

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Risikoversicherung Helvetia Clever Protect (fallend) Tarif HCP

Bitte lesen Sie die folgenden Begriffsbestimmungen sorgfältig durch - sie sind für das Verständnis dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen unerlässlich.

Begriffsbestimmungen

Der **Versicherer** ist Helvetia Versicherungen AG, Hoher Markt 10-11, 1010 Wien, nachfolgend nur Helvetia genannt.

Der **Versicherte** ist die Person, deren Leben versichert ist.

Der **Versicherungsnehmer** ist die Person, die den Versicherungsvertrag mit der Helvetia abschließt. Er ist Träger der Rechte und Pflichten aus dem Versicherungsvertrag.

Der **Bezugsberechtigte (Begünstigte)** ist die Person, die für den Empfang der Leistung des Versicherers genannt ist.

Die **Prämie** ist das vom Versicherungsnehmer zu zahlende Entgelt inklusive Versicherungssteuer.

Die **Nettoprämie** ist die Prämie ohne Versicherungssteuer und allfälliger Unterjährigkeitszuschläge.

Die **Nettoprämiensumme** ist die Summe der Nettoprämien über die gesamte vereinbarte Prämienzahlungsdauer.

Die **Deckungsrückstellung / der Vertragswert** ergibt sich aus der Summe der einbezahlten Prämien abzüglich der Abschlusskosten und der Prämienanteile für Verwaltungs- und Inkassokosten, Steuern und Übernahme des Ablebensrisikos zuzüglich der Verzinsung mit dem garantierten Rechnungszinssatz. Der Versicherer bildet mit diesem Wert eine Rückstellung in seiner Bilanz zur Deckung des entsprechenden Anspruchs des Begünstigten (daher der Name "Deckungsrückstellung").

Der **Rückkaufswert** ist der Vertragswert abzüglich eines möglichen Abschlags Ihrer Lebensversicherung bei einer vorzeitigen Kündigung.

Der **Geschäftsplan** des diesem Vertrag zugrunde liegenden Tarifes enthält die versicherungsmathematischen Berechnungsgrundlagen für Ihren Versicherungsvertrag, anhand derer die Leistung des Versicherers und die Gegenleistung des Versicherungsnehmers (Versicherungsprämie) zu berechnen sind, die der Finanzmarktaufsicht (FMA) vorgelegt wurden.

Als **Berechnungsgrundlage** werden für den Tarif HCP gemischte Sterbetafeln, basierend auf den **Sterbetafeln ÖAS 2000/02 Männer** bzw. **ÖAS 2000/02 Frauen** verwendet.

Der **garantierte Rechnungszins** beträgt 0,00 %.

Die **Versicherungssumme** ist die garantierte Leistung des Versicherers im Ablebensfall.

Schriftform bedeutet, dass dem Erklärungsempfänger das Original der Erklärung mit eigenhändiger Unterschrift des Erklärenden zugehen muss. Die qualifizierte elektronische Signatur gemäß § 4 ff Signaturgesetz ist der eigenhändigen Unterschrift gleichgestellt.

Für alle anderen Erklärungen und Informationen des Versicherungsnehmers oder sonstiger Dritter im Zusammenhang mit den beantragten Versicherungen genügt es zur Wirksamkeit, wenn sie in **geschriebener Form** erfolgen und zugehen. Der geschriebenen Form wird durch einen Text in Schriftzeichen, aus dem die Person des Erklärenden hervorgeht (z.B. Telefax oder E-Mail), entsprochen. Bloß mündlich abgegebene Erklärungen und Informationen des Versicherungsnehmers, oder sonstiger Dritter sind nicht wirksam.

§ 1. Leistungen des Versicherers im Versicherungsfall

Bei Ableben des Versicherten leisten wir die für den Ablebensfall vereinbarte Versicherungssumme. In diesem Fall erlischt die Versicherung mit allen eingeschlossenen Zusatzversicherungen.

§ 2. Pflichten des Versicherungsnehmers

(1) Als Versicherungsnehmer stellen Sie einen schriftlichen (Schriftform) Antrag auf Abschluss eines Lebensversicherungsvertrages.

(2) 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. Das gilt insbesondere für die Fragen nach gegenwärtigen und früheren Erkrankungen, gesundheitlichen Störungen und Beschwerden sowie für Ihre Angaben zu den Risikomerkmale Rauchverhalten, Körpergröße, Gewicht, Ausbildung und Kinder.

(3) Werden Fragen schuldhaft unrichtig oder unvollständig beantwortet, können wir innerhalb von drei Jahren seit Abschluss, Wiederher-

stellung oder Änderung des Vertrages 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 bzw. vom Eintritt des Versicherungsfalles 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 Rückkaufswert. Schuldhaft unrichtige oder unvollständige Angaben können darüber hinaus nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen zum Verlust des Versicherungsschutzes führen, sodass wir im Versicherungsfall nur den Rückkaufswert leisten.

(4) An diesen Antrag sind Sie sechs Wochen lang gebunden. Die Frist beginnt mit dem Tag der Antragstellung.

§ 3. Beginn des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherungsschutz beginnt, sobald wir die Annahme Ihres Antrages in geschriebener Form oder durch Zustellung der Polizze bestätigt haben. Um den Versicherungsschutz nicht zu verlieren, müssen Sie rechtzeitig die erste Prämie bezahlen. Vor dem in der Polizze angegebenen Versicherungsbeginn besteht kein Versicherungsschutz.

(2) Ihre Lebensversicherung ist mit Sofortschutz ausgestattet.

Der Sofortschutz erstreckt sich auf die Versicherungssumme im Ablebensfall, höchstens auf Euro 90.000,-, auch wenn insgesamt höhere Summen auf das Leben desselben Versicherten beantragt sind.

Der Sofortschutz gilt,

- wenn der Versicherte zum Zeitpunkt der Antragstellung voll arbeitsfähig ist, nicht in ärztlicher Behandlung oder Kontrolle steht
- und die Versicherungsbedingungen keine Einschränkungen oder Ausschlüsse (§ 11, § 12 und § 13) vorsehen.

Der Sofortschutz beginnt mit Eingang Ihres Antrages in einer Verwaltungsstelle des Versicherers, frühestens aber mit dem beantragten Versicherungsbeginn.

Der Sofortschutz endet mit Zustellung der Polizze, wenn wir Ihren Antrag ablehnen oder den Sofortschutz als beendet erklären, spätestens jedoch sechs Wochen nach Antragstellung.

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

§ 4. Prämienberechnung

(1) Die Prämie richtet sich nach dem Tarif, dem Alter des Versicherten und den Risikomerkmale Rauchverhalten, Körpergröße, Gewicht, Ausbildung und Kinder. Das Alter an jenem Geburtstag, der dem Versicherungsbeginn am nächsten liegt, ist die Basis der Prämienberechnung. Bei erhöhtem Risiko insbesondere wegen Krankheit, Beruf, Sport, können Zusatzprämien oder besondere Bedingungen vereinbart werden.

(2) Es gilt als vereinbart, dass wir bei einer nicht nur vorübergehenden, nicht vorhersehbaren Änderung des Leistungsbedarfs gegenüber den zugrunde gelegten technischen Berechnungsgrundlagen und der daraus errechneten Prämie, eine Prämienhöhung vornehmen können.

§ 5. Prämienzahlung

(1) Die Prämien sind Jahresprämien, die für uns kostenfrei und rechtzeitig zu bezahlen sind.

(2) Sie können die Jahresprämien nach Vereinbarung auch in halbjährlichen, vierteljährlichen oder monatlichen Raten, dann jedoch mit Zuschlägen (vgl. § 7 (6)), bezahlen. Im Versicherungsfall werden die offenen Raten des laufenden Versicherungsjahres in Abzug gebracht.

(3) Die erste Prämie wird mit Zustellung der Polizze, nicht aber vor Versicherungsbeginn, fällig. Sie ist dann innerhalb von zwei Wochen

zu bezahlen. Folgeprämien sind innerhalb eines Monats, bei monatlicher Prämienzahlung innerhalb zweier Wochen, jeweils ab dem in der Police angegebenen Fälligkeitstag, zu bezahlen.

§ 6. Prämienverzug

(1) Erste Prämie:

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

(2) Folgeprämie:

Wenn Sie eine Folgeprämie nicht rechtzeitig bezahlen, so erhalten Sie eine Mahnung in geschriebener Form. Bezahlen Sie den Rückstand nicht innerhalb der in der Mahnung gesetzten Frist von zwei Wochen, können wir den Vertrag zum Ablauf der Frist kündigen. Dadurch entfällt oder vermindert sich Ihr Versicherungsschutz, es sei denn, dass Sie an der rechtzeitigen Zahlung ohne Verschulden verhindert waren. Darauf werden wir in der Mahnung ausdrücklich hinweisen.

§ 7. Kosten und Gebühren

(1) Die Versicherungssteuer wird entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen von Ihren Prämien in Abzug gebracht. Weiters ziehen wir von Ihren Prämien Abschlusskosten, Verwaltungskosten und Kosten zur Deckung des Ablebensrisikos (Risiko-kosten) ab.

a) Die Betreuungskosten sind alle mit der Betreuung einer Versicherung verbundenen Kosten, etwa die Kosten für Vermittlung, Beratung, etc.. Die Betreuungskosten betragen maximal 18,5 % der Nettoprämie und werden bei jeder Prämienzahlung einbehalten.

Die für Ihren Vertrag geltenden Rückkaufswerte und prämienfreien Versicherungssummen zum Ende jedes Versicherungsjahres entnehmen Sie den Beschreibungen bzw. Tabellen in Ihrer Police.

b) Die jährlichen Verwaltungskosten betragen 0,01 % der Versicherungssumme zuzüglich jährlicher Stückkosten abhängig von der Versicherungssumme:

bis Euro 12.999,-:	Euro 24,-
von Euro 13.000,- bis 22.999,-:	Euro 20,-
von Euro 23.000,- bis 32.999,-:	Euro 16,-
von über Euro 33.000,-:	Euro 8,-

Die Verwaltungskosten werden anteilig bei jeder Prämienzahlung eingehoben.

c) Die Kosten zur Deckung des Ablebensrisikos richten sich nach dem Alter des Versicherten, den Risikomerkmale Rauchverhalten, Körpergröße, Gewicht, Ausbildung und Kinder, sowie der für den Ablebensfall vereinbarten Versicherungssumme und der Vertragslaufzeit. Das Alter an jenem Geburtstag, der dem Versicherungsbeginn am nächsten liegt, ist die Basis der Prämienberechnung. Die Risikokosten errechnen sich jährlich aus der Differenz zwischen der für den Ablebensfall vereinbarten Versicherungssumme und dem Wert der Deckungsrückstellung, multipliziert mit der Ablebenswahrscheinlichkeit gemäß der Sterbetafel.

d) Es wird ein kollektiver Sicherheitszuschlag in der Höhe von 35% der Nettoprämie anteilig bei jeder Prämienzahlung eingehoben.

(2) Für die Übernahme erhöhter Risiken insbesondere wegen Krankheit, Beruf, Sport, etc., werden wir Risikozuschläge zur Prämie oder besondere Bedingungen mit Ihnen vereinbaren.

(3) Die Kostenbestandteile berücksichtigen wir bereits bei der Kalkulation Ihrer Prämien, sodass diese Kosten nicht gesondert in Rechnung gestellt werden, sondern mit Ihrer Prämie verrechnet werden. Bei prämienfrei gestellten Verträgen entnehmen wir die Risiko- und Verwaltungskosten der Deckungsrückstellung.

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

(5) Für durch Sie veranlasste Mehraufwendungen verrechnen wir angemessene Gebühren:

- Bei Nichtzahlung einer Prämie fallen derzeit Euro 17,- Mahngebühren an.

- Ab einer Versicherungssumme im Ablebensfall von Euro 300.001,- verrechnen wir Ihnen einmalig die tatsächlichen Kosten für Atteste, Laborbefunde etc..

- Diese Gebühren sind wertgesichert und können sich ab Juni eines jeden Kalenderjahres in demselben Ausmaß, in dem sich der von der Statistik Austria monatlich verlaubliche Verbraucherpreisindex 2005 bzw. der von der Statistik Austria als Nachfolgeindex verlaubliche Index gegenüber dem 01.06.2009 verändert hat, verändern. Die aktuelle Höhe der Mahngebühren können Sie jederzeit bei uns erfragen oder unserer Homepage www.helvetia.at entnehmen.

(6) Die Vereinbarung unterjähriger Zahlungsweise beeinträchtigt nicht die Fälligkeit der Jahresprämie. Der Zuschlag auf die Jahresprämie für monatliche Zahlungsweise beträgt 4 %, bei vierteljährlicher Zahlungsweise 3 % und bei halbjährlicher Zahlungsweise 2 %.

§ 8. Kündigung des Versicherungsvertrages und Rückkaufswert

(1) Sie können Ihren Vertrag schriftlich (Schriftform) kündigen:

- zum Ende des laufenden Versicherungsjahres,

- innerhalb eines Versicherungsjahres mit dreimonatiger Frist zum Monatsende, frühestens jedoch zum Ende des ersten Versicherungsjahres.

(2) Sobald ein Rückkaufswert vorhanden ist, können Sie den Vertrag entweder prämienfrei stellen oder die Auszahlung des Rückkaufswertes verlangen. Der Rückkaufswert entspricht nicht der Summe der bezahlten Prämien. Er errechnet sich wegen des gebotenen Versicherungsschutzes, der abgeführten Versicherungssteuer sowie der angefallenen Abschlusskosten, Verwaltungs- und Inkassokosten auf den jeweils aktuellen Wert nach den hierfür geltenden tariflichen Grundsätzen.

§ 9. Prämienfreistellung

(1) Sie können Ihren Vertrag schriftlich (Schriftform) prämienfrei stellen:

- zum Ende des laufenden Versicherungsjahres,

- innerhalb eines Versicherungsjahres mit dreimonatiger Frist zum Monatsende, frühestens jedoch zum Ende des ersten Versicherungsjahres.

(2) Bei einer Prämienfreistellung werden für die restliche Versicherungsdauer geschäftsplanmäßig auf Grundlage des Rückkaufswertes verminderte Versicherungssummen ermittelt. Die verminderte Versicherungssumme im Ablebensfall darf Euro 1.000,- nicht unterschreiten, andernfalls wird der Vertrag rückgekauft und der Rückkaufswert (siehe § 8) ausbezahlt.

(3) Im Falle einer Prämienfreistellung erhalten Sie einen Polizzenachtrag mit den angepassten Versicherungssummen.

§ 10. Nachteile einer Kündigung oder Prämienfreistellung

Die Kündigung oder Prämienfreistellung Ihres Versicherungsvertrages ist mit Nachteilen verbunden. Der Rückkauf und die Prämienfreistellung Ihres Versicherungsvertrages sind für Sie jedenfalls aufgrund der Deckung der Risiko-, Abschluss- und der laufenden Verwaltungskosten mit Verlusten verbunden.

Die Rückzahlung der eingezahlten Prämien ist ausgeschlossen.

§ 11. Umfang des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherungsschutz besteht grundsätzlich unabhängig davon, auf welcher Ursache der Versicherungsfall beruht. Wird Österreich in kriegerische Ereignisse verwickelt oder von einer nuklearen Katastrophe betroffen, bezahlen wir bei dadurch verursachten Versicherungsfällen jedenfalls die tarifliche Deckungsrückstellung. Darüber hinaus bestimmt die Finanzmarktaufsicht Art und Umfang der Leistung.

(2) Die tarifliche Deckungsrückstellung bezahlen wir auch bei Ableben des Versicherten infolge Teilnahme

- an sonstigen kriegerischen Handlungen oder

- an Aufruhr, Aufstand oder Unruhen auf Seiten der Unruhestifter.

(3) Wird Österreich in kriegerische Ereignisse verwickelt, von einer nuklearen, biologischen, chemischen oder durch Terrorismus ausgelösten Katastrophe betroffen, bezahlen wir bei dadurch verursachten Versicherungsfällen die tarifliche Deckungsrückstellung.

(4) Weiters bezahlen wir die tarifliche Deckungsrückstellung, wenn das Ableben des Versicherten infolge mittelbarem oder unmittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen außerhalb Österreichs, bei Ausübung einer beruflichen und / oder dienstlichen Tätigkeit, eingetreten ist.

(5) Die tarifliche Deckungsrückstellung bezahlen wir auch bei Ableben des Versicherten, wenn mit Ihnen keine Besonderen Bedingungen und / oder Risikozuschläge zur Prämie für die Übernahme erhöhter Risiken, insbesondere wegen Krankheit, Beruf, Sport etc.

vereinbart wurden und das Ableben im kausal Zusammenhang mit einem der erhöhten Risiken stand.

§ 12. Nachversicherungsgarantie

(1) Die Versicherungssumme im Ablebensfall kann bei Eintritt folgender Ereignisse - ohne Gesundheitsprüfung - der versicherten Person des Haupttarifes HCP erhöht werden (Nachversicherungsgarantie):

- Heirat der versicherten Person oder bei Begründung einer eingetragenen Lebensgemeinschaft / Verpartnerung der versicherten Person nach österreichischem Recht,
- Geburt eines Kindes der versicherten Person oder Adoption eines minderjährigen Kindes durch die versicherte Person,
- Aufnahme eines Darlehens zur Finanzierung einer selbstgenutzten Immobilie im Werte von mindestens 100.000,- Euro durch die versicherte Person.

(2) Die Inanspruchnahme der Nachversicherungsgarantie ist nur innerhalb von drei Monaten ab Eintritt eines der genannten Anlässe (vgl. Punkt (1)) durch Vorlage entsprechender schriftlicher Nachweise möglich.

Die Nachversicherungsgarantie nach Tarif HCP kann längstens innerhalb von 10 Jahren nach Vertragsabschluss beantragt werden, es sei denn, die versicherte Person hat zum Zeitpunkt der Ausübung der Nachversicherungsgarantie das 30. Lebensjahr noch nicht erreicht und

- wenn der ursprüngliche Vertrag zu normalen Bedingungen angenommen wurde,
- wenn der ursprüngliche Vertrag als Familienabsicherung diente,
- wenn die versicherte Person nicht berufs unfähig, erwerbs unfähig oder pflegebedürftig ist und keinen Antrag auf Berufsunfähigkeit, Erwerbs unfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit gestellt hat,
- wenn die letzte Nachversicherungsgarantie zumindest 12 Monate zurück liegt,
- und wenn die versicherte Person das 45. Lebensjahr noch nicht erreicht hat.

(3) Für die Nachversicherungsgarantie gilt:

Die Versicherungssumme im Ablebensfall kann höchstens um 20 % der ursprünglich gültigen Versicherungssumme der Versicherung erhöht werden.

Während der Vertragsdauer kann die Nachversicherungsgarantie maximal dreimal ausgeübt werden.

(4) Wurde die Zusatzversicherung HCP-X abgeschlossen, erhöht sich die Versicherungssumme im Ablebensfall bei Gewährung der Nachversicherungsgarantie im gleichen Ausmaß.

(5) Beträgt die Versicherungssumme im Ablebensfall weniger als Euro 300.001.-, darf sie nach Inanspruchnahme der Nachversicherungsgarantie maximal Euro 300.000.- betragen.

§ 13. Selbstmord

Bei Selbstmord des Versicherten nach Ablauf von drei Jahren seit Abschluss, Änderung oder Wiederherstellung des Vertrages besteht voller Versicherungsschutz. Vor Ablauf dieser Frist bezahlen wir die tarifliche Deckungsrückstellung. Wird uns nachgewiesen, dass die Tat in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen wurde, besteht voller Versicherungsschutz.

§ 14. Versicherungsleistung

(1) Leistungen aus dem Vertrag gemäß Polizza bezahlen wir gegen Übergabe dieser.

(2) Im Ablebensfall des Versicherten ist uns auch eine amtliche Sterbeurkunde vorzulegen.

(3) Wenn Sie nach Ablauf zweier Monate seit dem Begehren nach einer Geldleistung eine Erklärung von uns verlangen, aus welchen Gründen die Erhebungen noch nicht beendet werden konnten, und wir diesem Verlangen nicht binnen eines Monats entsprechen, wird die Leistung fällig.

(4) Überweisungen der Leistungen an den Bezugsberechtigten erfolgen auf seine Kosten.

(5) Die fällig gewordene Leistung werden wir nach Einlangen aller für die Auszahlung nötigen Unterlagen unverzüglich auszahlen.

(6) Leistungen an ausländische Berechtigte (Bezugsberechtigte) erbringen wir, sobald uns nachgewiesen wird, dass wir die Zahlung ohne Gefahr der Haftung für unberichtigte Steuern vornehmen dürfen. Wir können verlangen, dass der Anspruchsberechtigte den erforderlichen behördlichen Nachweis vorlegt.

§ 15. Erklärungen

(1) Für alle Ihre Mitteilungen und Erklärungen ist die geschriebene Form erforderlich, sofern und soweit nicht gesondert die Schriftform ausdrücklich und mit gesonderter Erklärung vereinbart wurde und bei einer unserer Verwaltungsstellen eingelangt sind.

(2) Alle Erklärungen, die wir abgeben, sind ebenfalls nur dann gültig, wenn sie schriftlich (Schriftform) erfolgen und firmenmäßig gezeichnet sind. Sie werden wirksam, wenn sie an die uns zuletzt bekannt gegebene Adresse zugehen. Wenn Sie Ihren Wohnort wechseln, müssen Sie uns Ihre neue Adresse schriftlich (Schriftform) mitteilen.

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

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

§ 16. Bezugsberechtigung

(1) Sie bestimmen, wer bezugsberechtigt ist. Der Bezugsberechtigte erwirbt das Recht auf die Leistung mit Eintritt des Versicherungsfalles. Bis dahin können Sie die Bezugsberechtigung jederzeit schriftlich (Schriftform) ändern.

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

(3) Ist der Überbringer (Inhaber) der Polizza anspruchsberechtigt, so können wir verlangen, dass er uns seine Berechtigung nachweist.

§ 17. Vinkulierung, Verpfändung oder Abtretung

Wenn Sie verfügungsberechtigt sind, können Sie Ihren Vertrag verpfänden oder abtreten und mit unserer Zustimmung auch vinkulieren.

Dies ist uns gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn es uns mittels Sperrschein schriftlich (Schriftform) angezeigt wird. Eine Vinkulierung bedarf zu ihrer Wirksamkeit unserer Zustimmung.

§ 18. Polizzenverlust

Wenn Sie den Verlust der Polizza schriftlich (Schriftform) anzeigen, werden wir Ihnen eine Ersatzpolizza ausstellen. Wir können verlangen, dass eine auf den Überbringer (Inhaber) lautende Polizza gerichtlich für kraftlos erklärt wird. Die Kosten für die Kraftloserklärung sind von Ihnen zu tragen.

§ 19. Verjährung

(1) Ansprüche aus dem Vertrag können innerhalb von drei Jahren geltend gemacht werden. Steht der Anspruch einem Dritten zu, so beginnt die Verjährung zu laufen, sobald diesem sein Recht auf die Leistung bekannt geworden ist. Ist dem Bezugsberechtigten sein Recht nicht bekannt geworden, so verjähren seine Ansprüche erst nach zehn Jahren.

(2) Wir sind von der Verpflichtung zur Leistung frei, nachdem wir eine Versicherungsleistung unter Hinweis auf die mit dem Fristablauf verbundene Leistungsfreiheit begründet abgelehnt haben und der Berechtigte den Anspruch auf die Leistung nicht binnen eines Jahres gerichtlich geltend gemacht hat.

§ 20. Vertragsgrundlagen

Vertragsgrundlagen sind Ihr Antrag, die Polizza (mit den darin enthaltenen Rückkaufswerten und prämienfreien Werten samt sonstiger Anlagen), der Geschäftsplan des dem Vertrag zugrunde liegenden Tarifes und die vorliegenden Versicherungsbedingungen.

§ 21. Anwendbares Recht

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

§ 22. Aufsichtsbehörde

Der Versicherer und der diesem Versicherungsvertrag zugrunde liegende Tarif unterliegen der Kontrolle und Aufsicht durch die Finanzmarktaufsicht (FMA), 1090 Wien, Otto-Wagner-Platz 5 (www.fma.gv.at).

§ 23. Erfüllungsort

Erfüllungsort für die Versicherungsleistung ist die Generaldirektion der Helvetia.

Helvetia hat auf der Homepage www.helvetia.at eine zentrale Lob- und Beschwerdestelle, für eventuell auftretende Beschwerden, eingerichtet.

§ 24. Sicherungssystem in der österreichischen Lebensversicherung

Die Deckungsrückstellung der Versicherungsnehmer wird in der jeweiligen Abteilung des nach § 300 des Versicherungsaufsichtsgesetzes zu bildenden Deckungsstocks verwaltet. Die Veranlagung im Deckungsstock gewährleistet die dauerhafte Erfüllbarkeit der Ansprüche der Versicherungsnehmer. Der Deckungsstock bildet darüber hinaus im Konkursfall des Versicherers ein Sondervermögen, aus dem die Ansprüche der Versicherungsnehmer aus den jeweiligen Verträgen getrennt von sonstigen Ansprüchen befriedigt werden. Unseren zuletzt veröffentlichten Bericht über die Solvabilität und Finanzlage gemäß § 241 VAG2016 (§ 253 Abs. 1 Z 14 VAG2016) finden Sie auf unserer Homepage www.helvetia.at unter dem Punkt Publikationen.

§ 25. Gewinnbeteiligung

(1) Dieser Tarif ist am Kosten- und Risikogewinn beteiligt.

Die Aufteilung der erzielten Gewinne erfolgt über Gewinn- und Abrechnungsverbände, in denen alle gleichartigen Versicherungsverträge zusammengefasst sind.

(2) Dieser Vertrag unterliegt dem Abrechnungsverband B5 im Gewinnverband R. Jeder Versicherungsvertrag in diesem Gewinnverband erhält Anteile an den Gewinnen dieses Gewinnverbandes.

(3) Kostengewinn:

Wir haben vorsichtige Annahmen über die zukünftige Kostenentwicklung getroffen. Wirtschaften wir sparsamer als kalkuliert, entstehen Kostengewinne.

(4) Risikogewinn:

Bei der Tarifikalkulation haben wir vorsichtige Annahmen über den Eintritt von Versicherungsfällen zugrunde gelegt. Dadurch wird sichergestellt, dass die vertraglichen Leistungen langfristig auch dann noch erfüllt werden können, wenn sich die versicherten Risiken ungünstig entwickeln. Ist der Risikoverlauf dagegen in der Realität günstiger als kalkuliert, entstehen Risikoüberschüsse.

(5) Nach Abschluss eines jeden Geschäftsjahres werden die auf die Gewinnverbände im folgenden Geschäftsjahr entfallenden Gewinnanteile festgesetzt und im Geschäftsbericht veröffentlicht.

(6) Die Gewinne werden als Vorabgewinnbeteiligung von der Prämie direkt in Abzug gebracht.

Die Höhe des Kosten- und Risikogewinnes wird in Prozent der Prämie berechnet.