sie von Ihrem Antrag zurück treten, spätestens jedoch sechs Wochen nach Antragstellung.

Für den vorläufigen Sofortschutz berechnen wir keine gesonderte Prämie. Wenn wir aufgrund des vorläufigen Sofortschutzes leisten, verrechnen wir die erste Jahresprämie.

§ 5 Was gilt für die Nachversicherungsgarantie (Aufstockungsoption) zur BUZ-Pension?

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

- Heirat der versicherten Person (Nachweis: Heiratsurkunde)
- Geburt eines Kindes der versicherten Person (Nachweis: Geburtsurkunde)
- Adoption eines minderjährigen Kindes durch die versicherte Person (Nachweis: Adoptionsurkunde)
- Erhöhung des regelmäßigen jährlichen Bruttoeinkommens um mindestens 10 Prozent bei Arbeitgeberwechsel oder Beförderung der versicherten Person (Nachweis: Gehaltsbestätigung oder Einkommensteuerbescheid)
- Aufnahme eines Darlehens durch die versicherte Person zur Finanzierung einer selbstgenutzten Immobilie in Höhe von mindestens EUR 100.000,- (Nachweis: Grundbuchauszug samt Darlehenszusage)

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

2. Nachversicherungen können Sie schriftlich verlangen:

- innerhalb von drei Monaten seit Eintritt eines der genannten Ereignisse gegen Vorlage der entsprechenden Nachweise;
- solange die versicherte Person das 40. Lebensjahr nicht überschritten hat;
- wenn die versicherte Person nicht bereits berufsunfähig oder pflegebedürftig im Sinne dieser Bedingungen ist;
- wenn die zuletzt erfolgte Nachversicherung mindestens ein Jahr zurück liegt;

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

4. Für die Nachversicherungen gelten folgende Summengrenzen:

- Die einzelne Erhöhung der versicherten jährlichen Berufsunfähigkeitspension muss mindestens EUR 600,- und darf höchstens EUR 3.000,- betragen.
- Der Gesamtbetrag der jährlichen Berufsunfähigkeitspension aus allen Erhöhungen gemäß Nachversicherungsgarantie darf insgesamt EUR 6.000,- nicht übersteigen.

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

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

2. Der Anspruch auf Leistung endet, wenn die Berufsunfähigkeit wegfällt, die versicherte Person stirbt oder die vertragliche Leistungsdauer abläuft.

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

1. 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, ihrer erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten, ihre Stellung und Tätigkeit zum Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit sowie über die eingetretenen Veränderungen;
- Bei Pflegebedürftigkeit Bescheinigung über Beginn, Art und Umfang der Pflegebedürftigkeit.

2. 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.

3. 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.

4. Zumutbare Anordnungen, die der untersuchende oder behandelnde Arzt trifft, um die Heilung zu fördern oder die Berufsunfähigkeit zu mindern, müssen befolgt werden; Operationen oder sonstige invasive Behandlungen zählen nicht zu den zumutbaren Maßnahmen im Sinne dieser Bedingungen.

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

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

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.
Wenn wir ein zeitlich begrenztes Anerkenntnis aussprechen, ist die Frage, ob eine von der versicherten Person ausgeübte Tätigkeit seiner Ausbildung und Erfahrung und seiner bisherigen Lebensstellung entspricht, zurückgestellt.
2. Bis zur Entscheidung über unsere Leistungspflicht sind die Prämien weiter zu bezahlen; wir werden diese Prämien bei Anerkennung der Leistungspflicht zurückzahlen. Bezüglich der Berufsunfähigkeitspensionsleistungen können Sie auch eine zinslose Stundung der Prämien bis zur Entscheidung über unsere Leistungspflicht verlangen; wenn wir die Leistungspflicht ablehnen, müssen Sie diese Prämien nachzahlen.

§ 9 Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit ?

1. Wir sind berechtigt, das Fortbestehen der Berufsunfähigkeit nachzuprüfen.
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.
3. Wir sind auch berechtigt zu prüfen, ob die versicherte Person nach dem Eintritt der Berufsunfähigkeit neue berufliche Kenntnisse oder Fähigkeiten erworben hat. Werden dadurch folgende Voraussetzungen insofern erfüllt, als die versicherte Person
 - auf Basis dieser neu erworbenen Fähigkeiten und Kenntnisse tatsächlich einen neuen Beruf ausübt,
 - diese neue berufliche Tätigkeit der zum Zeitpunkt des Eintrittes der Berufsunfähigkeit bestandenen Lebensstellung entspricht,so erlischt unsere Leistungspflicht. In diesem Fall ist es auch unerheblich, ob die Berufsunfähigkeit in dem ursprünglichem Beruf andauert.
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.
5. Nach Ablauf eines zeitlich begrenzten Anerkenntnisses werden wir so rasch wie möglich, spätestens innerhalb von 6 Monaten, erklären, ob wir rückwirkend ab dem Ablauf des zeitlich begrenzten Anerkenntnisses leisten, oder ob wir weitere Leistungen ablehnen.

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

Solange eine Mitwirkungspflicht nach § 7 oder § 9 von Ihnen, der versicherten Person oder dem Anspruchsteller vorsätzlich oder grob fahrlässig nicht erfüllt wird, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht bleiben die Ansprüche auf Versicherungsleistung insoweit bestehen, als diese Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist.
Wenn die Mitwirkungspflicht später erfüllt wird, sind wir ab Beginn des laufenden Monats nach Maßgabe dieser Bedingungen zur Leistung verpflichtet.

§ 11 Wie berechnet sich die Prämie?

1. Die Prämie berechnen wir nach dem Alter und dem Geschlecht der versicherten Person, der Höhe der vereinbarten Versicherungsleistung und der Vertragslaufzeit. Bei der Berechnung des Alters wird ein begonnenes Lebensjahr als voll gerechnet, wenn davon am Tag, an welchem laut Versicherungspolizze das erste Versicherungsjahr beginnt, mehr als sechs Monate verflissen sind.
Für die Übernahme erhöhter Risiken insbesondere wegen Krankheit, Beruf, Sport, etc. können wir Zusatzprämien zur Versicherungsprämie oder besondere Bedingungen mit Ihnen vereinbaren.
2. Die Prämien sind Jahresprämien, die für uns kostenfrei zu bezahlen sind. Sie können die Jahresprämie nach Vereinbarung auch in Raten bezahlen, dann jedoch mit Zuschlägen. Diese betragen für halbjährliche und für vierteljährliche Zahlung 1%, für monatliche Zahlung 2% der Prämie. Bei Fälligkeit der Versicherungsleistung werden wir offene Raten des laufenden Versicherungsjahres von der Versicherungsleistung abziehen.
3. Die Prämienberechnung bezüglich der Berufsunfähigkeitspensionsleistungen enthält einen Prämienrabatt für das erste Versicherungsjahr. Einen Prämienrabatt in gleicher oder geänderter Höhe können wir im Rahmen der Bilanzstellung für das dem Bilanzjahr jeweils folgende Jahr weiter gewähren. Der neu gewährte Prämienrabatt kommt erstmals für Verträge mit einem Jahrestag des Versicherungsbeginnes ab dem 1.7. des dem Bilanzjahr folgenden Jahres zur Anwendung und hat wieder für ein Versicherungsjahr Gültigkeit. Von einer Änderung oder Nichtgewährung des Prämienrabattes werden wir Sie gesondert verständigen.
4. Ist eine BUZ-Prämienbefreiung vereinbart, erhöht sich die Prämie bezüglich der BUZ-Prämienbefreiung im Fall einer Aufstockung der Hauptversicherung (§ 9.11 AVB) ebenfalls entsprechen.

III. Versicherungsbedingungen für die Ablebensrisiko-Zusatzversicherung

§ 1 Was ist versichert?

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

§ 2 Wie umfassend ist Ihr Versicherungsschutz?

1. Der Versicherungsschutz besteht grundsätzlich unabhängig davon, auf welcher Ursache der Versicherungsfall beruht. Wird Österreich in kriegerische Ereignisse verwickelt, von einer nuklearen, biologischen, chemischen oder durch Terror-

ismus ausgelösten Katastrophe betroffen, bezahlen wir bei dadurch verursachten Versicherungsfällen die geschäftsplanmäßige Deckungsrückstellung .

2. Die geschäftsplanmäßige Deckungsrückstellung bezahlen wir auch bei Ableben in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen, denen die versicherte Person außerhalb Österreichs bei Ausübung einer beruflichen oder dienstlichen Tätigkeit ausgesetzt war, oder infolge Teilnahme an Unruhen auf Seiten der Unruhestifter.
3. Bei Selbstmord gelten die Regelungen des § 3.2 AVB sinngemäß.
4. Die Ablebensrisiko-Zusatzversicherung ist nicht am Gewinn beteiligt.

§ 3 Was gilt für den vorläufigen Sofortschutz?

1. Ihre Ablebensrisiko-Zusatzversicherung ist mit vorläufigem Sofortschutz ausgestattet. Der vorläufige Sofortschutz erstreckt sich auf die für den Todesfall beantragten Summen, höchstens auf EUR 100.000,-, auch wenn insgesamt höhere Summen auf das Leben derselben versicherten Person beantragt sind. Der vorläufige Sofortschutz gilt,
 - wenn die versicherte Person zum Zeitpunkt der Antragstellung voll arbeitsfähig ist, nicht in ärztlicher Behandlung oder Kontrolle steht
 - und soweit die Versicherungsbedingungen keine Einschränkungen oder Ausschlüsse (§§ 2, 3 und 10 AVB) vorsehen.
2. Der vorläufige Sofortschutz beginnt mit Zugang Ihres Antrages bei uns, frühestens aber mit dem beantragten Versicherungsbeginn. Der vorläufige Sofortschutz endet mit Zustellung der Versicherungspolize, wenn wir Ihren Antrag ablehnen, den vorläufigen Sofortschutz als beendet erklären, oder Sie von Ihrem Antrag zurücktreten, spätestens jedoch sechs Wochen nach Antragstellung. Für den vorläufigen Sofortschutz berechnen wir keine gesonderte Prämie. Wenn wir aufgrund des vorläufigen Sofortschutzes leisten, verrechnen wir die auf die erbrachte Leistung entfallende Jahresprämie bzw. einmalige Prämie.

§ 4 Wie berechnet sich die Prämie?

1. Die Prämie berechnen wir nach dem Alter und dem Geschlecht der versicherten Person, der gewählten Variante, der Höhe der vereinbarten Versicherungsleistung und der Vertragslaufzeit. Bei der Berechnung des Alters wird ein begonnenes Lebensjahr als voll gerechnet, wenn davon am Tag, an welchem laut Versicherungspolize das erste Versicherungsjahr beginnt, mehr als sechs Monate verflossen sind.
Für die Übernahme erhöhter Risiken insbesondere wegen Krankheit, Beruf, Sport, etc. können wir Zusatzprämien zur Versicherungsprämie oder besondere Bedingungen mit Ihnen vereinbaren.
2. Die Prämien sind Jahresprämien, die für uns kostenfrei zu bezahlen sind. Sie können die Jahresprämie nach Vereinbarung auch in Raten bezahlen, dann jedoch mit Zuschlägen. Diese betragen für halbjährliche und für vierteljährliche Zahlung 1%, für monatliche Zahlung 2% der Prämie. Bei Fälligkeit der Versicherungsleistung werden wir offene Raten des laufenden Versicherungsjahres von der Versicherungsleistung abziehen.
3. Die Prämienberechnung enthält einen Prämienrabatt für das erste Versicherungsjahr. Einen Prämienrabatt in gleicher oder geänderter Höhe können wir im Rahmen der Bilanzerstellung für das dem Bilanzjahr jeweils folgende Jahr weiter gewähren. Der neu gewährte Prämienrabatt kommt erstmals für Verträge mit einem Jahrestag des Versicherungsbeginnes ab dem 1.7. des dem Bilanzjahr folgenden Jahres zur Anwendung und hat wieder für ein Versicherungsjahr Gültigkeit. Von einer Änderung oder Nichtgewährung des Prämienrabattes werden wir Sie gesondert verständigen.
4. Für die Prämienberechnung für Nichtraucher gelten die Bestimmungen im Anhang II.

§ 5 Was gilt für die Nachversicherungsgarantie (Aufstockungsoption)?

1. Die Versicherungsleistung kann sofern Ihre Polize keine davon abweichende Bestimmung enthält, in den ersten zehn Jahren seit Vertragsabschluss bei Eintritt folgender Ereignisse und Vorlage des jeweiligen Nachweises ohne neuerliche Gesundheitsprüfung erhöht werden:
 - Heirat der versicherten Person (Nachweis: Heiratsurkunde)
 - Geburt eines Kindes der versicherten Person (Nachweis: Geburtsurkunde)
 - Adoption eines minderjährigen Kindes durch die versicherte Person (Nachweis: Adoptionsurkunde)
 - Aufnahme eines Darlehens durch die versicherte Person zur Finanzierung einer selbstgenutzten Immobilie (Nachweis: Grundbuchauszug samt Darlehenszusage)
 - 30., 35. oder 40. Geburtstag der versicherten Person
2. Nachversicherungen können Sie schriftlich verlangen:
 - innerhalb von drei Monaten seit Eintritt eines der genannten Ereignisse gegen Vorlage der entsprechenden Nachweise
 - solange die versicherte Person das 50. Lebensjahr nicht überschritten hat
 - wenn die zuletzt erfolgte Nachversicherung mindestens ein Jahr zurück liegt.
3. Die Prämien für die Nachversicherungen berechnen wir nach dem dann geltenden Tarif, dem Alter der versicherten Person zu diesem Zeitpunkt und unter Berücksichtigung von bei Vertragsabschluss etwa vereinbarten besonderen Bedingungen.
4. Für die Nachversicherungen gelten folgende Summengrenzen:
 - Die Erhöhungssumme für jeden Einzelfall darf höchstens 25% der Versicherungssumme oder EUR 25.000,- betragen.
 - Der Gesamtbetrag der Erhöhungen gemäß Nachversicherungsgarantie darf EUR 100.000,- nicht übersteigen.

IV. Bedingungen für die Zusatzversicherung mit Leistung bei bestimmten Schwere Krankheiten (Dread Disease)

§ 1 Was ist versichert?

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

§ 2 Welche Schwere Krankheiten sind versichert?

Folgende Krankheiten gelten entsprechend Ihrem Antrag als versichert:

Variante Basis:

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

Variante Top – wenn beantragt - zusätzlich:

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

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

§ 3 Wie umfassend ist Ihr Versicherungsschutz?

1. Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, wie und wo es zum Eintritt des Versicherungsfalles gekommen ist; wir leisten jedoch nicht, wenn die Schwere Krankheit verursacht ist:
 - Unmittelbar oder mittelbar durch kriegerische Ereignisse, denen die versicherte Person außerhalb Österreichs bei Ausübung einer beruflichen oder dienstlichen Tätigkeit ausgesetzt war;
 - Durch Unruhen, an denen die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;
 - Durch nukleare, biologische, chemische oder durch Terrorismus ausgelöste Katastrophen;
 - Durch widerrechtliche Handlung, mit der Sie als Versicherungsnehmer vorsätzlich die Schwere Krankheit der versicherten Person herbeigeführt haben;
 - Durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die versicherte Person;
 - Durch Selbstverstümmelung, absichtliche Herbeiführung von Krankheit, absichtliche Selbstverletzung oder versuchten Selbstmord; wird uns jedoch nachgewiesen, dass die Tat in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen wurde, werden wir leisten;
 - Durch Alkoholmissbrauch, Missbrauch von Drogen oder Medikamenten oder die Einnahme von Gift;
 - Durch mittelbaren oder unmittelbaren Einfluss ionisierender Strahlen im Sinne des Strahlenschutzgesetzes in der jeweils geltenden Fassung; soweit die versicherte Person als Arzt oder medizinisches Hilfspersonal diesem Risiko ausgesetzt ist, oder wenn eine Bestrahlung zu Heilzwecken durch einen Arzt oder unter ärztlicher Aufsicht erfolgt, werden wir leisten.
2. Ohne besondere Vereinbarung sind wir von der Verpflichtung zur Leistung befreit, wenn die Schwere Krankheit in Ausübung einer Tätigkeit als Sonderpilot (z.B. Paragleiter, Hängegleiter, Ballonfahrer, Drachenflieger, Fallschirmspringer), Hubschrauberpilot, Militärpilot, Testpilot, Kunstflugpilot verursacht wurde
3. Für die Übernahme erhöhter Risiken insbesondere wegen Krankheit, Beruf, Sport etc. können wir Zusatzprämien zu Ihrer Prämie oder besondere Bedingungen mit Ihnen vereinbaren.
4. Tritt die Schwere Krankheit aufgrund eines der im Absatz 1 bzw. ohne besondere Vereinbarung der im Abs. 2 genannten Fälle ein, erlischt die Zusatzversicherung, ohne dass eine Leistung fällig wird.

§ 4 Was gilt für die Nachversicherungsgarantie (Aufstockungsoption)?

1. Die Versicherungsleistung kann – sofern die Zahlung einer Versicherungssumme bei Eintritt einer versicherten Schwere Krankheit vereinbart wurde und Ihre Polizze keine davon abweichende Bestimmung enthält - in den ersten zehn Jahren seit Vertragsabschluss bei Eintritt folgender Ereignisse und Vorlage des jeweiligen Nachweises ohne neuerliche Gesundheitsprüfung erhöht werden:
 - Heirat der versicherten Person (Nachweis: Heiratsurkunde)
 - Geburt eines Kindes der versicherten Person (Nachweis: Geburtsurkunde)
 - Adoption eines minderjährigen Kindes durch die versicherte Person (Nachweis: Adoptionsurkunde)
 - Aufnahme eines Darlehens durch die versicherte Person zur Finanzierung einer selbstgenutzten Immobilie (Nachweis: Grundbuchauszug samt Darlehenszusage)
 - 30., 35. oder 40. Geburtstag der versicherten Person
2. Nachversicherungen können Sie schriftlich verlangen:
 - innerhalb von drei Monaten seit Eintritt eines der genannten Ereignisse gegen Vorlage der entsprechenden Nachweise
 - solange die versicherte Person das 50. Lebensjahr nicht überschritten hat
 - wenn die versicherte Person nicht bereits an einer Schwere Krankheit im Sinne dieser Bedingungen leidet
 - wenn die zuletzt erfolgte Nachversicherung mindestens ein Jahr zurück liegt.
3. Die Prämien für die Nachversicherungen berechnen wir nach dem dann geltenden Tarif, dem Alter der versicherten Person zu diesem Zeitpunkt und unter Berücksichtigung von bei Vertragsabschluss etwa vereinbarten besonderen Bedingungen.
4. Für die Nachversicherungen gelten folgende Summengrenzen:
 - Die Erhöhungssumme für jeden Einzelfall darf höchstens 25% der Versicherungssumme oder EUR 25.000,- betragen.
 - Der Gesamtbetrag der Erhöhungen gemäß Nachversicherungsgarantie darf EUR 100.000,- nicht übersteigen.

§ 5 Wie sind Kinder mitversichert?

1. Leibliche Kinder, Stiefkinder und Adoptivkinder der versicherten Person sind für den Fall einer Schwere Krankheit im Sinne dieser Bedingungen mitversichert, wenn sie bei Eintritt der Schwere Krankheit mindestens ein Jahr alt sind und das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Die Versicherungsleistung beträgt ein Drittel der Versicherungssumme, höchstens jedoch EUR 15.000,- für jedes mitversicherte Kind; die Summe aller Leistungen aus der Kindermitversicherung ist mit der Versicherungssumme begrenzt.
2. Wir erbringen die Versicherungsleistung nach den Bedingungen dieser Zusatzversicherung, wenn ein mitversichertes Kind während der Dauer der Zusatzversicherung von einer Schwere Krankheit gemäß § 2, die auch für den Elternteil versichert ist (Variante Basis oder Variante Top), betroffen wird. Eine Leistung aus der Kindermitversicherung wird jedoch nur einmal erbracht, auch wenn ein Kind in mehreren Verträgen mitversichert ist (in diesem Fall wird der höchste Vertrag berücksichtigt), oder gleichzeitig mehrere Schwere Krankheiten auftreten.

Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind die Parkinson-Krankheit, die fortgeschrittene Demenz (einschließlich Alzheimer-Krankheit) und HIV-Infektion als Folge eines Unfalles im Rahmen der beruflichen Tätigkeit.
3. Es besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistung, wenn Symptome einer Schwere Krankheit oder Vorerkrankungen, auf die die Schwere Krankheit zurück zu führen ist,
 - vor Abschluss der Zusatzversicherung oder vor Vollendung des ersten Lebensjahres vorlagen, oder
 - vor dem Zeitpunkt der Adoption (bei Adoptivkindern), oder
 - vor der Heirat der versicherten Person (bei Stiefkindern) vorlagen.
4. Die Zusatzversicherung endet nicht, wenn eine Leistung aus der Kindermitversicherung erbracht wird, sondern bleibt prämienpflichtig bestehen. Die Leistung wird für jedes Kind nur einmal erbracht; es gilt danach nicht mehr als mitversichert.

§ 6 Wie berechnet sich die Prämie?

1. Die Prämie berechnen wir nach dem Alter und dem Geschlecht der versicherten Person, der gewählten Variante, der Höhe der vereinbarten Versicherungsleistung und der Vertragslaufzeit. Bei der Berechnung des Alters wird ein begonnenes Lebensjahr als voll gerechnet, wenn davon am Tag, an welchem laut Versicherungspolizze das erste Versicherungsjahr beginnt, mehr als sechs Monate verflissen sind.
Für die Übernahme erhöhter Risiken insbesondere wegen Krankheit, Beruf, Sport, etc. können wir Zusatzprämien zur Versicherungsprämie oder besondere Bedingungen mit Ihnen vereinbaren.
2. Die Prämien sind Jahresprämien, die für uns kostenfrei zu bezahlen sind. Sie können die Jahresprämie nach Vereinbarung auch in Raten bezahlen, dann jedoch mit Zuschlägen. Diese betragen für halbjährliche Zahlung 1%, für vierteljährliche Zahlung 2% für monatliche Zahlung 4% der Prämie. Bei Fälligkeit der Versicherungsleistung werden wir offene Raten des laufenden Versicherungsjahres von der Versicherungsleistung abziehen.
3. Die Prämienberechnung enthält einen Prämienrabatt für das erste Versicherungsjahr. Einen Prämienrabatt in gleicher oder geänderter Höhe können wir im Rahmen der Bilanzerstellung für das dem Bilanzjahr jeweils folgende Jahr weiter gewähren. Der neu gewährte Prämienrabatt kommt erstmals für Verträge mit einem Jahrestag des Versicherungsbegins ab dem 1.7. des dem Bilanzjahr folgenden Jahres zur Anwendung und hat wieder für ein Versicherungsjahr Gültigkeit. Von einer Änderung oder Nichtgewährung des Prämienrabattes werden wir Sie gesondert verständigen.

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

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

1. Einen Facharztbericht zur Bestätigung, dass eine Schwere Krankheit besteht, und eine Darstellung der Ursache für den Eintritt des Versicherungsfalles.
2. Diagnose der Schweren Krankheit, Indikation für eine Operation und Operationsbericht müssen von einem in Österreich niedergelassenen Arzt erstellt worden sein, der mit dem Versicherungsnehmer oder der versicherten Person nicht verwandt oder verschwägert sein darf.
3. Ergebnis entsprechender klinischer, radiologischer, histologischer und labormedizinischer Untersuchungen, die die Diagnose bestätigen sowie eventuell Nachweise, wie sie in den Definitionen der versicherten Krankheiten in § 2 genannt sind.
4. Wir können auf unsere Kosten und in unserem Auftrag weitere ärztliche Untersuchungen, zusätzliche Auskünfte, Aufklärungen und Nachweise verlangen, um die Diagnose einer Schweren Krankheit oder die Notwendigkeit einer Operation zu überprüfen.
5. 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.

§ 8 Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten nach Eintritt einer Schweren Krankheit?

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

Wenn die Mitwirkungspflicht später erfüllt wird, sind wir ab Beginn des laufenden Monats nach Maßgabe dieser Bedingungen zur Leistung verpflichtet.

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

1. Sie können die Zusatzversicherung analog zu den Bestimmungen des § 12.1 AVB schriftlich kündigen.
2. Die Zusatzversicherung erlischt im Falle der Kündigung ohne verfügbaren Wert.

§ 10 In welchen Fällen können wir die Versicherungsbedingungen ändern?

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

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

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

Anhang I

Begriffsdefinitionen für die Zusatzversicherung mit Leistung bei bestimmten Schweren Krankheiten

1. Herzinfarkt

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

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

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

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

2. Bypass-Operation der Koronararterien

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

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

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

3. Krebs

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

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

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

Frühformen von Krebserkrankungen fallen nicht unter den Versicherungsschutz:

- Morbus Hodgkin und Non-Hodgkin-Lymphome der Klasse 1 (Ann-Arbor-Klassifikation)
- Frühformen der Leukämie (ausgenommen: chronisch lymphatische Leukämie), wenn keine generalisierte Ausbreitung von Leukämiezellen im Blut vorliegt.
- Chronisch lymphatische Leukämie mit Schweregrad unterhalb von RA I Klasse 1 oder Binet Klasse A-1
- Carcinoma in situ oder praemaligne Formen
- Frühformen des Mundkrebses aller CIN-Stadien oder nach PAP-Klassifikation PAP-1 bis PAP-4
- Frühformen des Prostatakrebses der histologisch nachgewiesenen TNM-Klassifikation T1 (einschließlich T1(a), T1(b), T1(c) oder einer anderen vergleichbaren Klassifikation)
- maligne Melanome der TNM-Klassifikation T1aN0M0, T1bN0M0, T2aN0M0, sowie Basalzell- oder Spindelzellkarzinome
- alle Tumore bei gleichzeitig bestehender HIV-Infektion.

Der Anspruch auf Versicherungsleistung entsteht mit der histologisch gesicherten onkologischen Diagnose.

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

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

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

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

5. Chronisches Nierenversagen

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

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

6. Organtransplantation

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

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

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

7. Querschnittslähmung

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

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

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

8. Blindheit

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

9. Operation an der Aorta

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

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

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

10. Herzklappenersatz

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

Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind Herzklappenkorrektur, Valvulotomie und Valvuloplastik.

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

11. Gutartiger (benigner) Hirntumor

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

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

12. Taubheit (Hörverlust)

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

13. Verlust der Stimme und der Sprechfunktion

Totaler und irreversibler Verlust der Sprechfähigkeit aufgrund einer physikalischen Schädigung (durch Unfall oder Krankheit) der Stimmbänder. Die Erkrankung muss über mindestens 6 Monate medizinisch dokumentiert sein. Der psychogene Sprachverlust ist von der Deckung ausgeschlossen. Der Anspruch auf die Versicherungsleistung entsteht, wenn der Facharzt bestätigt, dass der Sprachverlust über einen Zeitraum von 6 Monaten bestanden hat

Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen ist psychogener Sprachverlust.

14. Multiple Sklerose

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

Der Anspruch auf Versicherungsleistung entsteht, wenn

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

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

15. Parkinson-Krankheit

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

16. Fortgeschrittene Demenz (einschließlich Alzheimer´sche Krankheit) vor dem 65. Lebensjahr

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

Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen ist der Verlust geistiger Fähigkeiten, wenn er auf psychischen Störungen beruht. Der Anspruch auf Versicherungsleistung entsteht, wenn nachgewiesen wird, dass

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

Die Diagnose muss von einem Facharzt für Neurologie an einer anerkannten Klinik gestellt und durch neuroradiologische Untersuchungen (z.B. Computer-, Kernspin- oder Positronen-Emissions – Tomographie) sowie durch anerkannte Standardtestverfahren abgesichert werden.

17. Koma

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

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

18. Chronisches Leberversagen (Leberzirrhose)

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

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

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

19. Enzephalitis

Gehirnentzündung (Großhirnhälfte, Hirnstamm oder Kleinhirn) im Zusammenhang mit viralen oder bakteriellen Infektionen mit Bestätigung der Diagnose durch einen Facharzt für Neurologie an einer anerkannten Klinik und durch spezifische Untersu-

chungsergebnisse (z. B. Blut und Liquoruntersuchung, Computer- oder Kernspintomographie des Gehirns). Die Erkrankung muss zu einer bleibenden Unfähigkeit führen, drei oder mehr Alltagsaktivitäten – baden, an- und entkleiden, persönliche Hygienemaßnahmen, Mobilität, Kontinenz, essen/trinken und Einnahme von Medikamenten – unabhängig zu verrichten, oder zu dauerhafter Bettlägerigkeit und zur Unfähigkeit, ohne fremde Hilfe aufzustehen. Diese Voraussetzungen müssen über mindestens 3 Monate medizinisch dokumentiert sein. Der Anspruch auf Versicherungsleistung entsteht, wenn der Facharzt bestätigt, dass die neurologischen Ausfallerscheinungen über einen Zeitraum von 3 Monaten bestanden haben.

20. Bakterielle Hirnhautentzündung (Meningitis)

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

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

21. Systemischer Lupus erythematodes (SLE)

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

WHO-Klassifikation der Lupus-Nephritis:

WHO I: normale Glomeruli

WHO II: ausschließlich mesangiale Veränderungen

WHO III: fokal-segmentale oder fokal-proliferative Glomerulonephritis

WHO IV diffus-proliferative Glomerulonephritis

WHO V: diffus-membranöse Glomerulonephritis

WHO VI: fortgeschrittene sklerosierende Glomerulonephritis

22. HIV-Infektion als Folge einer Bluttransfusion

Wenn bei einer versicherten Person eine HIV-Infektion oder das erworbene Immunschwächesyndrom (AIDS) als Folge einer Bluttransfusion diagnostiziert

wird, entsteht der Anspruch auf Leistung nur dann, wenn die folgenden drei Kriterien ausnahmslos erfüllt sind:

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

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

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

- folgende Berufe sind erfasst:

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

24. Schwere Verbrennungen

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

25. Gliedmaßenverlust

Komplette und nicht mehr rückgängig zu machende Abtrennung von zwei oder mehr

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

Anhang II

Prämienberechnung für Nichtraucher in der Ablebensrisiko-Zusatzversicherung

1. Für die Prämienberechnung werden die Risikoklassen „Nichtraucher“ und „Raucher“ gebildet. Wenn aufgrund der Angaben im Antrag die Prämie nach der Risikoklasse „Nichtraucher“ kalkuliert wurde, sind die Absätze 2 bis 4 bei der Prämienkalkulation anzuwenden.
2. Als Nichtraucher gilt, wer zumindest in den vergangenen zwölf 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 schriftlich 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(n) Person(en) weiterhin Nichtraucher ist (sind). 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 eine der versicherten Personen die Untersuchung nicht durchführen, ist nach Ablauf einer Frist von mindestens zwei Wochen die höhere Prämie für Raucher zu bezahlen.