

Allgemeine Bedingungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung Plan B

Inhaltsverzeichnis

Begriffsbestimmungen

- § 1 Was ist bei einer Antragstellung zu beachten?
- § 2 Was ist versichert?
- § 2a Optionen auf Leistungserhöhung (Nachversicherungsgarantien)
- § 3 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?
- § 4 Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?
- § 5 Wie berechnen wir Ihre Prämie ? Welche Kosten werden in die Prämie eingerechnet?
- § 6 Was ist bei der Prämienzahlung wichtig?
- § 7 Was geschieht, wenn Sie eine Prämie nicht rechtzeitig zahlen?
- § 8 Wie lange sind die Prämien zu zahlen?
- § 9 Wann können Sie den Versicherungsvertrag kündigen?
- § 10 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?
- § 11 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?
- § 12 Was ist zu beachten, wenn die Versicherungsleistung geltend gemacht wird?
- § 13 Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?
- § 14 Bis wann können bei Meinungsverschiedenheiten Rechte geltend gemacht werden und wer entscheidet in diesen Fällen?
- § 15 Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?
- § 16 Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten nach Eintritt der Berufsunfähigkeit?
- § 17 Wo und wie sind die vertraglichen Verpflichtungen zu erfüllen?
- § 17a Angaben zur Steuerpflicht
- § 17b Angaben gemäß Geldwäschegesetz
- § 18 Welche Bedeutung hat die Originalpolizze?
- § 19 Was gilt für Mitteilungen, die sich auf das Vertragsverhältnis beziehen?
- § 20 Wer erhält die Versicherungsleistung?
- § 21 Welche Kosten und Gebühren stellen wir gesondert in Rechnung?
- § 22 Was ist bei Verlust der Versicherungspolizze zu tun?
- § 23 Wie lange können Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag geltend gemacht werden?
- § 24 Welches Recht und welche Vertragsgrundlagen finden auf Ihren Vertrag Anwendung?
- § 25 Wo ist Ihr Gerichtsstand?
- § 26 Können die Prämien für diese Versicherung angehoben werden?
- § 27 Aufsichtsbehörde
- § 28 Wie sind Sie am Gewinn beteiligt?

Anhang 1 - Unfalldefinition

Anhang 2 - Hinweise zum Veranlagungsrisiko Investmentfonds

Anhang 3 - Auszug aus gesetzlichen Bestimmungen

Alle Personen- und Funktionsbezeichnungen stehen für beide Geschlechter gleichermaßen.

Begriffsbestimmungen

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

Versicherungsnehmer	ist die Person, die den Versicherungsvertrag mit der Merkur Lebensversicherung Aktiengesellschaft abschließt.
Versicherte Person	ist die Person, deren Leben versichert ist.
Bezugsberechtigte	(Begünstigte) ist die Person, die für den Empfang der Leistung benannt ist.
Versicherer	ist die Merkur Lebensversicherung Aktiengesellschaft, Moserstr. 33, 5020 Salzburg (im Folgenden kurz ‚MERKUR‘ genannt).
Versicherungsdauer	ist der Zeitraum, in dem das versicherte Ereignis eintreten muss, um einen Leistungsanspruch zu begründen
Leistungsdauer	ist der Zeitraum, bis zu dessen Ablauf eine Leistung längstens gezahlt wird, sofern der Versicherungsfall während der Versicherungsdauer eingetreten ist
Vertragslaufzeit	ist der Zeitraum vom Vertragsbeginn bis zum Ende der Leistungsdauer
In Schriftform	bedeutet, dass dem Erklärungsempfänger die Erklärung mit eigenhändiger Unterschrift des Erklärenden zugehen muss.
In geschriebener Form	Erfordert einen Text in Schriftzeichen, aus dem die Person des Erklärenden hervorgeht (z.B. Telefax oder E-Mail). Eine eigenhändige Unterschrift ist nicht erforderlich. Die Einhaltung der Schriftform (siehe oben) genügt selbstverständlich auch den Anforderungen der geschriebenen Form.

§ 1 Was ist bei der Antragstellung zu beachten ?

1. Als Versicherungsnehmer stellen Sie in Schriftform einen Antrag auf Abschluss eines Berufsunfähigkeitsversicherungsvertrages.
2. An diesen Antrag sind Sie sechs Wochen gebunden, es sei denn, Sie nehmen ein gesetzliches Rücktrittsrecht in Anspruch. Die Frist beginnt mit dem Tag der Antragstellung bei der MERKUR.
3. Ihre Berufsunfähigkeitsversicherung ist mit vorläufigem Sofortschutz ausgestattet. Der vorläufige Sofortschutz erstreckt sich auf die beantragten Rentenleistungen, höchstens auf 18.000,- € jährlich (Sofortschutz-Höchstsumme). Die Leistungsgrenze wird durch mehrere Anträge für dieselbe versicherte Person nicht erhöht.
Vorläufiger Sofortschutz besteht nicht für Versicherungsfälle infolge von – dem Versicherungsnehmer bzw. der versicherten Person bekannten – Krankheiten, gesundheitlichen Störungen oder Beschwerden, deren Angabe im Versicherungsantrag vorgesehen ist, unabhängig davon, ob sie im Antrag auch angegeben sind. Die Option garantierte Rentensteigerung ist nicht vom Sofortschutz umfasst.
4. Voraussetzungen für das Inkrafttreten des vorläufigen Sofortschutzes sind, dass
 - der Antrag zu einem unserer gültigen Tarife samt Annahmerichtlinien angenommen werden kann und die Versicherungsbedingungen keine Leistungseinschränkungen oder Ausschlüsse (§§10 und 11) vorsehen,
 - die beantragte Versicherung nicht von besonderen Voraussetzungen abhängig ist,

- die Einlösprämie für die beantragte Versicherung gezahlt ist oder der MERKUR eine Ermächtigung zum Prämieeinzug erteilt wurde,
 - die versicherte Person am Tag der Antragsstellung noch nicht 56 Jahre alt ist (vgl. § 5 Ziffer 1).
5. Der vorläufige Sofortschutz beginnt mit Eingang Ihres Antrages bei einer Verwaltungsstelle der MERKUR, mittags 12 Uhr, frühestens aber mit dem beantragten Versicherungsbeginn. Der vorläufige Sofortschutz endet mit Zustellung der Polizze, wenn wir Ihren Antrag ablehnen, rückstellen, den vorläufigen Sofortschutz als beendet erklären oder Sie von Ihrem Antrag zurücktreten, spätestens jedoch sechs Wochen nach Antragstellung (Antragsdatum). Für den vorläufigen Sofortschutz berechnen wir keine gesonderte Prämie. Nur wenn wir aufgrund des vorläufigen Sofortschutzes leisten, verrechnen wir die erste Jahresprämie für die beantragte Summe, begrenzt durch die Sofortschutz-Höchstsumme.

§ 2 Was ist versichert?

1. Wird die versicherte Person während der Versicherungsdauer dieser Versicherung vollständig oder teilweise berufsunfähig, so erbringen wir unter Berücksichtigung der Besonderen Vereinbarungen in der Polizze folgende Versicherungsleistungen:
- 1.1. Zahlung einer Berufsunfähigkeitsrente:
- Stimmen vereinbarte Leistungsdauer und Versicherungsdauer überein, wird die Berufsunfähigkeits-Rente längstens für diese Dauer ausgezahlt.
 - Fallen Versicherungsdauer und Leistungsdauer auseinander, so wird für den Fall, dass der Leistungsfall während der Versicherungsdauer eintritt, die Berufsunfähigkeits-Rente maximal bis zum Ende der vereinbarten Leistungsdauer ausbezahlt.
 - Im Fall, dass eine garantierte Rentensteigerung vereinbart wurde, erhöht sich die garantierte Berufsunfähigkeitsrente im Leistungsfall jährlich um den vereinbarten Prozentsatz. Die Erhöhung erfolgt zu Beginn jedes Versicherungsjahres, wobei die erstmalige Erhöhung der Rente durch die garantierte Rentensteigerung mit Beginn des zweiten vollen Versicherungsjahres nach Eintritt der Berufsunfähigkeit vorgenommen wird.
Entsteht während der Versicherungsdauer erneut ein Anspruch auf Zahlung einer Berufsunfähigkeitsrente, so beginnt die Rentenzahlung wieder in der Höhe der ursprünglich versicherten Rente. In der Vergangenheit bereits erfolgte garantierte Rentensteigerungen werden nicht angerechnet.
Die Berufsunfähigkeits-Rente wird monatlich im Voraus gezahlt. Die Höhe der Rente, die Versicherungsdauer, die Leistungsdauer sowie die Höhe einer etwaig vereinbarten garantierten Rentensteigerung entnehmen Sie bitte Ihrer Polizze.
- 1.2. Teilweise oder volle Übernahme der Prämienzahlungspflicht für die Hauptversicherung und eingeschlossene Zusatzversicherungen mit Ausnahme einer Pflegerenten-Zusatzversicherung, längstens für die vereinbarte Leistungsdauer.
Ob und in welchem Ausmaß in Abhängigkeit vom eingetretenen Berufsunfähigkeitsgrad eine Berufsunfähigkeits-Rente bzw. Prämienbefreiung geleistet wird, richtet sich nach der gewählten Leistungsvariante laut Polizze (siehe Besondere Vereinbarungen, Pkt. Leistungsvariante).
Bei einem geringeren als dem vertraglich vereinbarten Mindestgrad der Berufsunfähigkeit (siehe Polizze unter Besondere Vereinbarungen, Pkt. Leistungsvariante) besteht kein Anspruch auf die Versicherungsleistung.
2. Bei Vereinbarung einer Karenzzeit beginnt die Auszahlung der vereinbarten Rente erst nach deren Ablauf, sofern die Berufsunfähigkeit während der Karenzzeit ununterbrochen im Ausmaß des vertraglich vereinbarten Mindestgrades (siehe Polizze unter Besondere Vereinbarungen, Pkt. Leistungsvariante) bestanden hat und zu diesem Zeitpunkt noch andauert.
3. Wird die versicherte Person während der Versicherungsdauer infolge Pflegebedürftigkeit (vgl. § 4) berufsunfähig, so erbringen wir unabhängig vom Grad der Berufsunfähigkeit die volle Leistung aus der Berufsunfähigkeitsversicherung.
4. Der Anspruch auf Prämienbefreiung und Rente entsteht – unabhängig vom Zeitpunkt der Geltendmachung - frühestens mit Ablauf des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist.

Bei Vereinbarung einer Karenzzeit entsteht der Anspruch auf Auszahlung der vereinbarten Rente erst mit dem Ablauf der Karenzzeit, sofern die Berufsunfähigkeit während der Karenzzeit ununterbrochen bestanden hat und bei deren Ablauf noch andauert. Endet die Berufsunfähigkeit und tritt danach erneut Berufsunfähigkeit aufgrund derselben Ursache ein, so werden bereits zurückgelegte Karenzzeiten berücksichtigt. Zu den gesetzlichen Verjährungsfristen beachten Sie bitte § 23.

5. Der Anspruch auf Prämienbefreiung und Rente erlischt, wenn der Grad der Berufsunfähigkeit unter den vertraglich vereinbarten Mindestgrad (siehe Polizze unter Besondere Vereinbarungen, Pkt. Leistungsvariante) der Berufsunfähigkeit sinkt, bei Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit spätestens, wenn die Pflegebedürftigkeit mit weniger als einem Punkt eingestuft wird, wenn die versicherte Person stirbt oder bei Ablauf der vertraglichen Leistungsdauer.
6. Bis zur Entscheidung über die Leistungspflicht müssen Sie die Prämien in voller Höhe weiter entrichten; wir werden diese jedoch bei Anerkennung der Leistungspflicht verzinst zurückzahlen. Die Höhe der Zinsen richtet sich nach dem zum Leistungsentscheidungszeitpunkt gültigen Rechnungszins. Wenn Sie es wünschen, werden diese Prämien bis zur endgültigen Entscheidung über die Leistungspflicht zinslos gestundet. Bei Ablehnung der Leistungspflicht, sind die gestundeten Prämien nachzuzahlen. Diese können Sie in Form einer einmaligen Zahlung oder in maximal 24 Monatsraten nachentrichten.
7. Wiedereingliederungshilfe: Wenn unsere Leistungspflicht endet, weil die versicherte Person wieder eine neue Tätigkeit ausübt, zahlen wir als Wiedereingliederungshilfe einen einmaligen Betrag in Höhe von 6 Monatsrenten, insgesamt maximal 6.000 € für alle bei der Gesellschaft auf die versicherte Person abgeschlossenen Berufsunfähigkeitsversicherungen. Voraussetzung für die Zahlung einer Wiedereingliederungshilfe ist, dass bei Entstehen des Anspruches auf Wiedereingliederungshilfe die verbleibende Versicherungsdauer noch mindestens 12 Monate beträgt. Bei erneuter Berufsunfähigkeit innerhalb von 12 Monaten wird eine geleistete Wiedereingliederungshilfe auf neu entstehende Rentenansprüche angerechnet. Die Wiedereingliederungshilfe kann im Laufe der Versicherungsdauer mehrmals beansprucht werden, sofern die Voraussetzungen dafür vorliegen.
8. Umorganisationsleistung
Wir beteiligen uns auf Wunsch des Anspruchstellers an den Umorganisationskosten des Unternehmens (bzw. Betrieb, Kanzlei, Praxis) und zahlen einen einmaligen Betrag in Höhe von 6 Monatsrenten, maximal insgesamt € 6.000, sofern die gesundheitliche Beeinträchtigung eine Weiterführung des Unternehmens nicht mehr wie bisher ermöglicht und die Umorganisation die Weiterführung des Unternehmens unterstützt.
Leistungen wegen Berufsunfähigkeit werden in diesem Fall nicht erbracht. Tritt innerhalb eines Jahres nach unserer Leistung dennoch Berufsunfähigkeit ein, werden die von uns geleisteten Umorganisationskosten mit den Berufsunfähigkeitsleistungen verrechnet, ausgenommen die Berufsunfähigkeit tritt durch ein Unfallgeschehen ein (Unfalldefinition siehe Anhang 1).
9. Geltungsbereich: Der Versicherungsschutz besteht weltweit während der Berufsausübung und in der Freizeit.
10. Lebenslange Rente bei Pflegebedürftigkeit vor dem 45. Geburtstag
Für Verträge, bei denen die Leistungsdauer mindestens bis zum 60. Geburtstag der versicherten Person vereinbart wurde, gilt:
Wird die versicherte Person vor ihrem 45. Geburtstag aufgrund von bedingungsgemäßer Pflegebedürftigkeit (siehe § 4 Ziffer 12 bis 16) berufsunfähig, und besteht diese Pflegebedürftigkeit bis zum Ende der vereinbarten Leistungsdauer ununterbrochen fort, so kommt die vereinbarte Rente lebenslang zur Auszahlung. Eine etwaig vereinbarte garantierte Rentensteigerung endet mit Ablauf der für die Berufsunfähigkeitsversicherung vereinbarten Leistungsdauer, es kommt danach zu keiner weiteren Erhöhung der Rente mehr.
Verträge, für die eine Leistungsdauer vereinbart wurde, die vor dem 60. Geburtstag endet, sind von der Möglichkeit der o.a. lebenslangen Rente ausgenommen.

§ 2a Optionen auf Leistungserhöhung (Nachversicherungsgarantien)

a) Der Versicherungsnehmer hat bei den die versicherte Person betreffenden unter b) angeführten Ereignissen das Recht, innerhalb von 12 Monaten ohne erneute Gesundheitsprüfung die Leistung zu erweitern.

Voraussetzungen (sofern unter b nicht abweichend geregelt):

- die versicherte Person ist nicht berufsunfähig
- das rechnungsmäßige Alter der versicherten Person ist nicht höher als 45 Jahre,
- die Erhöhung der Jahresrente beträgt nicht mehr als 50 % der bisherigen Jahresrente,
- die neue gesamte Jahresrente übersteigt € 30.000 nicht und
- nach erfolgter Leistungserhöhung übersteigt die gesamte Jahresrente aller (einschließlich bei anderen Versicherungsunternehmen) auf die versicherte Person abgeschlossenen Berufsunfähigkeitsversicherungen 70 % des vorjährigen Jahresbruttoeinkommens der versicherten Person nicht.

b) Ereignisse

- Heirat bzw. Begründung einer eingetragenen Partnerschaft
- Geburt oder Adoption eines Kindes
- Tod des Ehe – bzw. Lebenspartners einer eingetragenen Partnerschaft
- Ehescheidung bzw. Aufhebung einer eingetragenen Partnerschaft
- Volljährigkeit
- Abschluss einer Berufsausbildung bzw. Erreichen eines akademischen Titels
- Erstmalige Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit (Erhöhung abweichend von a) nur bis max. € 24.000 Jahresrente)
- Einkommenserhöhung um 10% bei unselbstständig Tätigen (gemessen am letzten Jahreseinkommen) bzw. 20% bei selbstständig Tätigen (gemessen am Durchschnitt der letzten 3 Jahre)
- Finanzierung (Immobilienwerb oder Finanzierung im gewerblichen Bereich) mit einer Finanzierungssumme von mindestens 25.000,- €
- Wegfall BU-Schutz aus der gesetzlichen Pensionsversicherung, berufsständischen Vorsorge oder bAV

Erhöhung ohne Grund Innerhalb der ersten 5 Versicherungsjahre kann die Leistung der Berufsunfähigkeitsversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung einmalig unter den in a) genannten Voraussetzungen erhöht werden, wobei folgenden Abweichungen gelten: Maximalrente € 24.000; Inanspruchnahme maximal bis zum 35. Geburtstag der versicherten Person; Beantragung 6 Monate vor Erhöhungstermin.

Lehrlinge, Schüler und Studenten: Die Leistung kann innerhalb von 12 Monaten ab erstmaligem Berufseinstieg, und wenn es sich um eine unbefristete Tätigkeit handelt, ohne erneute Gesundheitsprüfung einmalig unter den in a) genannten Voraussetzungen (außer der Beschränkung auf nicht mehr als 50% der bisherigen Jahresrente) erhöht werden, wobei folgenden Einschränkungen hinzukommen: Maximalrente € 24.000; Inanspruchnahme maximal bis zum 30. Geburtstag der versicherten Person.

c) Nachweise: Mit Beantragung der Erhöhung sind entsprechende Nachweise (z.B. Heiratsurkunde, Geburtsurkunde, Meisterbrief) für das auslösende Ereignis vorzulegen.

§ 3 Wann beginnt der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz beginnt, sobald wir in Schriftform Ihren Antrag angenommen oder durch Zustellung der Polizza die Annahme erklärt haben, und Sie die erste oder einmalige Prämie (Einlösprämie) rechtzeitig gezahlt haben (§ 6). Vor dem in der Polizza angegebenen Versicherungsbeginn besteht kein Versicherungsschutz.

§ 4 Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

1. Vollständige Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen außerstande ist, ihren vor Eintritt des Versicherungsfalles zuletzt ausgeübten Beruf – so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war – nachzugehen.
2. Berufsunfähigkeit liegt nicht bzw. nicht mehr vor, wenn die versicherte Person eine andere Tätigkeit ausübt, die aufgrund ihrer Ausbildung und Erfahrung ausgeübt werden kann und ihrer bisherigen Lebensstellung (vgl. Ziffer 5) vor Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung entspricht. Auf die abstrakte Verweisung verzichten wir.
3. Teilweise Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die in Ziffer 1 und 2 genannten Voraussetzungen nur in einem bestimmten Grad für voraussichtlich zumindest 6 Monate erfüllt sind.
4. Ist die versicherte Person sechs Monate ununterbrochen infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, vollständig oder teilweise außerstande gewesen, ihrem vor Eintritt des Versicherungsfalles zuletzt ausgeübten Beruf – so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war – nachzugehen, und wird bzw. wurde von ihr auch keine andere Tätigkeit ausgeübt, die aufgrund ihrer Ausbildung und Erfahrung ausgeübt werden kann und ihrer bisherigen Lebensstellung (vgl. Ziffer 5) vor Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung entspricht, so gilt dieser Zustand von Beginn an als vollständige oder teilweise Berufsunfähigkeit.
5. Als eine der Ausbildung und Erfahrung sowie der bisherigen Lebensstellung entsprechende berufliche Tätigkeit wird dabei nur eine solche Tätigkeit angesehen, die keine deutlich geringeren Kenntnisse und Fähigkeiten erfordert und auch in ihrer Vergütung und Wertschätzung nicht spürbar unter das Niveau der bislang ausgeübten beruflichen Tätigkeit absinkt. Unzumutbar ist dabei jedenfalls eine Einkommensminderung von 20% oder mehr gegenüber dem Bruttoeinkommen im zuletzt ausgeübten Beruf. Im begründeten Einzelfall kann aber auch bereits heute eine unter 20% liegende Einkommensminderung unzumutbar in diesem Sinne sein.
6. **Bei Selbstständigen, freiberuflich Tätigen, Gesellschaftern oder Angestellten mit Unternehmensführungsbefugnis**
Berufsunfähigkeit liegt nicht vor, wenn ein selbstständig oder freiberuflich Tätiger, Gesellschafter oder Angestellter mit Unternehmensführungsbefugnis über seinen Einfluss auf die betriebliche Situation durch zumutbare Umorganisation eine Tätigkeit ausüben kann, durch die er eine unveränderte Stellung als Unternehmensinhaber innehat.
Eine Umorganisation ist zumutbar, wenn sie wirtschaftlich und betrieblich zweckmäßig ist. Die konkret ausgeübte oder im Rahmen der Umorganisation ausübbar Tätigkeit muss aufgrund der Gesundheitsverhältnisse, der Ausbildung und Erfahrung zumutbar sein und der bisherigen Lebensstellung vor Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung entsprechen.
Die Umorganisation ist unzumutbar, wenn sich dadurch eine dauerhafte Einkommensminderung von 20% oder mehr gegenüber dem vor Eintritt der Berufsunfähigkeit erzielten durchschnittlichen jährlichen Bruttoeinkommen der letzten 3 Jahre ergibt.
Zu keiner Prüfung der Umorganisationsmöglichkeit kommt es bei weisungsgebundenen Arbeitnehmern, wobei das Vorliegen von Weisungsgebundenheit anhand wirtschaftlicher Grundlagen und unabhängig von Gesellschafteranteilen ermittelt wird.
7. **Bei Studenten** liegt vollständige Berufsunfähigkeit vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen außerstande ist, ihr zuletzt ausgeübtes Studium – so wie es ohne gesundheitliche Beeinträchtigungen ausgestaltet war – nachzugehen, und sie auch kein anderes Studium betreibt oder erfolgreich bestanden hat, und auch keine berufliche Tätigkeit, die ihrer Ausbildung und Erfahrung sowie ihrer bisherigen Lebensstellung vor Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung entspricht, ausübt.
Als Studium gilt nur ein Studium an einer Hochschule (staatliche Universität, Privatuniversitäten, pädagogische Hochschulen) oder Fachhochschule (FH). Der angestrebte Studienabschluss muss in

Österreich staatlich anerkannt sein. Kein Studium im Sinne dieser Bedingungen ist ein berufsbegleitendes Studium.

8. **Bei Schülern** liegt vollständige Berufsunfähigkeit vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen außerstande ist, als Schüler an einer allgemeinen öffentlichen Schule oder staatlich anerkannten Privatschule am Unterricht ohne spezielle Förderung teilzunehmen und auch keine andere Tätigkeit ausübt, die ihrer Ausbildung, Erfahrung und bisherigen Lebensstellung entspricht.
Eine spezielle Förderung ist anzunehmen, wenn sonderpädagogische Maßnahmen regelmäßig erforderlich sind.
Ein berufsbegleitender Schulbesuch oder Schulbesuch im Rahmen der Berufsausbildung (Berufsschule) gilt nicht als Schulbesuch im Sinne dieser Regelung (siehe auch Ziffer 9 bez. Lehrling).
Schulen i.S.d. Bedingungen sind z.B.: Hauptschule, polytechnische Schule, neue Mittelschule, allgemein bildende höhere Schulen, berufsbildende mittlere und höhere Schulen und Kollegs.
Das Wiederholen eines Schuljahres allein gilt nicht als Berufsunfähigkeit.
9. **Bei Lehrlingen** liegt vollständige Berufsunfähigkeit vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen außerstande ist, ihrer vor Eintritt des Versicherungsfalles zuletzt ausgeübten/ betriebenen Ausbildung – so wie sie ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war – nachzugehen und auch keine andere Ausbildung ausübt oder bestanden hat. Berufsunfähigkeit liegt nicht bzw. nicht mehr vor, wenn die versicherte Person eine andere Tätigkeit ausübt, die aufgrund ihrer Ausbildung und Erfahrung ausgeübt werden kann und ihrer bisherigen Lebensstellung (vgl. Ziffer 5) vor Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung entspricht. Als Ausbildung gilt nur eine Ausbildung in einem Lehrberuf im Sinne des österreichischen Berufsausbildungsgesetzes (Lehrberufsliste).
10. **Bei Hausfrauen bzw. Hausmännern** liegt vollständige Berufsunfähigkeit vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen außerstande ist, ihre vor Eintritt des Versicherungsfalles in ihrem Haushalt zuletzt konkret ausgeübten Tätigkeiten und Aufgaben – so wie sie ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet waren – nachzugehen. Berufsunfähigkeit liegt nicht bzw. nicht mehr vor, wenn die versicherte Person eine andere Tätigkeit ausübt, die aufgrund ihrer Ausbildung und Erfahrung ausgeübt werden kann und ihrer bisherigen Lebensstellung (vgl. Ziffer 5) vor Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung entspricht.
11. Ist die versicherte Person aus dem Berufsleben ausgeschieden, kann die Berufsunfähigkeitsversicherung fortgeführt werden. Werden in dieser Zeit Leistungen beantragt, so gilt für die Beurteilung der Berufsunfähigkeit für die Dauer bis zu 5 Jahren nach dem Ausscheiden die vorher konkret ausgeübte berufliche Tätigkeit und die damit verbundene Lebensstellung. Nach Ablauf von 5 Jahren gilt eine Berufstätigkeit als zumutbar, die anhand der dann noch verwertbaren Kenntnisse und Fähigkeiten ausgeübt wird oder ausgeübt werden könnte. Die Lebensstellung wird durch die dann ausgeübte oder mögliche Berufstätigkeit geprägt.
12. Ist die versicherte Person sechs Monate ununterbrochen pflegebedürftig und wurde der Pflegefall mit mindestens einem Punkt bewertet, so gilt dieser Zustand von Beginn an als vollständige Berufsunfähigkeit.
13. Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls voraussichtlich auf Dauer so hilflos ist, dass sie für die in Ziffer 14 genannten Verrichtungen auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel in erheblichem Umfang täglich der Hilfe einer anderen Person bedarf. Die Pflegebedürftigkeit ist ärztlich nachzuweisen.
14. Bewertungsmaßstab für die Einstufung des Pflegefalls ist die Art und der Umfang der erforderlichen täglichen Hilfe durch eine andere Person. Bei der Bewertung wird die nachstehende Punktetabelle zugrunde gelegt: Die versicherte Person benötigt Hilfe beim

Fortbewegen im Zimmer 1 Punkt
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Inanspruchnahme einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls – die Unterstützung einer anderen Person für die Fortbewegung benötigt.

Aufstehen und Zubettgehen 1 Punkt
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person nur mit Hilfe einer anderen Person das Bett verlassen oder in das Bett gelangen kann.

Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken 1 Punkt
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße – nicht ohne Hilfe einer anderen Person essen und trinken kann.

Verrichten der Notdurft 1 Punkt
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person die Unterstützung einer anderen Person benötigt, weil sie

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

Besteht allein eine Inkontinenz des Darms bzw. der Blase, die durch die Verwendung von Windeln oder speziellen Einlagen ausgeglichen werden kann, liegt hinsichtlich der Verrichtung der Notdurft keine Pflegebedürftigkeit vor.

15. Unabhängig von der Bewertung aufgrund der Punktetabelle liegt vollständige Berufsunfähigkeit aufgrund von Pflegebedürftigkeit vor, wenn die versicherte Person wegen einer seelischen Erkrankung oder geistigen Behinderung sich oder andere gefährdet und deshalb täglicher Beaufsichtigung bedarf oder wenn die versicherte Person dauernd bettlägerig ist und nicht ohne Hilfe einer anderen Person aufstehen kann oder wenn die versicherte Person der Bewahrung bedarf. Bewahrung liegt vor, wenn die versicherte Person wegen einer seelischen Erkrankung oder geistigen Behinderung sich oder andere in hohem Maße gefährdet und deshalb nicht ohne ständige Beaufsichtigung bei Tag und Nacht versorgt werden kann.

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

17. Infektionsklausel

Berufsunfähigkeit liegt auch dann vor, wenn eine auf gesetzlichen Vorschriften oder behördlicher Anordnung beruhende Verfügung der versicherten Person verbietet, wegen Infektionsgefahr ihre Tätigkeit auszuüben (vollständiges Tätigkeitsverbot) und sich dieses vollständige Tätigkeitsverbot auf einen Zeitraum von mindestens 6 Monaten erstreckt.

Berufsunfähigkeit liegt nicht bzw. nicht mehr vor, sofern die versicherte Person eine ihrer Ausbildung und Erfahrung entsprechende Tätigkeit tatsächlich ausübt und diese Tätigkeit ihrer bisherigen Lebensstellung vor Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung entspricht. (vgl. Ziffer 5)

Ist gleichzeitig eine Karenzfrist vereinbart, beginnt die Leistung aufgrund dieser Infektionsklausel erst nach Ablauf der vereinbarten Karenzzeit, sofern die Berufsunfähigkeit dann noch andauert und auch während der Karenzzeit ununterbrochen vorgelegen ist.

§ 5 Wie berechnen wir Ihre Prämie? Welche Kosten werden in die Prämie eingerechnet?

1. Die Höhe der Prämie richtet sich nach dem Tarif, der Versicherungsdauer, der Leistungsdauer dem Geburtsjahr, dem Alter und dem Beruf der versicherten Person. Dabei wird ein begonnenes Lebensjahr als voll gerechnet, wenn davon am Tag, an welchem laut Polizze das erste Versicherungsjahr beginnt, mehr als 6 Monate verfließen sind. Bei erhöhtem Risiko, insbesondere durch Gesundheit, Beruf oder Sport, können Zusatzprämien (Risikozuschläge) oder Besondere Bedingungen vereinbart werden. Diese Zusatzprämien (Risikozuschläge) oder Besondere Bedingungen gelten auch für nachträgliche Erhöhungen der Versicherungsleistung (z.B. im Rahmen der Nachversicherungsgarantien gemäß § 2a oder bei Wertanpassungen).

2. Mit der vereinbarten Prämie werden – nach Abzug der Versicherungssteuer und der Prämienanteile für den Versicherungsschutz - die Abschluss- und Verwaltungskosten gedeckt. Unter

Abschlusskosten sind die mit dem Abschluss einer Versicherung verbundenen Kosten (z.B. für Beratung, ärztliche Atteste, Polizzenausfertigung), unter Verwaltungskosten die mit dem laufenden Versicherungsbetrieb verbundenen Kosten zu verstehen. Diese Kosten werden bereits bei der Kalkulation der Prämien berücksichtigt und daher nicht gesondert in Rechnung gestellt.

3. Die **Abschlusskosten** werden nach dem so genannten „Zillmerverfahren“ mit der Prämie verrechnet. Hierbei werden ab Versicherungsbeginn die Prämien zur Tilgung der Abschlusskosten verwendet, soweit sie nicht für die Leistungen im Versicherungsfall und Kosten des Versicherungsbetriebes bestimmt sind; der zu tilgende Betrag beläuft sich auf 6% der Prämiensumme (die Prämiensumme ist hier die Summe aller für die Prämienzahlungsdauer vereinbarten Prämien ohne Versicherungssteuer abzüglich der Prämienanteile für Zusatzversicherungen, des Unterjährigkeitszuschlages, der Stückkosten und Risikozuschläge).
4. Die **Verwaltungskosten** werden in folgender Höhe verrechnet:
 - a. Für Verträge mit laufender Prämienzahlung jährlich 4% der Prämie zuzüglich jährlich 0,01% der maximal in die Versicherungsdauer fallenden Renten zuzüglich jährlich maximal 13 € Stückkosten.
Unter Prämie ist hier die laufende Prämie abzüglich Versicherungssteuer, Stückkosten, Risikozuschläge, Unterjährigkeitszuschläge und Prämien für etwaige Zusatzversicherungen zu verstehen.
 - b. Für prämienfreie Verträge betragen die Verwaltungskosten 0,15% der maximal in die Versicherungsdauer fallenden prämienfreien Renten für jedes prämienfreie Jahr.
Nach Eintritt des Versicherungsfalles werden jährlich 2% der Jahresrente als Verwaltungskosten verrechnet.
5. Für den Fall, dass Sie während der Versicherungsdauer Prämien erhöhungen beantragen bzw. für Prämien erhöhungen infolge einer Wertanpassung, sofern vereinbart, gelten die Bestimmungen für die Abschluss- und Verwaltungskosten entsprechend.

§ 6 Was haben Sie bei der Prämienzahlung zu beachten?

1. Die Prämien zu Ihrer Berufsunfähigkeitsversicherung sind durch jährliche Prämienzahlungen (Jahresprämien) zu entrichten. Die Jahresprämien werden zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres fällig.
2. Nach Vereinbarung können Sie Jahresprämien auch in monatlichen, vierteljährlichen oder halbjährlichen Raten zahlen; hierfür werden Ratenzuschläge in Höhe von 3 % bei monatlicher, 2 % bei vierteljährlicher und 1 % bei halbjährlicher Zahlungsweise erhoben.
3. Bei Fälligkeit der Versicherungsleistung werden wir etwaige Prämienrückstände verrechnen.
4. Die Einlösprämie wird sofort nach Abschluss des Versicherungsvertrags (Zustellung der Police), jedoch nicht vor dem Versicherungsbeginn fällig. Sie ist innerhalb von 14 Tagen zu zahlen. Alle weiteren Prämien (Folgeprämien) sind innerhalb eines Monats, bei monatlicher Zahlungsweise innerhalb von zwei Wochen, jeweils ab dem in der Originalpolice genannten Fälligkeitstag, an uns zu zahlen.
5. Für eine Stundung der Prämien ist eine Vereinbarung in geschriebener Form mit uns erforderlich. Wenn Sie aufgrund von Zahlungsschwierigkeiten die Prämien Ihrer Versicherung vorübergehend nicht zahlen können, haben Sie die Möglichkeit eine Stundung der Prämien für die Dauer von maximal 12 Monaten zu beantragen. Für den Zeitraum der Stundung besteht kein Versicherungsschutz.
6. Sie haben das Recht, ohne erneute Gesundheitsprüfung die Wiederinkraftsetzung der Versicherung innerhalb von sechs Monaten seit der ersten unbezahlt gebliebenen Prämie zu verlangen, sofern der Versicherungsfall noch nicht eingetreten ist.

§ 7 Was geschieht, wenn Sie eine Prämie nicht rechtzeitig zahlen?

(siehe § 38 bis § 39a VersVG im Anhang 3)

1. Erstprämie (Einlösprämie)

Wenn Sie die Einlösprämie nicht rechtzeitig bezahlen, sind wir leistungsfrei, es sei denn, Sie waren an der rechtzeitigen Zahlung ohne Verschulden verhindert. Weiters können wir entweder die Prämien des ersten Versicherungsjahres auch bei Vereinbarung von Ratenzahlungen sofort verlangen oder – solange die Zahlung nicht bewirkt ist – vom Vertrag zurücktreten. Es gilt als Rücktritt, wenn wir unseren Anspruch auf die Einlösprämie 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 zahlen, so erhalten Sie von uns auf Ihre Kosten eine Mahnung (gem. § 39 VersVG). Darin setzen wir Ihnen eine Zahlungsfrist von zwei Wochen. Begleichen Sie den Rückstand nicht innerhalb der gesetzten Frist, so entfällt oder vermindert sich Ihr Versicherungsschutz, es sei denn, Sie waren an der rechtzeitigen Zahlung ohne Verschulden verhindert. Auf diese Rechtsfolgen werden wir Sie in der Mahnung ausdrücklich hinweisen.

3. Bei Zahlungsverzug innerhalb des ersten Versicherungsjahres tritt Terminverlust ein und führt zu einer Fälligestellung aller für das erste Versicherungsjahr noch ausstehenden Prämien.

§ 8 Wie lange sind die Prämien zu zahlen?

Für die Prämienzahlung Ihrer Versicherung gemäß §§ 6 und 7 gelten folgende Regelungen:

1. Die Prämien sind bis zum Eintritt des Leistungsfalls, abhängig von der Leistungsvariante und dem Berufsunfähigkeitsgrad auch noch teilweise danach (vgl. auch § 2), längstens jedoch bis zum Ablauf der Prämienzahlungsdauer zu entrichten. Bei Ableben der versicherten Person sind sie bis zum Ende jenes Monats zu zahlen, in dem das Ableben eingetreten ist. Wurden darüber hinaus bereits Prämienanteile entrichtet, so werden diese zurückerstattet.
2. Bei Ablauf der Prämienzahlungsdauer sind ausstehende Raten der laufenden Jahresprämie unverzüglich an die MERKUR zu zahlen.

§ 9 Wann können Sie die Versicherung kündigen oder prämienfrei stellen?

Kündigung

1. Sie können Ihre Versicherung in Schriftform kündigen

- jederzeit zum Schluss des laufenden Versicherungsjahres,
- innerhalb eines Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten zum Schluss des Versicherungsmonats, frühestens jedoch zum Schluss des ersten Versicherungsjahres.

Unter einem Versicherungsjahr ist der Zeitraum von 12 Monaten, jeweils beginnend ab der vereinbarten jährlichen Hauptfälligkeit zu verstehen. Die Hauptfälligkeit ist jeweils der 1. Tag des als Versicherungsbeginn vereinbarten Kalendermonats.

Dabei werden Ihnen über den Kündigungstermin hinaus gezahlte Prämien erstattet. Bei einer Kündigung erlischt der Vertrag ohne garantierte Leistung.

Sie erhalten jedoch die aus der Gewinnbeteiligung vorhandenen Werte, vermindert um eventuell rückständige Prämien.

2. Während Berufsunfähigkeitsrenten aus diesem Vertrag aufgrund eines Leistungsfalls ausbezahlt werden, ist eine Kündigung nicht möglich.
3. Wird eine Prämienreduktion beantragt und durchgeführt, verrechnen wir einen tariflich festgelegten Abschlag in Höhe von maximal 5% der Deckungsrückstellung (siehe Ziffer 9).

Umwandlung in eine prämienfreie Versicherung

4. Anstelle einer Kündigung nach Ziffer 1 können Sie bei prämienpflichtigen Versicherungen unter Beachtung der dort genannten Termine und Fristen in Schriftform verlangen, von der Prämienzahlungspflicht befreit zu werden.
5. Bei der Prämienfreistellung wird die versicherte Jahresrente auf eine prämienfreie Rente herabgesetzt, die nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik errechnet wird.
6. Der aus Ihrer Versicherung für die Bildung der prämienfreien Jahresrente zur Verfügung stehende Betrag entspricht nicht der Summe der von Ihnen bezahlten Prämien, sondern dem nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik berechneten Deckungsrückstellung zum Zeitpunkt der Prämienfreistellung, vermindert um einen tariflich festgelegten Abschlag in der Höhe von 5% der Deckungsrückstellung (siehe Ziffer 9).
7. Voraussetzung für die Fortführung der Versicherung unter Befreiung von der Prämienzahlungspflicht ist allerdings, dass die herabgesetzte prämienfreie Jahresrente 360,- € nicht unterschreitet. Ist diese Voraussetzung nicht erfüllt, erlischt der Vertrag ohne garantierte Leistung, ein etwaiges Gewinn Guthaben wird jedoch ausgezahlt. Bei prämienfreien Verträgen werden die Verwaltungskosten und die Prämienanteile für den Versicherungsschutz monatlich im Vorhinein der Deckungsrückstellung entnommen.

Prämienrückzahlung

8. Die Rückzahlung der Prämien ist ausgeschlossen.

Beachten Sie bitte:

9. Die Deckungsrückstellung der Berufsunfähigkeitsversicherung entsteht aus den Prämienteilen, die nicht sofort zur Bestreitung des Risikos sowie zur Abdeckung der Abschluss- und Verwaltungskosten (siehe § 5) benötigt werden und für die Finanzierung der noch eventuell ausstehenden Leistungen bestimmt sind. Mit Ablauf der Versicherung ist die Deckungsrückstellung völlig aufgebraucht.

§ 10 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

1. Wir übernehmen den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, dass Sie alle in Verbindung mit dem Versicherungsantrag gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet haben (vorvertragliche Anzeigepflicht). Dies gilt insbesondere für die Fragen nach gegenwärtigen oder früheren Erkrankungen, gesundheitlichen Störungen und Beschwerden.
2. Soll eine andere Person versichert werden, ist auch diese – neben Ihnen – für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung der Fragen verantwortlich.
3. Wenn Umstände, die für die Übernahme des Versicherungsschutzes Bedeutung haben, von Ihnen oder der versicherten Person nicht oder nicht richtig angegeben worden sind, können wir binnen drei Jahren seit Vertragsschluss vom Vertrag zurücktreten, bei Eintritt des Versicherungsfalles während der ersten drei Jahre auch noch nach Ablauf dieser Frist. Den Rücktritt können wir aber nur innerhalb eines Monats erklären, nachdem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erhalten haben. Wir können nicht zurücktreten, wenn wir von der Unrichtigkeit oder Unvollständigkeit der Angaben Kenntnis hatten. Wenn uns nachgewiesen wird, dass die falschen oder unvollständigen Angaben nicht schuldhaft gemacht worden sind, wird unser Rücktritt gegenstandslos. Haben wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles erklärt, so bleibt unsere Leistungspflicht bestehen, wenn Sie nachweisen, dass die nicht oder nicht richtig angegebenen Umstände keinen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalles oder den Umfang unserer Leistung gehabt haben.
4. Wir können den Versicherungsvertrag auch anfechten, falls durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst oder gewollt auf unsere Annahmeentscheidung Einfluss genommen worden ist. Handelt es sich um Angaben der versicherten Person, so können wir Ihnen gegenüber die Anfechtung erklären, auch wenn Sie von der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht keine Kenntnis hatten.

5. Die Absätze 1 bis 4 gelten bei einer Änderung, bei der unsere Leistungspflicht erweitert wird oder Wiederherstellung der Versicherung entsprechend. Die Dreijahresfrist beginnt mit der Änderung oder Wiederherstellung der Versicherung bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teiles neu zu laufen.
6. Wenn die Versicherung durch Rücktritt oder Anfechtung aufgehoben wird, zahlen wir die Deckungsrückstellung gemäß § 9 Ziffer 9. abzüglich eventuell rückständiger Prämien aus. Die Rückzahlung der Prämien ist ausgeschlossen.
7. Sofern sie uns keine andere Person als Bevollmächtigten benannt haben, gilt nach Ihrem Ableben ein Bezugsberechtigter als bevollmächtigt, eine Rücktritts- oder Anfechtungserklärung entgegenzunehmen. Ist auch ein Bezugsberechtigter nicht vorhanden oder kann sein Aufenthalt nicht ermittelt werden, so können wir den Inhaber/die Inhaberin der Originalpolizze zur Entgegennahme der Erklärung als bevollmächtigt ansehen.
8. Wenn die vorvertragliche Anzeigepflicht ohne Verschulden des Versicherungsnehmers bzw. der versicherten Person verletzt wurde oder dem Versicherungsnehmer bzw. der versicherten Person der anzeigepflichtige Umstand nicht bekannt war, verzichten wir auf die Anwendung des § 41 Versicherungsvertragsgesetz (siehe Anhang 3).

§ 11 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

1. Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, wie es zu der Berufsunfähigkeit gekommen ist.
2. Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, leisten wir jedoch nicht, wenn die Berufsunfähigkeit verursacht ist:
 - unmittelbar oder mittelbar durch Kriegereignisse oder innere Unruhen, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat; diese Einschränkung gilt nicht, wenn die versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen berufsunfähig wird, denen sie während eines Aufenthaltes außerhalb der Republik Österreich ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war;
 - unmittelbar oder mittelbar im Zusammenhang mit dem vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder dem vorsätzlichen Einsatz oder der vorsätzlichen Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen in so ungewöhnlichem Maße gefährden oder schädigen, dass zu deren Abwehr oder Bekämpfung der Einsatz einer Katastrophenschutzbehörde oder vergleichbare Einrichtungen nötig sind;
 - durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die versicherte Person. Leicht und grob fahrlässige Verstöße (z. B. im Straßenverkehr) sind davon nicht betroffen;
 - durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit oder Kräfteverfall, absichtliche Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung. Wenn uns jedoch ärztlich nachgewiesen wird, dass diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind, werden wir leisten;
 - durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie als Versicherungsnehmer vorsätzlich die Berufsunfähigkeit der versicherten Person herbeigeführt haben;
 - durch Kernenergiestrahlung, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen in so ungewöhnlichem Maße gefährden oder schädigen, dass zu deren Abwehr oder Bekämpfung der Einsatz einer Katastrophenschutzbehörde oder vergleichbare Einrichtungen nötig sind.

§ 12 Was ist zu beachten, wenn die Versicherungsleistung geltend gemacht wird?

1. Werden Leistungen aus dieser Versicherung verlangt, so sind uns unverzüglich folgende Unterlagen einzureichen:
 - die Originalpolizze;

- ein Nachweis über die letzte Prämienzahlung.
2. Bei Ableben der versicherten Person ist zusätzlich eine amtliche, Alter und Geburtsort enthaltende Sterbeurkunde einzureichen.
 3. Bei Berufsunfähigkeit der versicherten Person sind zusätzlich einzureichen:
 - eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Berufsunfähigkeit;
 - ausführliche Berichte der Ärzte, die die versicherte Person gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens sowie über den Grad der Berufsunfähigkeit bzw. bei Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit über Art und Umfang der Pflegebedürftigkeit;
 - Unterlagen über den Beruf der versicherten Person, deren Stellung und Tätigkeit im Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit sowie über die eingetretenen Veränderungen;
 - bei Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit zusätzlich eine Bescheinigung der Person oder der Einrichtung, die mit der Pflege betraut ist, über Art und Umfang der Pflege.
 4. Zur Klärung unserer Leistungspflicht können wir notwendige weitere Nachweise verlangen und erforderliche Erhebungen selbst anstellen.
 5. Wir können außerdem – allerdings auf unsere Kosten – weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte sowie notwendige Nachweise – auch über die wirtschaftlichen Verhältnisse und ihre Veränderungen – verlangen, insbesondere zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen. Anfallende Reise- und Aufenthaltskosten werden von uns übernommen, sind jedoch mit uns vorher abzustimmen.
 6. Die mit den Nachweisen verbundenen Kosten (außer die in Ziffer 5 erwähnten Kosten) trägt derjenige, der die Versicherungsleistung beansprucht.
 7. Werden wegen Erhöhung des Grades der Berufsunfähigkeit höhere Leistungen verlangt, so gelten die Ziffern 3 bis 6 sinngemäß.
 8. Lässt die versicherte Person operative Behandlungen, die der untersuchende oder behandelnde Arzt anordnet, um die Heilung zu fördern oder die Berufsunfähigkeit zu mindern, nicht durchführen, steht dies einer Anerkennung der Leistungen aus der Berufsunfähigkeitsversicherung nicht entgegen. Sie ist allerdings aufgrund der allgemeinen gesetzlichen Schadensminderungspflicht verpflichtet, zumutbaren ärztlichen Anweisungen zur Besserung ihrer gesundheitlichen Verhältnisse Folge zu leisten. Zumutbar sind dabei Maßnahmen, die gefahrlos und nicht mit besonderen Schmerzen verbunden sind und die außerdem Aussicht auf zumindest Besserung (bis zur Leistungsgrenze) bieten. Hierbei handelt es sich um Maßnahmen wie z.B. das Einhalten von Diäten, Suchtentzug, die Verwendung von orthopädischen oder anderen Heil- und Hilfsmitteln (z.B. Tragen von Prothesen, Verwendung von Seh- und Hörhilfen), die Durchführung von logopädischen Maßnahmen oder das Tragen von Stützstrümpfen.
 9. Darüber hinaus ist mitzuteilen, ob Leistungen aus der Gewinnbeteiligung in Fondsanteilen erbracht werden sollen, sofern dies möglich ist.

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

1. Nach Vorliegen aller für unsere Leistungsentscheidung erforderlichen Unterlagen erklären wir innerhalb von 4 Wochen, ob und in welchem Umfang und für welchen Zeitraum wir eine Leistungspflicht anerkennen.
 Wenn zur Leistungsentscheidung weitere Unterlagen erforderlich sind, fordern wir diese an und informieren Sie über den Stand der Leistungsprüfung mindestens alle 4 Wochen.
 Unterbleibt die Vorlage der von uns zur Beurteilung der Leistungspflicht geforderten Unterlagen und Informationen, wird der Entschädigungsanspruch nicht fällig, da die Leistungspflicht nicht beurteilt werden kann.

2. Grundsätzlich sprechen wir keine zeitlich befristeten Anerkenntnisse aus. Wir können aber in begründeten Einzelfällen einmalig auch ein zeitlich begrenztes Anerkenntnis von bis zu 12 Monaten aussprechen. Innerhalb dieses Zeitraums führen wir keine Nachprüfung der Berufsunfähigkeit durch.

§ 14 Bis wann können bei Meinungsverschiedenheiten Rechte geltend gemacht werden und wer entscheidet in diesen Fällen?

1. Wenn derjenige, der den Anspruch auf die Versicherungsleistung geltend macht, mit unserer Entscheidung (§ 13) nicht einverstanden ist, kann er diesen innerhalb von einem Jahr nach Zugang unserer Entscheidung gerichtlich geltend machen.
2. Lässt der Anspruchserhebende die Jahresfrist verstreichen, ohne dass er Ansprüche gerichtlich geltend gemacht hat, so sind weitergehende Ansprüche, als wir sie anerkannt haben, ausgeschlossen. Auf diese Rechtsfolge werden wir in unserer Erklärung nach § 13 besonders hinweisen.

§ 15 Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?

1. Nach Anerkennung oder Feststellung unserer Leistungspflicht sind wir berechtigt, das Fortbestehen der Berufsunfähigkeit und ihren Grad oder den Umfang der Pflegebedürftigkeit nachzuprüfen; dies gilt nicht für zeitlich begrenzte Anerkenntnisse nach § 13. Dabei können auch Veränderungen des Gesundheitszustandes, die eine Wiederaufnahme der bisherigen Berufstätigkeit ermöglichen würden, begutachtet werden. Darüber hinaus können wir erneut prüfen, ob die versicherte Person eine andere Tätigkeit ausübt, die aufgrund ihrer Ausbildung und Erfahrung ausgeübt werden kann und ihrer Lebensstellung vor Eintritt der Berufsunfähigkeit entspricht.

Erwirbt die versicherte Person nach Eintritt der Berufsunfähigkeit neue berufliche Kenntnisse und Fähigkeiten (z.B. durch Umschulung), liegt Berufsunfähigkeit nach diesen Versicherungsbedingungen nicht mehr vor, wenn die nachfolgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- a. Die versicherte Person übt auf der Basis dieser neu erworbenen Fähigkeiten und Kenntnisse auch tatsächlich eine neue berufliche Tätigkeit aus.
 - b. Die versicherte Person kann auf Grund ihrer gesundheitlichen Verhältnisse diese Tätigkeit ausüben.
 - c. Diese ausgeübte berufliche Tätigkeit entspricht der Lebensstellung der versicherten Person zum Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit.
2. Zur Nachprüfung können wir auf unsere Kosten jederzeit sachdienliche Auskünfte und einmal jährlich umfassende Untersuchungen der versicherten Person durch von uns zu beauftragende Ärzte verlangen. Die Bestimmungen des § 12 gelten entsprechend.
 3. Eine Wiederaufnahme bzw. Änderung der beruflichen Tätigkeit müssen Sie uns unverzüglich mitteilen. Ebenso die Aufhebung des vollständigen Tätigkeitsverbotes gemäß Infektionsklausel (§ 4 Ziffer 16).
 4. Ist die Berufsunfähigkeit weggefallen oder hat sich ihr Grad vermindert, stellen wir unsere Leistungen ein oder setzen sie herab. Die Einstellung oder Herabsetzung teilen wir dem Anspruchsberechtigten unter Hinweis auf seine Rechte aus § 14 mit; sie wird nicht vor Ablauf von 3 Monaten nach Absenden dieser Mitteilung wirksam. Zu diesem Zeitpunkt muss auch die Prämienzahlung wieder aufgenommen werden, es sei denn die Versicherungsdauer ist bereits abgelaufen.
 5. Liegt Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit vor und hat sich der Umfang des Pflegefalls gemindert, so dass die Pflegebedürftigkeit mit weniger als einem Punkt bewertet wird, stellen wir unsere Leistungen ein. Ziffer 4 Satz 2 und 3 gelten entsprechend.

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

Soweit eine Mitwirkungspflicht nach § 12 oder § 15 von Ihnen, der versicherten Person oder dem Ansprucherhebenden vorsätzlich oder grob fahrlässig nicht erfüllt wird, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht bleiben die Ansprüche aus der Versicherung jedoch insoweit bestehen, als die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist. Wenn die Mitwirkungspflicht später erfüllt wird, sind wir ab Beginn des laufenden Monats nach Maßgabe dieser Bedingungen zur Leistung verpflichtet, es sei denn, es wurden uns vorsätzlich unwahre Angaben gemacht. In diesem Falle verbleibt es bei der Leistungsfreiheit gemäß Satz 1.

§ 17 Wo und wie sind die vertraglichen Verpflichtungen zu erfüllen?

1. Erfüllungsort für die Leistung ist die Generaldirektion der Merkur Lebensversicherung Aktiengesellschaft, Moserstr. 33, 5020 Salzburg.
2. Fällig gewordene Versicherungsleistungen werden wir nach Anerkennung unserer Leistungspflicht (§ 13) unverzüglich erbringen.
3. Leistungen an ausländische Berechtigte (Bezugsberechtigte) erbringen wir, sobald uns nachgewiesen wird, dass wir die Zahlung ohne Gefahr der Haftung für unberechtigte Steuern vornehmen dürfen. Wir können verlangen, dass der Anspruchsberechtigte den erforderlichen behördlichen Nachweis vorlegt.
4. Die Übermittlung Ihrer Prämien erfolgt auf Ihre Gefahr und Ihre Kosten. Für die Rechtzeitigkeit der Prämienzahlung genügt es, wenn Sie termin- oder fristgerecht (vgl. § 6 und § 7) alles getan haben, damit die Prämie bei uns eingeht.

§ 17a Angaben zur Steuerpflicht

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

- a) Name,
- b) Geburtsdatum, Geburtsort und Geburtsland,
- c) Adresse Ihres Wohnsitzes,
- d) Staat oder Staaten, in dem oder in denen Sie steuerlich ansässig sind,
- e) Steueridentifikationsnummer(n),
- f) Anzahl der Tage und gewöhnlicher Aufenthalt im Ausland,
- g) entsprechende Daten allfälliger Treugeber.

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

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

und über für die Beurteilung der Steuerpflicht relevante Änderungen dieser Angaben.

§ 17b Angaben gemäß Geldwäschegesetz

Handelt es sich beim Versicherungsnehmer um eine juristische Person, so sind der MERKUR während der Vertragslaufzeit Änderungen in der Person des wirtschaftlichen Eigentümers oder in der Vertretungsbefugnis unverzüglich anzuzeigen, wobei bei Änderung der Vertretungsbefugnis eine eindeutig lesbare Ausweiskopie (Reisepass, Führerschein oder Personalausweis (beidseitig)) vorzulegen ist.

§ 18 Welche Bedeutung hat die Originalpolizze?

1. Der Inhaber der Originalpolizze kann wirksam Versicherungsleistungen erhalten, es sei denn wir wissen, dass diesem tatsächlich keine Rechte aus dem Versicherungsvertrag zustehen. Auf Verlangen ist uns die Berechtigung zum Empfang der Leistungen nachzuweisen.
2. In den Fällen des § 20 Ziffer 4 brauchen wir den Nachweis der Berechtigung nur dann anzuerkennen, wenn uns in Schriftform die Anzeige des bisherigen Berechtigten vorliegt.

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

1. Für Erklärungen, die diesen Vertrag betreffen, empfehlen wir Schriftform, um Nachvollziehbarkeit und Rechtssicherheit auf beiden Seiten zu gewährleisten. Sie können jederzeit Abschriften Ihrer Erklärungen fordern, die Sie in Bezug auf den Vertrag abgegeben haben.
2. Wenn Sie Ihren Wohnort wechseln, teilen Sie uns bitte Ihre neue Adresse in geschriebener Form mit. Wir richten unsere Erklärungen rechtswirksam an Ihre letzte uns bekannte Adresse.
3. Wenn Sie sich für längere Zeit außerhalb der Europäischen Union aufhalten, müssen Sie uns, auch in Ihrem Interesse, eine im Inland ansässige Person benennen, die bevollmächtigt ist, unsere Mitteilungen für Sie entgegenzunehmen (Zustellungsbevollmächtigte/er).
4. Nach Eintritt des Versicherungsfalles können wir eine Ablehnung, einen Rücktritt oder eine Anfechtung auch einem berechtigten Dritten gegenüber rechtswirksam erklären.

§ 20 Wer erhält die Versicherungsleistung?

1. Die Leistung aus dem Versicherungsvertrag erbringen wir an Sie als unseren Versicherungsnehmer oder an eine von Ihnen benannte Person oder bei Ableben an Ihre Erben, falls Sie uns keine andere Person benannt haben (Bezugsberechtigter). Bis zum Ableben der versicherten Person können Sie das Bezugsrecht jederzeit widerrufen.
2. Sie können ausdrücklich bestimmen, dass der Bezugsberechtigte die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag sofort und unwiderruflich erwerben soll. Sobald wir Ihre Erklärung erhalten haben, kann dieses Bezugsrecht nur noch mit Zustimmung des von Ihnen Benannten aufgehoben werden.
3. Wenn Sie verfügungsberechtigt sind, können Sie Ihren Versicherungsvertrag abtreten, verpfänden und mit unserer Zustimmung auch vinkulieren.
4. Die Einräumung und der Widerruf eines widerruflichen Bezugsrechts (vgl. Ziffer 1) sowie eine Vinkulierung, Abtretung oder Verpfändung von Ansprüchen aus dem Versicherungsvertrag, soweit derartige Verfügungen überhaupt rechtlich möglich sind, sind uns gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn sie uns von dem bisherigen Berechtigten in Schriftform angezeigt worden sind (vgl. § 18 Ziffer 2). Der bisherige Berechtigte sind im Regelfall Sie; es können aber auch andere Personen sein, sofern Sie bereits vorher Verfügungen vorgenommen haben.

§ 21 Welche Kosten und Gebühren stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?

(siehe auch § 41b VersVG im Anhang 3)

1. Gebühren für eventuelle Mehraufwendungen (vgl. § 41 b VersVG im Anhang 3)
 - 1.1. Falls aus von Ihnen veranlassten Gründen ein zusätzlicher Verwaltungsaufwand verursacht wird, können wir die in solchen Fällen durchschnittlich entstehenden Kosten als pauschalen Abgeltungsbetrag sowie Portospesen gesondert in Rechnung stellen oder von einem eventuell vorhandenen Fonds- oder Ansammlungsguthaben abziehen.
 - 1.2. Die jeweils aktuelle Höhe der Gebühr für Rückläufer im Lastschriftverfahren, für eine Mahnung, Durchführung einer Vorauszahlung, AAA-Management, Fondsübertragung bei Ablauf bzw. Ableben, Vertragsänderungen sowie Bearbeitung einer Vinkulierung, Abtretung oder Verpfändung können Sie bei uns erfragen, unserer Homepage www.merkur-leben.at entnehmen oder auf Wunsch zugesandt erhalten. Anpassungen in Bezug auf Art und Höhe während der Vertragslaufzeit sind jederzeit möglich.
2. Weiters werden wir die gesetzlich vorgeschriebenen Abgaben verlangen.
3. Zusätzliche Kosteninformationen finden Sie in den § 5 (Abschluss- und Verwaltungskosten), § 6 (Prämienzahlung), § 9 (Kündigung und Prämienfreistellung) und § 12 (Leistungsfall).

Bei Versicherungen mit Gewinnveranlagung in Fonds gilt zusätzlich:

4. Fondskosten

Die mit der Fondsanlage und der Fondsverwaltung verbundenen Kosten können Sie dem jeweiligen Fondsbeschreibungsblatt entnehmen, das der Polizze beigefügt ist. Diese Kosten sind im veröffentlichten Verkaufsprospekt festgelegt und werden von den mit der Fondsverwaltung betrauten Kapitalanlagegesellschaften dem gesamten Fondsvermögen angelastet.

Fondskostenrückvergütungen (Rückvergütungen von Investmentgesellschaften an die MERKUR)
Die MERKUR kann im Zusammenhang mit der Anschaffung von Wertpapieren, insbesondere Fondsanteilen, Rückvergütungen von Investmentgesellschaften (Kapitalanlagegesellschaften, Banken, Dienstleistungsgesellschaften) erhalten. Dazu gehören volumensabhängige Bestandsprovisionen, die aus den von den Investmentgesellschaften vereinnahmten Fondskosten regelmäßig an die MERKUR ausgezahlt werden. Die Höhe dieser Rückvergütungen ist von Fonds zu Fonds unterschiedlich und kann sich jederzeit ändern.

Fondswechsel führt die MERKUR grundsätzlich kostenlos durch. Ausgenommen sind Wechsel in einen bzw. aus einem börsengehandelten Investmentfonds (ETF), da der MERKUR hier eine relativ am Transaktionsvolumen bemessene Gebühr in Rechnung gestellt wird, die an Sie weiterverrechnet wird. Darauf weisen wir Sie beim erstmaligen Kauf eines solchen Fonds ausdrücklich hin. (Den jeweils aktuell gültigen Gebührensatz finden Sie auf unserer Homepage www.merkur-leben.at im Bereich „Service“, Menüpunkt „Kosteninfo f. Mehraufwendungen“.)

§ 22 Was ist bei Verlust der Versicherungspolizze zu tun?

Wenn Sie den Verlust der Polizze in Schriftform anzeigen, werden wir Ihnen eine Ersatzurkunde ausstellen. Wir können verlangen, dass eine auf den Überbringer (Inhaber) lautende Polizze gerichtlich für kraftlos erklärt wird.

§ 23 Wie lange können Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag geltend gemacht werden ?

(siehe auch § 12 VersVG im Anhang 3)

Sie können Ihre Ansprüche aus dem Vertrag innerhalb von 3 Jahren ab Fälligkeit geltend machen. Steht der Anspruch einem anderen 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 die Ansprüche erst nach 10 Jahren ab Fälligkeit der Leistung.

§ 24 Welches Recht und welche Vertragsgrundlagen finden auf Ihren Vertrag Anwendung?

1. Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Republik Österreich Anwendung.
2. Vertragsgrundlagen sind der Antrag und die Polizze mit sämtlichen Bestandteilen (wie insbesondere: der vereinbarte Tarif, die Tabelle über Gewinnentwicklung bei Kündigung sowie Renten und Gewinne nach Prämienfreistellung, die Allgemeinen und Besonderen Versicherungsbedingungen und etwaige Besondere Vereinbarungen). Soweit nichts Abweichendes vereinbart ist, gelten die entsprechenden österreichischen gesetzlichen Bestimmungen, insbesondere des Versicherungsvertragsgesetzes, des Allgemeinen Bürgerlichen Gesetzbuches, des Konsumentenschutzgesetzes und des Versicherungsaufsichtsgesetzes.
3. Ihrem Vertrag liegen die Versicherungsmathematischen Grundlagen des vereinbarten Tarifs zu Grunde und sind somit auch Vertragsbestandteil. Sie enthalten alle versicherungsmathematischen Festlegungen und Berechnungsgrundlagen (insbesondere für die Prämie, Versicherungsleistung, Kosten, garantierte Deckungsrückstellung, Prämienfreistellungen und Gewinnbeteiligung) für Ihren Versicherungsvertrag.

§ 25 Wo ist der Gerichtsstand?

Gegen uns bestehende Ansprüche aus Ihrem Versicherungsvertrag können bei dem für unseren Geschäftssitz örtlich zuständigen Gericht geltend gemacht werden. Ist Ihre Versicherung durch Vermittlung eines Versicherungsagenten zustande gekommen, kann auch das Gericht des Ortes angerufen werden, an dem der Agent zur Zeit der Vermittlung seine gewerbliche Niederlassung oder, wenn er eine solche nicht unterhielt, seinen Wohnsitz hatte. Soweit gesetzlich ein Gerichtsstand vereinbart werden kann, gilt unser Geschäftssitz als alleiniger Gerichtsstand vereinbart.

§ 26 Können die Prämien für diese Versicherung angehoben werden?

Die Prämie richtet sich nach dem Tarif, der Versicherungsdauer, der Leistungsdauer, dem Geburtsjahr, dem Alter und dem Beruf der versicherten Person. Während der Versicherungsdauer kann die Prämie – außer bei Erhöhung des Versicherungsumfanges – nur dann angehoben werden (bzw. der Versicherungsschutz abgeändert werden), wenn es zu einer nicht nur vorübergehenden und unvorhersehbaren Änderung des Leistungsbedarfes gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen und der daraus errechneten Prämie kommt (§ 172 VersVG, siehe Anhang 3).

§ 27 Aufsichtsbehörde

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

§ 28 Wie sind Sie an unseren Gewinnen beteiligt?

Wir beteiligen Sie und die anderen Versicherungsnehmer an den Gewinnen, die jährlich bei unserem Jahresabschluss festgestellt werden.

Grundsätzliches zur Gewinnbeteiligung:

1. Lebensversicherer sind zu einer vorsichtigen Kalkulation verpflichtet. Es können daher bei einem günstigeren Risikoverlauf als ursprünglich angenommen (Risikogewinn), bzw. infolge von Kosteneinsparungen Gewinne entstehen an denen Sie im Wege der Gewinnbeteiligung teilhaben. Weitere Gewinne stammen aus Erträgen der Kapitalanlagen (Zinsgewinn).

2. Die dem vereinbarten Tarif zu Grunde liegenden Versicherungsmathematischen Grundlagen enthalten die Berechnungsgrundlagen für die Gewinnbeteiligung. Die Gewinnanteile werden jährlich festgesetzt und in unserem Geschäftsbericht bekannt gegeben.
3. Gemäß den Versicherungsmathematischen Grundlagen ist Ihre Versicherung im Abrechnungsverband der Großlebens Risikoversicherungen, Gewinnverband „Plan B- Tarife 7/2022; 0%; MR BU 2019“, am Gewinn beteiligt.
4. **Die Höhe der Gewinnanteile (Zinsgewinne und Gewinne aus anderen Gewinnquellen) hängt von der Entwicklung der Kapitalmärkte, den tatsächlichen Kapitalerträgen sowie vom künftigen Risiko- und Kostenverlauf ab und kann daher nicht garantiert werden.**

Konkrete Regelungen für Ihren Versicherungsvertrag:

5. Ihr Gewinnanteil wird abhängig vom jeweiligen Tarif ermittelt und Ihrem Versicherungsvertrag gutgeschrieben. Wir informieren Sie jährlich über den Stand Ihrer erworbenen Gewinnanteile.
6. Die Gewinnanteile Ihrer prämienpflichtigen Versicherung bestehen aus einem Risikogewinnanteil. Versicherungen während des Rentenbezuges erhalten einen Zinsgewinnanteil. Prämienfreie Versicherungen erhalten keine laufenden Gewinnanteile.
 - Der Risikogewinnanteil ist die Beteiligung am Risikogewinn und sonstigen Gewinnquellen, der Zinsgewinnanteil stellt den Anteil an den Kapitalerträgen über den garantierten Rechnungszins hinaus dar. Der Risikogewinnanteil wird in Prozent der gewinnberechtigten Bruttojahresprämie des laufenden Versicherungsjahres festgelegt.
 - Der Risikogewinnanteil wird Ihrem Vertrag jeweils zum Ende (bei Gewinnverwendung Ansammlung und Fondsveranlagung) bzw. zu Beginn (bei Gewinnverwendung Verrechnung) des laufenden Versicherungsjahres zugewiesen. Für die erste Zuteilung des laufenden Risikogewinnanteils existiert keine Wartezeit.
7. Die Deckungsrückstellung entsteht aus den Prämienteilen, die nicht sofort zur Bestreitung des Risikos sowie zur Abdeckung der Abschluss- und Verwaltungskosten (siehe § 9 Ziffer 9) benötigt werden und für die Finanzierung der noch eventuell ausstehenden Leistungen bestimmt sind. Diese Prämienteile werden mit dem garantierten Rechnungszins in Höhe von 0% verzinst. Mit Ablauf der Versicherung ist die Deckungsrückstellung völlig aufgebraucht.
8. Die jährlichen Gewinnanteile werden verzinslich angesammelt oder in einem oder mehreren Fonds veranlagt oder mit den laufenden Prämien verrechnet.

Veranlagung der Gewinnanteile in Fonds

9. Sie bestimmen, in welche Fonds die Gewinnanteile angelegt werden. Als Bewertungsstichtag gilt dabei der letzte Börsentag des Vormonats. Entsprechend den angelegten Gewinnanteilen sowie dem Euro-Wert der Anteilseinheit am jeweiligen Anlagestichtag entfällt auf Ihre Versicherung eine bestimmte Anzahl von Anteilseinheiten. Mit jeder Gewinnzuweisung erhöht sich die Anzahl der Ihnen gutgeschriebenen Anteilseinheiten.
Die im Antrag von Ihnen definierten Prozentsätze der Fondsaufteilung beziehen sich auf die Investition des Anlagebetrages Ihrer Gewinnanteile. Die Wertentwicklung von Investmentfonds unterliegt kapitalmarktbedingten Schwankungen. Folglich können sich die ausgewählten Fonds unterschiedlich entwickeln, das Verhältnis der angesammelten Fondsanteile zueinander wird in der Regel nicht weiter der prozentuellen Gewichtung der Neuinvestments entsprechen.
10. Fondsschließung, Fondsfusion, Entfernung aus dem Fondsangebot, Handlungsaussetzung und Ausschluss weiterer Fondsanteilskäufe
 - Eine Kapitalanlagegesellschaft kann sowohl den Ankauf von Investmentfondsanteilen verweigern als auch einen Investmentfonds schließen. Ebenso können Fonds mit anderen Fonds zusammengelegt werden (Fondsfusion). Auch kann der (weitere) Ankauf von Fondsanteilen aus gesetzlichen (z.B. US-Staatsbürger) oder aus vertraglich vereinbarten Vertriebsbeschränkungen

nicht mehr möglich oder zulässig sein. Weiters können wir aus wichtigem Grund einen Investmentfonds mit Wirkung sowohl für die Neuanlage als auch für bereits erworbene Investmentfondsanteile aus dem Angebot zu Ihrer Fondsgebundenen Lebensversicherung entfernen. Ein solcher wichtiger Grund ist insbesondere dann gegeben, wenn der Investmentfonds nicht mehr oder nur eingeschränkt (z.B. nicht mehr täglich) handelbar ist, ein gesetzlicher und/oder aufsichtsrechtlicher Grund vorliegt oder die Zusammenarbeit mit der Fondsgesellschaft beendet wird.

- Tritt einer der im Vorabsatz angeführten Fälle ein, werden wir Sie darüber informieren und - sofern genügend Zeit zur Verfügung steht – auffordern, uns binnen einer Frist aus unserem Fondsangebot einen anderen Fonds Ihrer Wahl für die Neuveranlagung und zur Umschichtung des bestehenden Fondsvermögens bekanntzugeben. Sollten Sie uns Ihre Entscheidung nicht fristgerecht mitteilen, werden wir das ab diesem Zeitpunkt neu zu veranlagende und das bestehende Fondsvermögen in einen von uns ausgewählten Ersatzfonds umschichten. Anlagepolitik und Anlageziel des Ersatzfonds sollen weitestgehend der Ausrichtung des ursprünglichen Fonds entsprechen, sofern dies im Rahmen unseres Fondsangebotes möglich ist. Zur Auswahl eines Ersatzfonds durch die MERKUR kommt es auch dann, wenn wir selbst sehr kurzfristig über eine im Vorabsatz genannte Maßnahme informiert werden und daher nicht genügend Zeit bleibt, Sie zur Nennung eines Ersatzfonds aufzufordern. In allen im Vorabsatz genannten Fällen erfolgt eine Umschichtung Ihrer Fondsanteile im Verhältnis der Fondskurse "alte" Fondsanteile (Bestandsfonds) zu "neue" Fondsanteile (Zielfonds) am betreffenden Stichtag des Ereignisses (z.B. Fondszusammenlegung, Fondsschließung, Fondsentfernung, Handelsaussetzung).
Nach erfolgter Umschichtung haben Sie selbstverständlich die Möglichkeit, Fondswechsel durchzuführen.
- Die Kapitalanlagegesellschaft kann unter bestimmten Umständen die Rücknahme von Fondsanteilen vorübergehend aussetzen. Rechtliche Grundlage hierfür sind insbesondere § 56 InvFG, §11 ImmoInvFG bzw. das Verkaufsprospekt. Ein Fondswechsel aus dem betroffenen Fonds ist in dieser Zeit nicht möglich. Wird in einer solchen Aussetzungsphase der Vertrag gekündigt oder sonst eine Leistung aus dem Versicherungsvertrag beansprucht, wird die MERKUR der empfangs- bzw. bezugsberechtigten Person in Hinblick auf den betroffenen Fonds anstelle einer Geldleistung die Fondsanteile übertragen oder – nach Ihrer Wahl – den Geldwert der Fondsanteile erst nach Beendigung der Aussetzung der Rücknahme der Fondsanteile durch die Kapitalanlagegesellschaft ermitteln. Soweit Sie die Übertragung der Fondsanteile wünschen, entfallen in diesem Fall die tariflich vorgesehenen Übertragungskosten. Ist eine Übertragung von Fondsanteilen aufgrund der Fondsbedingungen nicht möglich, so entfällt die Wahlmöglichkeit und es wird erst nach Ende der Aussetzung der Rücknahme der Geldwert der Fondsanteile ermittelt und ausgezahlt.

11. Fondswechsel

Sie können jederzeit in geschriebener Form beantragen, dass künftig fällige Gewinnanteile in einem anderen Verhältnis auf die zulässigen Fonds aufgeteilt werden. Wir werden diesen Antrag annehmen, wenn dem kein wichtiger Grund entgegensteht (siehe Ziffer 10). Unter den gleichen Voraussetzungen können Sie auch verlangen, dass das vorhandene Gewinn Guthaben in andere zulässige Fonds umgeschichtet wird. Dabei werden mit dem gesamten Anteilguthaben (Fondsguthaben) Anteile der anderen Fonds erworben. Für die Bewertung der vorhandenen Fondsanteile wird der Rücknahmepreis am letzten Börsentag des letzten Monats vor der Umschichtung herangezogen. Die Umschichtung erfolgt immer zum nächstfolgenden Monatsersten nach Beantragung, es sei denn, Sie legen einen anderen in der Zukunft liegenden Monatsersten als Umschichtungstermin fest.

Fondswechsel führt die MERKUR grundsätzlich kostenlos durch. Ausgenommen sind Wechsel in einen bzw. aus einem börsengehandelten Investmentfonds (ETF), da der MERKUR hier eine relativ am Transaktionsvolumen bemessene Gebühr in Rechnung gestellt wird, die an Sie weiterverrechnet wird. Darauf weisen wir Sie beim erstmaligen Kauf eines solchen Fonds ausdrücklich hin. (Den jeweils aktuell gültigen Gebührensatz finden Sie auf unserer Homepage www.merkur-leben.at im Bereich „Service“, Menüpunkt „Kosteninfo f. Mehraufwendungen“.)

Wechsel zwischen den Gewinnverwendungen:

12. Sie können die Verwendungsart der Gewinnanteile durch Antrag (in Schriftform) in eine auf Euro lautende verzinsliche Ansammlung umwandeln:

- jederzeit auf den Schluss des laufenden Versicherungsjahres;
- innerhalb eines Versicherungsjahres mit dreimonatiger Frist auf den Monatsschluss, frühestens jedoch auf den Schluss des ersten Versicherungsjahres

Bei der Umwandlung wird der Geldwert der vorhandenen Fondsanteile wie in Ziffer 11 und 15 ermittelt und als Euro-Betrag künftig jährlich verzinst. Er erhöht sich jährlich um die gutgeschriebenen Gewinnanteile.

13. Ein Wechsel von Gewinnverwendung Fondsveranlagung oder verzinsliche Ansammlung auf Gewinnverwendung Verrechnung und umgekehrt ist nicht möglich.

Ablauf ohne Eintritt des Versicherungsfalles:

14. Bei Ablauf Ihrer Versicherung ohne Eintritt der Berufsunfähigkeit besteht unsere Leistung aus dem Geldwert der erworbenen Fondsanteile bzw. dem Ansammlungsguthaben. Bei Gewinnverwendung Verrechnung wird bei Ablauf Ihrer Versicherung ohne Eintritt der Berufsunfähigkeit keine Leistung erbracht. Für die Übertragung bzw. Bewertung der Fondsanteile gelten die Regelungen laut Ziffer 11 und 15 sinngemäß.

Eintritt des Versicherungsfalles:

15. Bei Eintritt der Berufsunfähigkeit können die vorhandenen Fondsanteile bzw. das Ansammlungsguthaben als einmalige Kapitalauszahlung verwendet oder bis zu Vertragsablauf als Geldanlage im Fonds (den Fonds) bzw. als Ansammlungsguthaben belassen werden. Aus den vorhandenen Fondsanteilen bzw. aus dem Ansammlungsguthaben kann auch eine zusätzliche sofort beginnende BU- Rente gebildet werden. Bei Gewinnverwendung Verrechnung wird bei Eintritt der Berufsunfähigkeit aus dem Gewinn heraus keine Leistung erbracht.

Entscheiden Sie sich für die Auszahlung Ihrer Fondsanteile, besteht unsere Leistung aus dem Geldwert der erworbenen Fondsanteile. Anstelle der Geldleistung wird, sofern dies möglich ist, eine Übertragung der Fondsanteile erbracht,

- wenn der Bezugsberechtigte dies wünscht,
- der Geldwert der Fondsanteile nicht unter 1.000,- € liegt und
- sofern dies überhaupt möglich ist und nicht gegen vertragliche oder gesetzliche Bestimmungen verstößt (z.B. Einschränkungen für US-Staatsbürger).

Wird die Leistung in Fondsanteilen erbracht, reduzieren sich unsere Leistungen um die tariflich festgesetzten Übertragungskosten (Die Höhe der Gebühr können Sie bei uns erfragen oder unserer Homepage www.merkur-leben.at entnehmen.) Allfällige Steuern (z.B. KESt), die dem Empfänger im Rahmen der Lieferung der Fondsanteile von der depotführenden Stelle belastet werden, sind ausschließlich vom Empfänger zu tragen.

Die Geldleistung ermitteln wir durch Multiplikation der Anzahl der Fondsanteile mit dem am Bewertungsstichtag gültigen Rücknahmepreis eines Fondsanteiles. Als Bewertungsstichtag gilt der letzte Börsentag des Monats, der dem Eintritt der Berufsunfähigkeit vorangegangen ist.

16. Der Zinsgewinnanteil Ihrer Versicherung wird während des Rentenbezugs jeweils zum Ende eines jeden Versicherungsjahres zur Erhöhung der Rentenzahlungen verwendet. Die erstmalige Erhöhung der Rente durch die Gewinnbeteiligung erfolgt mit Beginn des zweiten vollen Versicherungsjahres nach Eintritt der Berufsunfähigkeit.
17. Bei Erleben des Versicherungsablaufs nach Eintritt der Berufsunfähigkeit besteht unsere Leistung aus den erworbenen Fondsanteilen bzw. dem Ansammlungsguthaben, falls Sie sich bei Eintritt des Leistungsfalles für das Stehenlassen der Fondsanteile bzw. des Ansammlungsguthabens entschieden haben. Bei Gewinnverwendung Verrechnung wird bei Erleben des Versicherungsablaufs nach Eintritt der Berufsunfähigkeit aus dem Gewinn heraus keine Leistung erbracht.

Ablebensfall:

18. Haben Sie sich bei Eintritt der Berufsunfähigkeit für die Auszahlung der Fondsanteile bzw. des Ansammlungsguthaben oder für eine zusätzliche sofort beginnende Berufsunfähigkeitsrente entschieden, wird bei Ableben nach Eintritt der Berufsunfähigkeit keine Leistung fällig, da die Zinsgewinnanteile Ihrer Versicherung während des Rentenbezugs bereits zur Erhöhung der Rentenzahlungen herangezogen wurden. Auch bei Gewinnverwendung Verrechnung wird bei Ableben nach Eintritt der Berufsunfähigkeit keine Leistung erbracht.
19. Haben Sie sich jedoch bei Eintritt der Berufsunfähigkeit für das Stehen lassen der Fondsanteile bzw. des Ansammlungsguthaben entschieden, werden im Ablebensfall nach Eintritt der Berufsunfähigkeit die bis dahin erworbenen Fondsanteile bzw. das Ansammlungsguthaben ausbezahlt. Für die Übertragung bzw. Bewertung der Fondsanteile gelten die Regelungen laut Ziffer 11 und 15 sinngemäß.
20. Im Ablebensfall vor Eintritt der Berufsunfähigkeit besteht unsere Leistung aus dem Geldwert der erworbenen Anteile bzw. dem Ansammlungsguthaben. Für die Übertragung bzw. Bewertung der Fondsanteile gelten die Regelungen laut Ziffer 11 und 15 sinngemäß.
Bei Gewinnverwendung Verrechnung wird im Ablebensfall vor Eintritt der Berufsunfähigkeit keine Leistung erbracht.

Hinweis gemäß § 9 Abs. 1 der Lebensversicherung Informationspflichtenverordnung – LV-InfoV

21. Es ist möglich, dass es in Folge der Dotierung der Zinszusatzrückstellung gemäß § 4 Abs. 3 Z 3 der Lebensversicherung-Gewinnbeteiligungsverordnung – LV-GBV, sowie in Folge der Anrechnung von Überdotierungen und negativer Mindestbemessungsgrundlagen aus früheren Geschäftsjahren gemäß § 4 Abs. 1 Z 17 LV-GBV zu einer Minderung der Gewinnbeteiligung kommt.

Informationen zur Gewinnbeteiligung im Jahresabschluss

22. Im Anhang zu unserem Jahresabschluss finden Sie die Bemessungsgrundlage für die Gewinnbeteiligung gemäß Gewinnbeteiligungsverordnung, sowie die Gewinnansätze und Verteilungszeiträume.

Risikohinweise, Haftung und Schadenersatzansprüche bei Veranlagung der Gewinne in einem oder mehreren Fonds:

23. Die Gewinnbeteiligung hängt vor allem von der Wertentwicklung der zu Grunde liegenden und von Ihnen ausgewählten Investmentfonds ab. Dabei tragen Sie als Versicherungsnehmer/in das volle Veranlagungsrisiko. Der Wertverlauf ist von der Anlagepolitik abhängig und unterliegt kapitalmarktbedingten Schwankungen. Im Falle von Kurssteigerungen erzielen Sie Wertzuwächse, im Falle von Kursrückgängen tragen Sie das Risiko der Wertminderung. Erträge in der Vergangenheit sind daher keine Garantie für die Zukunft. Es gibt keine - über den rechnermäßigen Zins hinausgehenden - garantierten Erträge.
24. Jede Kapitalanlage ist mit einem Risiko verbunden. Investmentfondsanteile sind Wertpapiere, deren Wertentwicklung nicht voraussehbar ist und deren Wert auch Null annehmen kann.
25. Die MERKUR hat keinen Einfluss auf die Wertentwicklung der von Ihnen für die Gewinnbeteiligung ausgewählten Fonds und kann daher bei einer für Sie ungünstigen Entwicklung nicht haftbar gemacht werden. Das Fondsmanagement und folglich auch der Anlageerfolg liegt ausschließlich in den Händen der jeweiligen Kapitalanlagegesellschaft.
26. Bitte beachten Sie auch die Hinweise zum Veranlagungsrisiko Investmentfonds im Anhang 2.

Anhang 1

Unfalldefinition (relevant für die in § 2 Ziffer 9 definierte Ausnahme, dass eine Umorganisationsleistung nicht mit einer Berufsunfähigkeitsleistung verrechnet wird, wenn die Berufsunfähigkeit aufgrund eines Unfalls eingetreten ist.)

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

Als Unfall gelten auch Verrenkungen von Gliedern sowie Zerrungen und Zerreißen von an Gliedmaßen und an der Wirbelsäule befindlichen Muskeln, Sehnen, Bändern und Kapseln sowie Meniskusverletzungen.

Der Versicherungsschutz umfasst nicht Unfälle,

- die die versicherte Person als Luftfahrzeugführer (auch Luftsportgeräteführer) soweit sie nach österreichischem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt, sowie als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeuges erleidet; bei einer ausschließlich mit Hilfe eines Luftfahrzeuges auszuübenden beruflichen Tätigkeit; bei der Benutzung von Raumfahrzeugen;
- die bei Beteiligung an motorsportlichen Wettbewerben (auch Wertungsfahrten und Rallyes) und den dazugehörigen Trainingsfahrten entstehen;
- bei der Teilnahme an Landes-, Bundes- oder internationalen Wettbewerben auf dem Gebiet des nordischen und alpinen Schisports, des Snowboardens sowie Freestyling, Bob-, Schibob-, Skeletonfahrens oder Rodeln sowie am offiziellen Training für diese Veranstaltungen;
- die beim Versuch oder der Begehung gerichtlich strafbarer Handlungen durch die versicherte Person eintreten, für die Vorsatz Tatbestandsmerkmal ist;
- die unmittelbar oder mittelbar mit Kriegsereignissen jeder Art zusammenhängen;
- durch innere Unruhen, wenn die versicherte Person daran auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;
- die mittelbar oder unmittelbar
 - durch jegliche Einwirkung von Nuklearwaffen, chemischen oder biologischen Waffen,
 - durch Kernenergie oder
 - durch den Einfluss ionisierender Strahlen im Sinne des Strahlenschutzgesetzes in der jeweils gültigen Fassung verursacht werden (außer jene, die durch Heilbehandlungen aufgrund eines Versicherungsfalles veranlasst waren);
- die versicherte Person infolge einer Bewusstseinsstörung oder einer wesentlichen Beeinträchtigung ihrer psychischen Leistungsfähigkeit durch Alkohol, Suchtgifte oder Medikamente erleidet;
- der versicherten Person durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn diese Störungen oder Anfälle durch ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis verursacht waren;
- durch Gesundheitsschäden bei Heilmaßnahmen oder Eingriffen am Körper der versicherten Person. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Heilmaßnahmen oder Eingriffe durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall veranlasst waren.

Anhang 2

Hinweise zum Veranlagungsrisiko Investmentfonds

Was versteht man unter Investmentfonds?

Anteilscheine an Investmentfonds (Investmentzertifikate) sind Wertpapiere, die Miteigentum an einem Investmentfonds verbriefen. Investmentfonds sammeln Gelder von Anlegern mit gleichen Anlegerinteressen und investieren sie nach dem Prinzip der Risikostreuung.

Der Käufer eines Investmentzertifikates legt gemeinsam mit anderen Sparern sein Geld in vielen verschiedenen Wertpapieren an. Er wird nicht alleiniger Eigentümer, sondern Miteigentümer (Eigentümer an Bruchteilen) des im Investmentfonds zusammengefassten Gesamtbestandes. Je nach Anlageziel und der jeweiligen Risikobereitschaft kann der Anleger aus verschiedenen Anlagekategorien wählen (z.B. Anleihefonds, Aktienfonds, gemischte Fonds, Immobilienfonds). Fonds können in inländische und/oder ausländische Wertpapiere, die auf Euro oder eine andere Währung lauten können, investieren. Die Fondsgesellschaft verrechnet Gebühren in Prozent des Fondsvermögens, die bei manchen Fonds auch erfolgsabhängig sein können.

Unterschiede zur Einzelveranlagung:

Die Zusammenfassung vieler Einzelbeträge unterschiedlichster Größe führt dazu, dass insgesamt ein Großvermögen veranlagt werden kann. Das erlaubt, Großanlegervorteile zu nutzen. Sie bestehen in der breiten Streuung und dadurch in der Reduktion des Risikos gegenüber der Anlage in einzelnen Wertpapieren, in besseren Preisen bei Kauf und Verkauf der Anlagegüter und im Einsatz von modernsten Informationsbeschaffungs-, Auswertungs- und Entscheidungsinstrumenten. Der Anleger erwirbt die Verwaltung des Vermögens durch Anlagespezialisten einer Kapitalanlagegesellschaft. Und schließlich ist eine Wertpapierveranlagung in Form von Investmentfonds schon für kleinere Beträge möglich!

Wertentwicklung von Fonds:

Der Ertrag von Investmentfonds setzt sich aus der Entwicklung des Wertes der Zertifikate - auch als Nettoinventarwert (Net Asset Value/NAV) bezeichnet - und allfälliger Ausschüttungen zusammen. Die Ermittlung des Nettoinventarwertes durch die Depotbank erfolgt aus dem Marktwert des Fondsportfolios abzüglich Verbindlichkeiten und anteiliger Managementgebühren, dividiert durch die Zahl der ausgegebenen Zertifikate. In den Wert des Fondsportfolios gehen in der Regel die Tagesschlusskurse der einzelnen Titel ein. Die Wertentwicklung kann im Vorhinein nicht festgelegt werden. Sie ist von der in den Fondsbestimmungen festgelegten Anlagepolitik sowie von der Marktentwicklung der einzelnen Wertpapiere und Vermögensgegenstände des Fonds abhängig. Der Wertverlauf der Investmentfonds unterliegt somit kapitalmarktbedingten Schwankungen und kann nicht vorausgesagt werden.

Risiken von Investmentfonds:

Das Risiko bei einer Fondsveranlagung hängt von der Anlagepolitik und der Marktentwicklung ab. Verluste sind möglich. Gemäß Investmentfondsgesetz darf die Kapitalanlagegesellschaft die Fondsbestimmungen mit Zustimmung ihres Aufsichtsrates und mit Zustimmung der Depotbank ändern; die Änderung bedarf der Bewilligung der Finanzmarktaufsicht. Trotz der normalerweise jederzeitigen Rückgabemöglichkeit sind Investmentfonds Anlageprodukte, die typischerweise nur über einen längeren Anlagezeitraum wirtschaftlich sinnvoll sind. Die Erfahrungen der Vergangenheit zeigen, dass die Schwankungsbreite der Ergebnisse und damit das Veranlagungsrisiko umso geringer ist, je länger der Veranlagungszeitraum gewählt wurde. Die vom Inhalt des Fonds abhängigen Risiken müssen bei der Auswahl der Fonds vom Anleger selbst bewertet werden. Er muss sich entscheiden, wie und in welcher Zusammensetzung er investieren möchte (z.B. 60% Anleihen, 30% Aktien, 10% Immobilien), abhängig von der individuellen Risikobereitschaft und der Möglichkeit, die Mittel zu binden. In Investmentfonds sollte zumindest mittelfristig veranlagt werden. Investmentfonds sind nicht für kurzfristige Spekulationen geeignet.

Charakteristika bei Fonds, die hauptsächlich in Anleihen investieren:

Bei Anleihen ist der Inhaber Gläubiger und hat Anspruch auf Verzinsung des Kapitals und auf dessen Rückzahlung zur vereinbarten Zeit. Die Ansprüche sind in den Anleihebedingungen genau festgelegt. Anleihen sind Waren, die am Kapitalmarkt gehandelt werden. Ihr Preis hängt von Angebot und Nachfrage ab. Extreme Zinsschwankungen an den Geld- und Kapitalmärkten führen zum Teil zu erheblichen Wertveränderungen. Bei Anleihen kann der Kurs/der Wert während der Behaltdauer daher schwanken

und auch unter den Nennwert bzw. Einstandskurs fallen. Die Anlegerrendite von Anleihen kann sich beispielsweise durch vorzeitige Tilgung oder Kündigung, durch Bonitätsänderung des Schuldners und durch Wechselkursschwankungen wesentlich ändern. Für Anleihefonds bedeuten steigende Zinsen einen Kursrückgang der Anleihen des Fonds und umgekehrt.

Charakteristika bei Fonds, die hauptsächlich Aktien enthalten:

Aktien verbrieft die Beteiligung an einem Unternehmen (Aktiengesellschaft). Der Aktionär ist somit am Gewinn und Vermögen des Unternehmens beteiligt. Den höheren Ertragschancen von Aktienengagements stehen auch höhere Risiken im Vergleich zu Anleihen gegenüber; so kann der Verkaufserlös wesentlich über oder auch unter dem Kapitaleinsatz liegen. Der Kurs von Aktien ist nicht nur von der jeweiligen wirtschaftlichen Situation des Emittenten, sondern auch von anderen Faktoren abhängig, wie Wirtschafts- und Marktlage, Börseverfassung und auch vom irrationalen Verhalten der Marktteilnehmer, die wiederum von Stimmungen, Meinungen, Hoffnungen, Ängsten und Begierden beeinflusst werden können.

Alternative Investments

Alternative Investments, insbesondere marktneutrale Veranlagungen, sind Alternativen zu klassischen Veranlagungsmöglichkeiten wie Aktien und Anleihen. Finanzwissenschaftliche Studien haben belegt, dass marktneutrale Veranlagungen (u.a. Hedge Funds, Managed Futures, Immobilien), deren Erträge nur gering mit Aktien- und Rentenmärkten korrelieren, in einem diversifizierten Portfolio je nach Beimischung den Gesamtertrag erhöhen und das Risiko der Volatilität reduzieren können. Ein Vorteil marktneutraler Anlagen liegt darin, dass Erträge sowohl in steigenden als auch in fallenden Anleihen- und Aktienmärkten erwirtschaftet werden können. Der Zweck eines solchen Investments ist es daher, unabhängig von der jeweiligen Marktsituation eine positive Rendite zu erzielen.

Transferrisiko

Bei der Veranlagung im Ausland besteht – abhängig vom jeweiligen Land – das zusätzliche Risiko, dass durch politische oder devisenrechtliche Maßnahmen eine Realisierung des Investments verhindert oder erschwert wird. Weiters können Probleme bei der Abwicklung entstehen. Bei Fremdwährungsveranlagungen können derartige Maßnahmen auch dazu führen, dass die Fremdwährung nicht mehr frei konvertierbar ist.

Kurs- und Bewertungsrisiko

Fondsanteile können auf Grund der Handelbarkeit (Liquidität) normalerweise jederzeit zum Rücknahmepreis zurückgegeben werden. Bei außergewöhnlichen Umständen kann die Rücknahme bis zum Verkauf von Vermögenswerten des Fonds und Eingang des Verwertungserlöses vorübergehend ausgesetzt werden.

Dachfonds

Sind Fonds, die bis zu 100% des Fondsvermögens in Fonds anlegen.

Indexfonds

Sind Fonds, die darauf abzielen, die Wertentwicklung eines Börsenindex nachzubilden.

Exchange Traded Fund (ETF):

Ein Fonds in Form eines Sondervermögens, welches passiv verwaltet wird, eine unbegrenzte Laufzeit besitzt, an einer Börse notiert und ähnlich wie Aktien gehandelt werden kann. Die Zielsetzung eines ETF liegt darin, die Wertentwicklung eines zugrunde liegenden Index (Vergleichsindex) so exakt wie möglich abzubilden. Durch diese passive Struktur werden Kostenvorteile erzielt, die durch eine nur geringe Verwaltungsgebühr an den Anleger weitergegeben werden. Spezifische Risiken wie Kontrahentenrisiko, Wertpapierleihe und Marktliquiditätsrisiko sind vom Anleger zu beachten.

Kauf von Investmentfonds auf Kredit

Ziel ist die Steigerung des Ertrages. Der Kauf von Wertpapieren auf Kredit stellt ein erhöhtes Risiko dar und sollte daher ausschließlich von professionellen Marktteilnehmern vorgenommen werden. Der aufgenommene Kredit muss unabhängig vom Erfolg des Investments zurückgeführt werden. Außerdem schmälern die Kreditkosten den Ertrag.

Währungsrisiko allgemein

Der Ertrag bzw. die Wertentwicklung der Veranlagung hängen von der Entwicklung des Wechselkurses der Fremdwährung ab.

Länderrisiko allgemein

Das Länderrisiko ist das Bonitätsrisiko eines Staates. Stellt der betreffende Staat ein politisches oder wirtschaftliches Risiko dar, so kann dies negative Auswirkungen auf alle in diesem Staat ansässigen Schuldner haben.

Anhang 3

Auszug aus gesetzlichen Bestimmungen

Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz 1958 in der derzeit geltenden Fassung

§ 12

(1) Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Steht der Anspruch einem Dritten zu, so beginnt die Verjährung zu laufen, sobald diesem sein Recht auf die Leistung des Versicherers bekannt geworden ist; ist dem Dritten dieses Recht nicht bekannt geworden, so verjähren seine Ansprüche erst nach zehn Jahren.

(2) Ist ein Anspruch des Versicherungsnehmers beim Versicherer angemeldet worden, so ist die Verjährung bis zum Einlangen einer in geschriebener Form übermittelten Entscheidung des Versicherers gehemmt, die zumindest mit der Anführung einer der Ablehnung derzeit zugrunde gelegten Tatsache und gesetzlichen oder vertraglichen Bestimmung begründet ist. Nach zehn Jahren tritt jedoch die Verjährung jedenfalls ein.

(3) Der Versicherer ist von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Anspruch auf die Leistung nicht innerhalb eines Jahres

gerichtlich geltend gemacht wird. Die Frist beginnt erst, nachdem der Versicherer dem Versicherungsnehmer gegenüber den erhobenen Anspruch in einer dem Abs. 2 entsprechenden Weise sowie unter Angabe der mit dem Ablauf der Frist verbundenen Rechtsfolge abgelehnt hat; sie ist für die Dauer von Vergleichsverhandlungen über den erhobenen Anspruch und für die Zeit, in der der Versicherungsnehmer ohne sein Verschulden an der rechtzeitigen gerichtlichen Geltendmachung des Anspruchs gehindert ist, gehemmt.

§ 38

(1) Ist die erste oder einmalige Prämie innerhalb von 14 Tagen nach dem Abschluss des Versicherungsvertrages und nach der Aufforderung zur Prämienzahlung nicht gezahlt, so ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, berechtigt, vom Vertrag zurückzutreten. Es gilt als Rücktritt, wenn der Anspruch auf die Prämie nicht innerhalb dreier Monate vom Fälligkeitstag an gerichtlich geltend gemacht wird.

(2) Ist die erste oder einmalige Prämie zur Zeit des Eintritts des Versicherungsfalles und nach Ablauf der Frist des Abs. 1 noch nicht gezahlt, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, es sei denn, dass der Versicherungsnehmer an der rechtzeitigen Zahlung der Prämie ohne sein Verschulden verhindert war.

(3) Die Aufforderung zur Prämienzahlung hat die im Abs. 1 und 2 vorgesehenen Rechtsfolgen nur, wenn der Versicherer den Versicherungsnehmer dabei auf diese hingewiesen hat.

(4) Die Nichtzahlung von Zinsen oder Kosten löst die Rechtsfolgen der Abs. 1 und 2 nicht aus.

§ 39

(1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, so kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten schriftlich eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen bestimmen; zur Unterzeichnung genügt eine Nachbildung der eigenhändigen Unterschrift. Dabei sind die Rechtsfolgen anzugeben, die nach Abs. 2 und 3 mit dem Ablauf der Frist verbunden sind. Eine Fristbestimmung, ohne Beachtung dieser Vorschriften, ist unwirksam.

(2) Tritt der Versicherungsfall nach dem Ablauf der Frist ein und ist der Versicherungsnehmer zur Zeit des Eintritts mit der Zahlung der Folgeprämie im Verzug, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, es sei denn, dass der Versicherungsnehmer an der rechtzeitigen Zahlung ohne sein Verschulden verhindert war.

(3) Der Versicherer kann nach dem Ablauf der Frist das Versicherungsverhältnis ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen, wenn der Versicherungsnehmer mit der Zahlung im Verzug ist. Die Kündigung kann bereits mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer in diesem Zeitpunkt mit der Zahlung im Verzug ist; darauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich aufmerksam zu machen. Die Wirkungen der Kündigung fallen fort, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung

oder, falls die Kündigung mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach dem Ablauf der Zahlungsfrist die Zahlung nachholt, sofern nicht der Versicherungsfall bereits eingetreten ist.

(4) Die Nichtzahlung von Zinsen oder Kosten löst die Rechtsfolgen der Abs. 1 bis 3 nicht aus.

§ 39 a

Ist der Versicherungsnehmer bloß mit nicht mehr als 10vH der Jahresprämie, höchstens aber mit 60,- € im Verzug, so tritt eine im § 38 oder § 39 vorgesehene Leistungsfreiheit des Versicherers nicht ein.

§ 41

(1) Ist die dem Versicherungsnehmer beim Abschluss des Vertrages obliegende Anzeigepflicht verletzt worden, das

Rücktrittsrecht des Versicherers aber ausgeschlossen, weil dem anderen Teil kein Verschulden zur Last fällt, so kann der Versicherer vom Beginn der laufenden Versicherungsperiode an eine höhere Prämie verlangen, falls sie mit Rücksicht auf die höhere Gefahr angemessen ist. Das gleiche gilt, wenn beim Abschluss des Vertrages ein für die Übernahme der Gefahr erheblicher Umstand dem Versicherer nicht angezeigt worden ist, weil er dem anderen Teil nicht bekannt war.

(2) Wird die höhere Gefahr nach den für den Geschäftsbetrieb des Versicherers maßgebenden Grundsätzen auch gegen eine höhere Prämie nicht übernommen, so kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von einem Monat kündigen.

(3) Der Anspruch auf die höhere Prämie erlischt, wenn er nicht innerhalb eines Monats von dem Zeitpunkt an geltend gemacht wird, in welchem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht oder von dem nicht angezeigten Umstand Kenntnis erlangt. Das gleiche gilt von dem Kündigungsrecht, wenn es nicht innerhalb des bezeichneten Zeitraumes ausgeübt wird.

§ 41b

Der Versicherer darf – vorbehaltlich des §27 Abs. 6 ZaDiG – neben der Prämie nur solche Gebühren verlangen, die der Abgeltung von Mehraufwendungen dienen, die durch das Verhalten des Versicherungsnehmers veranlasst worden sind; die Vereinbarung anderer Nebengebühren ist unwirksam.

§ 172

Bietet eine Lebensversicherung Versicherungsschutz für ein Risiko, bei dem ungewiss ist, ob und wann der Versicherungsfall eintreten wird, so darf sich der Versicherer für den Fall einer nicht nur vorübergehenden nicht vorhersehbaren Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen und der daraus errechneten Prämie eine Erhöhung der Prämie in sinngemäßer Anwendung des § 178f ausbedingen.

§ 175

(1) Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis nach § 39, so wandelt sich mit der Kündigung die Versicherung in eine prämienfreie Versicherung um. § 173 und gegebenenfalls § 174 sind anzuwenden.

(2) Im Falle des § 39 Abs. 2 ist der Versicherer zu der Leistung verpflichtet, die ihm obliegen würde, wenn sich mit dem Eintritt des Versicherungsfalles die Versicherung in eine prämienfreie Versicherung umgewandelt hätte.

(3) Die im § 39 vorgesehene Bestimmung einer Zahlungsfrist muss einen Hinweis auf die eintretende Umwandlung der Versicherung enthalten.

§ 178f.

(1) Eine Vereinbarung, nach der der Versicherer berechtigt ist, die Prämie nach Vertragsabschluss einseitig zu erhöhen oder den Versicherungsschutz einseitig zu ändern, etwa einen Selbstbehalt einzuführen, ist - unbeschadet des § 6 Abs. 1 Z 5 KSchG beziehungsweise des § 6 Abs. 2 Z 3 KSchG - nur mit den sich aus den Abs. 2 und 3 ergebenden Einschränkungen wirksam.

(2) Als für Änderungen der Prämie oder des Versicherungsschutzes maßgebende Umstände dürfen nur die Veränderungen folgender Faktoren vereinbart werden:

1. eines in der Vereinbarung genannten Index,
2. der durchschnittlichen Lebenserwartung,
3. der Häufigkeit der Inanspruchnahme von Leistungen nach Art der vertraglich vorgesehenen und deren Aufwendigkeit, bezogen auf die zu diesem Tarif Versicherten,

4. des Verhältnisses zwischen den vertraglich vereinbarten Leistungen und den entsprechenden Kostenersätzen der gesetzlichen Sozialversicherungen,

5. der durch Gesetz, Verordnung, sonstigen behördlichen Akt oder durch Vertrag zwischen dem Versicherer und im Versicherungsvertrag bezeichneten Einrichtungen des Gesundheitswesens festgesetzten Entgelte für die Inanspruchnahme dieser Einrichtungen und

6. des Gesundheitswesens oder der dafür geltenden gesetzlichen Bestimmungen. Bloß vom Älterwerden des Versicherten oder von der Verschlechterung seines Gesundheitszustandes abhängige Anpassungen dürfen jedenfalls nicht vereinbart werden, insbesondere ist eine Prämienanpassung unzulässig, um eine schon bei Eingehung der Versicherung unzureichend kalkulierte Alterungsrückstellung zu ersetzen. Es kann jedoch vereinbart werden, dass eine zunächst geringere Prämie ab einem bestimmten Lebensalter des Versicherten auf denjenigen Betrag angehoben wird, den der betreffende Tarif für Versicherte vorsieht, die mit diesem Alter in die Versicherung eintreten; dieses Lebensalter darf nicht über 20 Jahren liegen.

(3) Erhöht der Versicherer die Prämie, so hat er dem Versicherungsnehmer auf dessen Verlangen die Fortsetzung des Vertrages mit höchstens gleich bleibender Prämie und angemessen geänderten Leistungen anzubieten.

(4) Die Erklärung einer rückwirkenden Änderung der Prämie oder des Versicherungsschutzes ist unwirksam; die Erklärung wirkt erst ab dem der Absendung folgenden Monatsersten.

Auszug aus dem Investmentfondsgesetz in der derzeit geltenden Fassung

Aussetzung der Rücknahme oder Auszahlung

§ 56. (1) Die Auszahlung des Rückgabepreises eines von der FMA gemäß § 50 bewilligten OGAW kann unter gleichzeitiger Anzeige an die FMA vorübergehend unterbleiben und vom Verkauf von Vermögenswerten des OGAW sowie vom Eingang des Verwertungserlöses abhängig gemacht werden, wenn außergewöhnliche Umstände vorliegen, die dies unter Berücksichtigung berechtigter Interessen der Anteilhaber erforderlich erscheinen lassen.

(2) Die Verwaltungsgesellschaft hat die Anleger durch öffentliche Bekanntmachung gemäß § 136 Abs. 4 über das Unterbleiben der Rücknahme der Anteilscheine und die Wiederaufnahme der Rücknahme der Anteilscheine zu unterrichten und gleichzeitig der FMA diese Tatsache gemäß § 151 mitzuteilen. Werden die Anteilscheine in einem anderen Mitgliedstaat vertrieben, so hat die Verwaltungsgesellschaft diese Information unverzüglich dessen zuständigen Stellen bekannt zu geben.

Auszug aus dem Immobilieninvestmentfondsgesetz in der derzeit geltenden Fassung

§ 11. (1) Auf Verlangen eines Anteilhabers ist diesem gegen Rückgabe des Anteilscheines, der Erträgnisscheine und des Erneuerungsscheines sein Anteil aus dem Immobilienfonds auszuzahlen. Die Voraussetzungen der Auszahlungen sind in den Fondsbestimmungen zu regeln. Die Auszahlung des Rückgabepreises kann unter gleichzeitiger Anzeige an die Finanzmarktaufsichtsbehörde vorübergehend unterbleiben und vom Verkauf von Vermögenswerten des Immobilienfonds sowie vom Eingang des Verwertungserlöses abhängig gemacht werden, wenn außergewöhnliche Umstände vorliegen, die dies unter Berücksichtigung berechtigter Interessen der Anteilhaber erforderlich erscheinen lassen. Die Anzeige an die Finanzmarktaufsichtsbehörde kann bei Immobilienspezialfonds unterbleiben.

(2) Außergewöhnliche Umstände im Sinne des Abs. 1 liegen insbesondere dann vor, wenn die Bankguthaben und der Erlös gehaltener Wertpapiere zur Zahlung des Rücknahmepreises und zur Sicherstellung einer ordnungsgemäßen laufenden Bewirtschaftung nicht ausreichen oder nicht sogleich zur Verfügung stehen. Reichen nach Ablauf einer in den Fondsbestimmungen festgelegten Frist, die ein Jahr nicht übersteigen darf, die Mittel nicht aus, so sind Vermögenswerte des Immobilienfonds zu veräußern. Bis zur Veräußerung dieser Vermögenswerte zu angemessenen Bedingungen, längstens jedoch ein Jahr nach Vorlage des Anteilscheines zur Rücknahme, kann die Kapitalanlagegesellschaft für Immobilien die Rücknahme verweigern. Die Jahresfrist kann durch die Fondsbestimmungen auf zwei Jahre verlängert werden. Nach Ablauf dieser Frist darf die Kapitalanlagegesellschaft für Immobilien Vermögenswerte des Immobilienfonds beleihen, wenn das erforderlich ist, um Mittel zur Rücknahme der Anteilscheine zu beschaffen. Sie ist verpflichtet, diese Belastungen durch Veräußerung von Vermögenswerten des Immobilienfonds oder in sonstiger Weise abzulösen, sobald dies zu angemessenen Bedingungen möglich ist. Belastungen und ihre Ablösung sind der Finanzmarktaufsichtsbehörde unverzüglich anzuzeigen.