

ANHANG 706

Seite 1 von 12

VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN DER FONDSGEBUNDENEN LEBENSVERSICHERUNG MIT VORZEITIGEM SCHWEREN KRANKHEITSFALL (DREAD DISEASE UND PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT)

- § 1. Begriffsbestimmungen
- § 2. Art des Vertrages und Leistungen des Versicherers im Versicherungsfall
- § 3. Schwerer Krankheitsfall (Dread Disease und Pflegebedürftigkeit)
- § 4. zusätzliche Kinderdeckung
- § 5. Pflichten des Versicherungsnehmers
- § 6. Umfang des Versicherungsschutzes
- § 7. Beginn des Versicherungsschutzes
- § 8. Veranlagung in Investmentfonds
- § 9. Veränderungen bei Fonds bzw. der Fondsauswahl (Switch)
- § 10. Kosten und Gebühren
- § 11. Leistungserbringung durch den Versicherer
- § 12. Kapitalentnahme bzw. vollständige Kapitalentnahme durch Kündigung
- § 13. Prämienfreistellung eines Versicherungsvertrages gegen laufende Prämienzahlung
- § 14. Verpfändung, Abtretung und Vinkulierung
- § 15. Erklärungen
- § 16. Bezugsberechtigung
- § 17. Letztstandspolizze (Was ist bei Verlust der Polizze zu tun?)
- § 18. Verjährung
- § 19. Vertragsgrundlagen
- § 20. Anwendbares Recht
- § 21. Aufsichtsbehörde
- § 22. Erfüllungsort

Anhang: § 176 Abs. 5 VersVG

§ 1. Begriffsbestimmungen

Bitte lesen Sie die folgenden Begriffsbestimmungen sorgfältig durch - sie sind für das Verständnis dieser Versicherungsbedingungen notwendig!

- Bezugsberechtigter** (Begünstigter) ist die Person, die für den Empfang der Leistungen genannt ist.
- Deckungsrückstellung** ist die Summe der Ihrer fondsgebundenen Lebensversicherung zu Grunde liegenden Investmentfondsanteile.
- Geldwert der Deckungsrückstellung** ermittelt sich durch Multiplikation der Fondsanteile mit dem gültigen Rechenwert.
- Mindestrisikosumme** beträgt 5% der Mindesttodesfall- bzw. Mindestkrankheitsfallsumme und wird im Ablebensfall oder im schweren Krankheitsfall zusätzlich zum Geldwert der Deckungsrückstellung ausbezahlt, sofern nicht die Mindesttodesfall- bzw. Mindestkrankheitsfallsumme zur Auszahlung gelangt.
- Mindesttodesfall- bzw. Mindestkrankheitsfallsumme** ist jene Leistung, die im Ablebensfall oder im schweren Krankheitsfall, bei Pflegebedürftigkeit um den in der Polizze angeführten Prozentsatz erhöht, mindestens zur Auszahlung gelangt. Die Mindesttodesfall- bzw. Mindestkrankheitsfallsumme wird ausbezahlt, wenn die Summe aus Geldwert der Deckungsrückstellung plus Mindestrisikosumme geringer ist.
Bei Verträgen mit laufender Prämienzahlung beträgt die Mindesttodesfall- bzw. Mindestkrankheitsfallsumme 10% der Prämiensumme; mindestens EUR 4.000,-, maximal 200% der Prämiensumme.
Bei Verträgen gegen Einmalanlage beträgt die Mindesttodesfall- bzw. Mindestkrankheitsfallsumme mindestens 100% des eingezahlten Einmalanlage inklusive Versicherungssteuer (= Kapitalgarantie) abzüglich bereits ausgezahlter Kapitalentnahmen, maximal 200% des eingezahlten Einmalanlage inklusive Versicherungssteuer abzüglich bereits ausgezahlter Kapitalentnahmen.
- Modellrechnung** ist die individuell auf Ihren Vertrag abgestimmte Darstellung der möglichen Vertragsentwicklung, unter der Annahme der dort ausgewiesenen Fondsperformance.
- Tarif/Geschäftsplan** ist eine der Finanzmarktaufsichtsbehörde (FMA) übermittelte detaillierte Aufstellung der versicherungsmathematischen Berechnungsgrundlagen Ihres Versicherungsvertrages.
- Versicherer** ist die DONAU Versicherung AG Vienna Insurance Group.
- Versicherter** ist die Person, deren Leben versichert ist.
- Versicherungsnehmer** ist der Vertragspartner des Versicherers.
- Versicherungsprämie** ist das vom Versicherungsnehmer zu zahlende Entgelt.

§ 2. Art des Vertrages und Leistungen des Versicherers im Versicherungsfall

- (1) Ihr Vertrag ist eine auf bestimmte Zeit abgeschlossene fondsgebundene Lebensversicherung gegen Einmalbeitrag oder laufende Prämienzahlung über eine im Vorhinein festgelegte Prämienzahlungsdauer. Die fondsgebundene Lebensversicherung bietet Versicherungsleistungen im Er- und Ablebensfall oder bei Eintritt des schweren Krankheitsfalles und der Versicherte noch mindestens 28 Tage überlebt, sowie Zuzahlungsmöglichkeiten und die Möglichkeit der Änderung der Veranlagungsstrategie und der Kapitalentnahme während des Versicherungsverhältnisses.
- (2) Zuzahlungen bis zur Höhe der bei Vertragsabschluss vereinbarten Prämiensumme sind möglich. Zuzahlungen darüber hinaus bedürfen unserer Zustimmung.
- (3) Auf ausdrücklichen Wunsch können Sie anstelle der Auszahlung des Geldwertes der Deckungsrückstellung (siehe § 1) die Übertragung von Fondsanteilen verlangen. In diesem Fall reduzieren sich unsere Leistungen um die dadurch entstandenen Übertragungskosten.
- (4) Der Geldwert der Deckungsrückstellung wird jedenfalls erbracht,
- wenn dieser unter EUR 5.000,- liegt
 - nach Ablauf eines Monats nach Eintritt des Ereignisses, das die Leistung auslöst.
- (5) Im Ablebensfall oder im schweren Krankheitsfall leisten wir
- bei einem Vertrag gegen einmalige Prämie den Geldwert der Deckungsrückstellung zuzüglich der Mindestrisikosumme, mindestens jedoch den Betrag der eingezahlten Prämie(n) inklusive Versicherungssteuer (Kapitalgarantie) abzüglich bereits ausgezahlter Kapitalentnahmen. Die Mindestrisikosumme beträgt 5% der Mindesttodesfall- bzw. Mindestkrankheitsfallsumme.
- Bei Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen (§ 3. Pkt. 11.) leisten wir die um den in Ihrer Polizza angeführten Prozentsatz erhöhte Mindestkrankheitsfallsumme (siehe § 1) abzüglich bereits ausgezahlter Kapitalentnahmen.
- bei einem Vertrag mit laufender Prämienzahlung während der Prämienzahlungsdauer den Geldwert der Deckungsrückstellung zuzüglich der Mindestrisikosumme, mindestens jedoch die vereinbarte Mindesttodesfall- bzw. Mindestkrankheitsfallsumme (siehe § 1). Die Mindestrisikosumme beträgt 5% der Mindesttodesfall- bzw. Mindestkrankheitsfallsumme.
- Bei Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen (§ 3. Pkt. 11.) leisten wir die um den in Ihrer Polizza angeführten Prozentsatz erhöhte Mindestkrankheitsfallsumme (siehe § 1).
- Nach Ablauf der Prämienzahlungsdauer entfällt die Mindesttodesfall- bzw. Mindestkrankheitsfallsumme und wir leisten sodann im Ablebensfall oder im schweren Krankheitsfall den Geldwert der Deckungsrückstellung zuzüglich der Mindestrisikosumme.
- (6) Im Erlebensfall leisten wir den Geldwert der Deckungsrückstellung.
- (7) Bei erstmaligem Entstehen des Anspruches auf Versicherungsleistung zahlen wir die vereinbarte Versicherungsleistung, damit endet der gesamte Versicherungsvertrag. Falls gleichzeitig mehrere Ansprüche entstehen, ist die Leistung mit dem Betrag der beim erstmaligen Entstehen des Anspruches besteht, begrenzt.
- (8) Wird uns innerhalb von 6 Monaten ab Eintritt eines schweren Krankheitsfalles das Vorliegen einer Pflegebedürftigkeit im Sinne der Bedingungen nachgewiesen und der Versicherte noch mindestens 6 Monate überlebt, so zahlen wir die für Pflegebedürftigkeit versicherte Leistung. Aus dem Versicherungsfall bereits erbrachte Leistungen werden gegengerechnet.
- Nach diesen Bedingungen besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistung, wenn die Pflegebedürftigkeit innerhalb der ersten zwölf Monate nach Beginn des Versicherungsschutzes (§ 7. Abs. 1) eintritt, es sei denn, die Pflegebedürftigkeit wird durch einen Unfall hervorgerufen.
- (9) Den Geldwert der Deckungsrückstellung ermitteln wir durch Multiplikation der Anzahl der Fondsanteile mit dem am Bewertungsstichtag gültigen Rechenwert. Der Bewertungsstichtag ist, sofern nichts anderes bestimmt ist, der letzte Börsetag des vor dem Eintritt des Versicherungsfalles liegenden Kalendermonats. Es gelten die Kurse, die uns von unserem Kursdatenanbieter zur Verfügung gestellt werden.
- Wir behalten uns vor, den Geldwert der Deckungsrückstellung erst nach Veräußerung der Wertpapiere zu ermitteln. Diese Veräußerung führen wir unter Wahrung der Interessen aller unserer Versicherungsnehmer unverzüglich durch. In diesem Fall finden die Bestimmungen über den Bewertungsstichtag für die Berechnung des Geldwertes der Deckungsrückstellung keine Anwendung.

§ 3. Schwerer Krankheitsfall (Dread Disease und Pflegebedürftigkeit)

1. Herzinfarkt

- (1) Ein Herzinfarkt im Sinne dieser Bedingungen ist der Untergang von Herzmuskelzellen infolge unzureichender Blutzufuhr in den betroffenen Bereichen.
- (2) Leistungspflicht im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn alle der folgenden Bedingungen erfüllt sind:
- a) Auftreten der typischen-pectanginösen Schmerzen.
 - b) Frische EKG-Veränderungen nach den üblichen Infarktkriterien.
 - c) Für einen Herzinfarkt typische nachgewiesene Erhöhung von herzspezifischen Markern.
 - d) Nachweis einer Reduzierung der Funktion der linken Herzkammer durch den Herzinfarkt. Diese Reduzierung der Funktion muss z. B. durch eine verminderte Ejektionsfraktion, eine schwere Hypokinesie oder durch Abnormalitäten der Herzwandbewegung nachgewiesen werden.
- (3) Nach diesen Bedingungen besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistung, wenn
- a) erstmalige Symptome innerhalb der ersten drei Monate nach Beginn des Versicherungsschutzes auftreten; oder
 - b) eine Diagnose von Herzinfarkt innerhalb der ersten drei Monate nach Beginn des Versicherungsschutzes erfolgt.

2. Schlaganfall

- (1) Ein Schlaganfall im Sinne dieser Bedingungen ist der Untergang von Hirngewebe, verursacht durch eine Durchblutungsstörung des Gehirns infolge eines Hirninfarktes oder einer intrakraniellen oder subarachnoidalen Blutung.
- (2) Leistungspflicht im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn alle der folgenden Bedingungen erfüllt sind:
- a) Das Vorliegen eines Schlaganfalles muss durch CT, MRI oder andere bildgebende Verfahren nachgewiesen werden,
 - b) Der Schlaganfall muss zu einem neurologischen Defizit führen, das mindestens eine der folgenden Beeinträchtigungen zur Folge hat:
 - b1) Die versicherte Person ist dauerhaft und irreversibel nicht in der Lage, ohne Hilfsmittel (wie z. B. einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls) eine Entfernung von 200 Metern über einen ebenen Boden gehend zurück zu legen, ohne anzuhalten, sich abzustützen oder sich setzen zu müssen.

ANHANG 706

Seite 3 von 12

- b2) Die versicherte Person ist dauerhaft und irreversibel nicht in der Lage, - auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße - ohne fremde Hilfe bereits vorbereitete essfertige Nahrung und Getränke aufzunehmen oder muss dauerhaft und irreversibel parenteral ernährt werden.
- b3) Die versicherte Person ist dauerhaft und irreversibel nicht in der Lage, ohne Hilfsmittel über die Sprache mit der Umwelt zu kommunizieren.
- b4) Vollständiger dauerhafter und irreversibler Funktionsverlust einer kompletten Gliedmaße in seiner Gesamtheit. Komplette Gliedmaße ist definiert als Arm einschließlich der Hand oder Bein einschließlich des Fußes. Der Funktionsverlust muss neurologisch nachgewiesen werden.
- c) Die Beurteilung, ob die unter b) aufgeführten Bedingungen an das neurologische Defizit erfüllt sind, darf frühestens 3 Monate nach dem Schlaganfall erfolgen.

3. Krebs

(1) Krebs im Sinne dieser Bedingungen ist ein histologisch nachgewiesener bösartiger Tumor, der durch unkontrolliertes Wachstum sowie das Eindringen in anderes Gewebe mit Tendenz zur Metastasenbildung gekennzeichnet ist. Unter den Begriff 'Krebs' fallen auch die Tumorformen des Blutes, der blutbildenden Organe und des Lymphsystems einschließlich Leukämie, Lymphome und Morbus Hodgkin. Die Diagnose muss durch Vorlage des histologischen - bzw. für Leukämien und Lymphome zytologischen - Befundes bestätigt sein.

(2) Nicht unter den Versicherungsschutz fallen:

- a) Morbus Hodgkin und Non-Hodgkin-Lymphome der Klasse 1 (Ann Arbor Klassifikation)
 - b) Leukämie (außer chronisch lymphatischer Leukämie), wenn keine generalisierte Ausbreitung von Leukämiezellen im Blut vorliegt.
 - c) Chronische lymphatische Leukämie mit Schweregrad unterhalb von RAI Klasse 1 oder Binet Klasse A-1.
 - d) Carcinoma-in-situ (einschließlich Zervixdysplasie der CIN-Klassifikationen CIN-1, CIN-2 und CIN-3 und der PAP-Klassifikationen PAP-1 bis PAP-4) oder prae-maligne Formen.
 - e) Hautkrebs und Melanome, die ein histologisch nachgewiesenes Tumorstadium I oder II der TNM Klassifikation oder eine Eindringtiefe von weniger als 1.5 Millimetern nach der Breslow- Methode haben. Liegt aber eine Fernmetastasenbildung vor, so werden wir leisten.
 - f) Kaposi-Sarkom und andere Tumore bei gleichzeitig bestehender HIV-Infektion oder AIDS-Erkrankung.
 - g) Prostatakrebs der histologisch nachgewiesenen TNM-Klassifikation T1 (einschließlich T1 (a), T1 (b) oder einer anderen vergleichbaren Klassifikation).
 - h) Papilläre Mikrokarzinome der Schilddrüse oder der Blase.
- (3) Nach diesen Bedingungen besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistung, wenn
- a) erstmalige Symptome innerhalb der ersten drei Monate nach Beginn des Versicherungsschutzes auftreten; oder
 - b) eine Diagnose von Krebs innerhalb der ersten drei Monate nach Beginn des Versicherungsschutzes erfolgt.

Bei Erhöhungen des Versicherungsschutzes gilt dieselbe Wartezeit für den zusätzlichen Versicherungsschutz erneut.

4. Benigner (gutartiger) Gehirntumor

(1) Ein benigner Gehirntumor im Sinne dieser Bedingungen ist ein lebensbedrohlicher, nicht bösartiger Tumor des Gehirns. Der Anspruch auf Versicherungsleistung entsteht, wenn klinische Zeichen des Hirndruckes als Folge des Tumors wie z. B. Papilloedem, Hirnleistungsstörung, epileptische Anfälle oder motorische oder sensorische Beeinträchtigungen nachweisbar sind sowie mindestens eine der folgenden Bedingungen erfüllt ist:

- a) Der Tumor wurde durch eine Operation teilweise oder vollständig entfernt.
 - b) Die Behandlung des Tumors durch eine Chemo- oder Strahlentherapie wurde begonnen.
 - c) Es ist nur noch eine palliative Behandlung möglich.
- (2) Cysten, Verkalkungen, Granulome, Fehlbildungen in den oder der Arterien oder Venen des Gehirns sowie Tumore der Gehirnanhangsdrüse und der Zirbeldrüse fallen nicht unter den Versicherungsschutz.
- (3) Nach diesen Bedingungen besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistung, wenn
- a) erstmalige Symptome innerhalb der ersten drei Monate nach Beginn des Versicherungsschutzes auftreten; oder
 - b) eine Diagnose eines benignen Gehirntumors innerhalb der ersten drei Monate nach Beginn des Versicherungsschutzes erfolgt.

Bei Erhöhungen des Versicherungsschutzes gilt dieselbe Wartezeit für den zusätzlichen Versicherungsschutz erneut.

5. Bypass-Operation der Koronararterien

(1) Eine Bypass-Operation der Koronararterien im Sinne dieser Bedingungen ist die Durchführung einer Operation an den Koronararterien unter Eröffnung des Brusttraumes mit operativer Korrektur von zwei oder mehr Gefäßabschnitten zur Behebung einer nachgewiesenen Verengung oder eines Verschlusses von Herzkranzgefäßen. Der Anspruch auf Versicherungsleistung entsteht nach durchgeführter Operation.

(2) Unter diesem Vertrag besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistung, wenn die Operation innerhalb der ersten drei Monate nach Beginn des Versicherungsschutzes durchgeführt wird. Bei Erhöhungen des Versicherungsschutzes gilt dieselbe Wartezeit für den zusätzlichen Versicherungsschutz erneut.

6. Chronisches Nierenversagen

Chronisches Nierenversagen im Sinne dieser Bedingungen ist ein chronisches Nierenversagen im terminalen Stadium, das eine Dauerdialysebehandlung oder eine Nierentransplantation erforderlich macht. Die Notwendigkeit der Dauerdialysebehandlung muss durch einen nephrologischen Bericht belegt werden. Der Anspruch auf die Versicherungsleistung entsteht nach Beginn der Dialysebehandlung bzw. nach erfolgter Transplantation.

7. Lähmung

Lähmung im Sinne dieser Bedingungen ist die vollständige und dauerhafte Lähmung von zwei Armen und/oder zwei Beinen und/oder einer Körperhälfte als Folge eines Unfalls oder einer Krankheit. Der Anspruch auf die Versicherungsleistung entsteht mit der gesicherten Diagnose durch einen Facharzt für Neurologie. Als gesichert gilt eine Diagnose dann, wenn sie auf Befunden beruht, die frühestens 3 Monate nach Beginn der Lähmung erhoben wurden.

ANHANG 706

Seite 4 von 12

8. Multiple Sklerose

(1) Multiple Sklerose im Sinne dieser Bedingungen ist eine entzündliche Erkrankung des zentralen Nervensystems mit Entmarkungsherden in der weißen Substanz des Gehirns oder Rückenmarks.

(2) Leistungspflicht im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn alle der folgenden Bedingungen erfüllt sind:

- a) Bei schubförmigen Verlauf der Erkrankung müssen nachweisbar bereits mindestens zwei Schübe aufgetreten sein; bei chronisch progredientem Verlauf der Erkrankung muss mindestens ein Jahr nach der Diagnose einer chronisch progredienten Multiplen Sklerose vergangen sein.
 - b) Die Erkrankung manifestiert sich in neurologischen Defiziten, die mindestens eine der folgenden Beeinträchtigungen zur Folge haben:
 - b1) Die versicherte Person ist dauerhaft und irreversibel nicht in der Lage - auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße -, ohne fremde Hilfe bereits vorbereitete essfertige Nahrung und Getränke aufzunehmen oder muss dauerhaft und irreversibel parenteral ernährt werden.
 - b2) Die versicherte Person ist dauerhaft und irreversibel nicht in der Lage, ohne Hilfsmittel (wie z. B. einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls) eine Entfernung von 200 Metern über einen ebenen Boden gehend zurück zu legen, ohne anzuhalten, sich abzustützen oder sich setzen zu müssen.
 - b3) Es liegt ein neurologisch nachgewiesenes Zentralskotom vor.
- (3) Nach diesen Bedingungen besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistung, wenn
- a) erstmalige Symptome innerhalb der ersten drei Monate nach Beginn des Versicherungsschutzes auftreten; oder
 - b) eine Diagnose von Multipler Sklerose innerhalb der ersten drei Monate nach Beginn des Versicherungsschutzes erfolgt.

Bei Erhöhungen des Versicherungsschutzes gilt dieselbe Wartezeit für den zusätzlichen Versicherungsschutz.

9. Blindheit

(1) Blindheit im Sinne dieser Bedingungen ist der klinisch nachgewiesene, irreversible und nicht therapierbare weitgehende Verlust der Sehschärfe (Visus) als Folge einer Krankheit oder eines Unfalles.

(2) Leistungspflicht im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die folgenden beiden Bedingungen erfüllt sind:

- a) Die Sehschärfe auf dem besseren Auge beträgt unter Zuhilfenahme von Hilfsmitteln nicht mehr als 6/60 oder 20/200, oder das Sehfeld auf beiden Augen ist auf maximal 20 Grad beschränkt.
- b) Nach allgemeiner medizinischer Meinung kann die Sehschärfe oder das Sehfeld durch Hilfsmittel oder Implantate nicht derart verbessert werden, dass die Sehschärfe auf dem schlechteren Auge auf mehr als 6/60 oder 20/200 verbessert würde und das Sehfeld auf einem Auge mehr als 20 Grad betragen würde.

10. Organtransplantation

(1) Eine Organtransplantation im Sinne dieser Bedingungen ist eine durchgeführte Transplantation von Herz (nur komplette Transplantation), Lunge, Leber, Bauchspeicheldrüse (ausgeschlossen ist die Transplantation der Langerhans' Inseln allein), Niere oder Knochenmark von einem Spender auf einen Empfänger, welcher die versicherte Person ist.

(2) Die Leistung kann vor der Operation erbracht werden, wenn die versicherte Person die Aufnahme in eine offiziell anerkannte Transplantations-Warteliste innerhalb Europas durch ein Transplantationszentrum nachweisen kann und alle der folgenden Bedingungen erfüllt sind:

- a) Der Versicherte befindet sich seit mindestens einem Jahr auf der Transplantations-Warteliste und ein Transplantationszentrum bestätigt nach diesem Zeitraum, dass die Voraussetzungen für einen Verbleib der versicherten Person auf der Transplantations-Warteliste gegeben sind oder der Versicherte musste die Transplantations-Warteliste wegen schlechter Gesundheit verlassen.
- b) Es liegt eine Bestätigung durch einen Facharzt vor, dass die Transplantation die bestmögliche Behandlungsweise für die versicherte Person ist und dass die Erkrankung der versicherten Person lebensbedrohlich ist.

11. Pflegebedürftigkeit

(1) Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn der Versicherte infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls voraussichtlich dauerhaft so hilflos ist, dass er für mindestens drei der im folgenden genannten sechs Verrichtungen auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel in erheblichem Umfang täglich der Hilfe einer anderen Person bedarf. "Dauerhaft" bedeutet in diesem Zusammenhang, dass die Pflegebedürftigkeit voraussichtlich auf Dauer besteht und aus ärztlicher Sicht keine Hoffnung auf Reaktivierung besteht. Die Pflegebedürftigkeit ist ärztlich nachzuweisen.

(1) Fortbewegen im Zimmer

Hilfebedarf liegt vor, wenn der Versicherte - auch bei Inanspruchnahme einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls - die Unterstützung einer anderen Person benötigt, um sich an seinem gewöhnlichen Aufenthaltsort auf ebener Oberfläche von Zimmer zu Zimmer fortzubewegen.

(2) Aufstehen und Zubettgehen

Hilfebedarf liegt vor, wenn der Versicherte nur mit Hilfe einer anderen Person das Bett verlassen oder in das Bett gelangen kann.

(3) An- und Auskleiden

Hilfebedarf liegt vor, wenn der Versicherte - auch bei Benutzung krankengerechter Kleidung - sich nicht ohne Hilfe einer anderen Person an- oder auskleiden kann.

(4) Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken

Hilfebedarf liegt vor, wenn der Versicherte - auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße - nicht ohne fremde Hilfe bereits vorbereitete essfertige Nahrung und Getränke aufnehmen kann.

(5) Waschen

Hilfebedarf liegt vor, wenn der Versicherte - auch bei Benutzung von Hilfsmitteln wie Wannengriffen oder einem Wannenhift - sich nicht ohne Hilfe einer anderen Person so waschen kann, dass ein akzeptables Maß an Körperhygiene gewahrt bleibt.

(6) Verrichten der Notdurft

Hilfebedarf liegt vor, wenn der Versicherte die Unterstützung einer anderen Person benötigt, weil er

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

ANHANG 706

Seite 5 von 12

Besteht eine Inkontinenz des Darms bzw. der Blase, die durch die Verwendung von Hilfsmitteln wie Windeln, speziellen Einlagen, einem Katheder oder einem Kolostomiebeutel ausgeglichen werden kann, liegt hinsichtlich der Verrichtung der Notdurft keine Pflegebedürftigkeit vor, solange der Versicherte bei Verwendung dieser Hilfsmitteln zur Verrichtung der Notdurft nicht auf die Hilfe einer anderen Person angewiesen ist.

(2) Unabhängig von der Fähigkeit, die oben genannten Verrichtungen ohne Unterstützung durch eine andere Person ausführen zu können, liegt Pflegebedürftigkeit auch vor, wenn der Versicherte eine schwere Einschränkung der Alltagskompetenz aufweist. Eine solche schwere Einschränkung der Alltagskompetenz liegt vor, wenn

- die mentalen Fähigkeiten des Versicherten sich infolge einer organischen Krankheit wie der Alzheimer'schen Krankheit erheblich verschlechtern haben und
- die versicherte Person aufgrund der schweren Einschränkung der Alltagskompetenz in erheblichem Maße täglicher Beaufsichtigung durch eine andere Person bedarf, um zu verhindern, dass der Versicherte sich oder anderen Personen Schaden zufügt, und
- die schwere Einschränkung der Alltagskompetenz mit Standardtestverfahren nachgewiesen werden kann und
- die schwere Einschränkung der Alltagskompetenz voraussichtlich dauerhaft bestehen wird.

Eine schwere Einschränkung der Alltagskompetenz liegt nicht vor, wenn die geistigen Fähigkeiten des Versicherten aufgrund einer seelischen Erkrankung wie z.B. Depressionen beeinträchtigt sind.

Die Diagnose der schweren Einschränkung der Alltagskompetenz und der Standardtest müssen von einem Experten für solche Krankheitsbilder durchgeführt werden.

(3) Nach diesen Bedingungen besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistung, wenn die Pflegebedürftigkeit innerhalb der ersten zwölf Monate nach Beginn des Versicherungsschutzes (§ 7. Abs.1) eintritt, es sei denn, die Pflegebedürftigkeit wird durch einen Unfall hervorgerufen.

12. Verlust der Gliedmaßen

Verlust der Gliedmaßen im Sinne dieser Bedingungen ist der vollständige und dauerhafte Verlust von mindestens zwei Gliedmaßen oberhalb der Hand und/oder oberhalb des Fußes.

13. Taubheit

Taubheit im Sinne dieser Bedingungen ist der irreversible und nicht therapierbare Verlust der Hörfähigkeit für alle Schallreize unterhalb von 90 Dezibel aufgrund einer Krankheit oder eines Unfalls. Es besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistung, wenn nach allgemeiner medizinischer Meinung die Hörfähigkeit durch ein Hörgerät, Implantat oder andere Hilfsmittel derart verbessert werden kann, dass auch Schallreize unterhalb von 90 Dezibel gehört werden könnten.

14. Operation der Herzklappen

(1) Eine Operation der Herzklappen im Sinne dieser Bedingungen ist eine Operation am offenen Herzen mit Eröffnung des Brustraumes zur operativen Korrektur oder zum Ersatz von einer oder mehreren Herzklappen.

Der Anspruch auf Versicherungsleistung entsteht nach durchgeführter Operation.

(2) Nach diesen Bedingungen besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistung, wenn die Operation innerhalb der ersten drei Monate nach Beginn des Versicherungsschutzes durchgeführt wird.

Bei Erhöhungen des Versicherungsschutzes gilt dieselbe Wartezeit für den zusätzlichen Versicherungsschutz.

15. Operation der Aorta

Eine Operation an der Aorta im Sinne dieser Bedingungen ist eine Operation mit Eröffnung des Brust- oder Bauchraumes zur operativen Korrektur oder zum teilweisen Ersatz der Aorta aufgrund eines Aortenaneurysmas, einer Verengung der Aorta oder einer traumatischen Aortenruptur. Unter dieser Deckung sind Operationen an von der Bauch- oder Brusttaorta abgehenden Gefäßen nicht gedeckt.

Der Anspruch auf Versicherungsleistung entsteht nach durchgeführter Operation.

16. Verlust der Sprache

Der Verlust der Sprache im Sinne dieser Bedingungen ist der vollständige und irreversible Verlust des Sprechvermögens über einen ununterbrochenen Zeitraum von 12 Monaten. Es besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistung, wenn nach allgemeiner medizinischer Meinung durch irgendein Hilfsmittel, eine Behandlung oder ein Implantat das Sprechvermögen ganz oder teilweise wieder hergestellt werden könnte.

17. Fortgeschrittene Demenz einschließlich Alzheimer'sche Krankheit

(1) Alzheimer'sche Krankheit im Sinne dieser Bedingungen ist eine progressive degenerative Erkrankung des Gehirns, die durch eine diffuse Hirnatrophie und krankheitsspezifische Zellveränderungen gekennzeichnet ist.

(2) Demenz im Sinne dieser Bedingungen ist eine organische, mentale Erkrankung, die durch einen allgemeinen Verlust der intellektuellen Fähigkeiten einschließlich der Beeinträchtigung des Gedächtnisses, des Urteilsvermögens, der Fähigkeit zum abstrakten Denken sowie Änderungen in der Persönlichkeit gekennzeichnet ist.

(3) Leistungspflicht im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn der Versicherte eine schwere Einschränkung der Alltagskompetenz aufweist. Eine solche schwere Einschränkung der Alltagskompetenz liegt vor, wenn alle der folgenden Bedingungen erfüllt sind:

- a) die mentalen Fähigkeiten des Versicherten haben sich infolge von fortgeschrittener Demenz oder der Alzheimer'schen Krankheit erheblich verschlechtert
- b) die versicherte Person bedarf aufgrund der schweren Einschränkung der Alltagskompetenz der Beaufsichtigung, um Gefährdungen zu verhüten
- c) die schwere Einschränkung der Alltagskompetenz kann mit Standardtestverfahren nachgewiesen werden
- d) die schwere Einschränkung der Alltagskompetenz wird voraussichtlich dauerhaft bestehen.

Eine schwere Einschränkung der Alltagskompetenz liegt nicht vor, wenn die geistigen Fähigkeiten des Versicherten aufgrund einer seelischen Erkrankung wie z.B. Depressionen beeinträchtigt sind.

Beaufsichtigung zur Verhütung von Gefährdung im Sinne dieser Definition bedeutet, dass die versicherte Person beaufsichtigt werden muss, um zu verhindern, dass sie sich oder anderen Personen Schaden zufügt, weil die versicherte Person

- den Wohnbereich unkontrolliert verlässt oder
- gefährdende Situationen verkennt oder verursacht oder
- unsachgemäß mit gefährlichen Gegenständen oder potenziell gefährdenden Substanzen hantiert oder
- sich tätlich oder verbal aggressiv in Verknennung der Situation verhält.

ANHANG 706

Seite 6 von 12

Die Diagnose der schweren Einschränkung der Alltagskompetenz und der Standardtest müssen von einem Experten für solche Krankheitsbilder durchgeführt werden.

18. Parkinson'sche Krankheit

(1) Die Parkinson'sche Krankheit im Sinne dieser Bedingungen ist eine langsam fortschreitende degenerative Erkrankung des Zentralnervensystems, die zu einer Degeneration von Nervenzellen in einem Gebiet des Gehirns führt, welche die Absenkung der Dopaminlevel in Teilen des Gehirns zur Folge hat.

(2) Leistungspflicht im Sinne dieser Bedingungen liegt nur vor, wenn alle der folgenden Bedingungen erfüllt sind:

- a) Mögliche Differentialdiagnosen müssen explizit ausgeschlossen worden sein.
- b) Die Symptome sind fortschreitend.
- c) Die Erkrankung ist medikamentös nicht ausreichend einzustellen.
 - Falls sich die versicherte Person in medizinisch technischer Behandlung befindet, so darf die Erkrankung während oder nach der Behandlung nicht ausreichend einstellbar sein.
 - Falls sich die versicherte Person einer Operation zur Behandlung der Parkinson'schen Krankheit unterzogen hat, so darf die Erkrankung nach dieser Operation nicht ausreichend einstellbar sein.
- d) Die Erkrankung manifestiert sich in neurologischen Defiziten, die die folgende Beeinträchtigung zur Folge haben: Die versicherte Person ist aufgrund der Parkinson'schen Krankheit dauerhaft und irreversibel nicht in der Lage, ohne Hilfsmittel (wie z. B. einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls) eine Entfernung von 200 Metern über einen ebenen Boden gehend zurück zu legen, ohne anzuhalten, sich abzustützen oder sich setzen zu müssen.

19. Schwere Verbrennungen

Als schwere Verbrennungen im Sinne dieser Bedingungen werden Verbrennungen dritten Grades von mindestens 20% der Körperoberfläche bezeichnet, die durch thermische, chemische oder elektrische Einwirkungen auf die Haut entstanden sind. Als Messkriterium gilt die "Neuner-Regel" oder die Körperoberflächenkarte nach Lund und Browder.

20. Koma

(1) Koma im Sinne dieser Bedingungen ist ein Zustand tiefer Bewusstlosigkeit ohne jegliche Reaktion auf externe Reize oder interne Bedürfnisse.

(2) Leistungspflicht im Sinne dieser Bedingungen liegt nur vor, wenn die folgenden Bedingungen erfüllt sind:

- a) Der Zustand muss für einen Zeitraum von mindestens 96 Stunden andauern und während dieser Zeit eine künstliche Beatmung erfordern.
- b) Das Koma muss zu permanenten neurologischen Ausfällen führen, die mindestens eine der folgenden Beeinträchtigungen zur Folge haben:
 - b1) Die versicherte Person ist dauerhaft und irreversibel nicht in der Lage, ohne Hilfsmittel (wie z. B. einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls) eine Entfernung von 200 Metern über einen ebenen Boden gehend zurück zu legen, ohne anzuhalten, sich abzustützen oder sich setzen zu müssen.
 - b2) Die versicherte Person ist dauerhaft und irreversibel nicht in der Lage - auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße - ohne fremde Hilfe bereits vorbereitete essfertige Nahrung und Getränke aufzunehmen oder muss dauerhaft und irreversibel parenteral ernährt werden.
 - b3) Die versicherte Person hat dauerhaft, irreversibel und nicht therapierbar die Fähigkeit verloren, über die Sprache mit der Umwelt zu kommunizieren.
 - b4) Die versicherte Person kann in MMSE Tests (Mini-Mental State Examination) nicht mehr als 16 Punkte erreichen. Der MMSE-Test ist von einem Neurologen, der mit diesem Test vertraut ist, durchzuführen.

(3) Es wird ebenfalls eine Versicherungsleistung erbracht, wenn die versicherte Person für einen Zeitraum von 2 Monaten in einem Zustand tiefer Bewusstlosigkeit ohne jegliche Reaktion auf externe Reize oder interne Bedürfnisse gelegen hat und dieser Zustand kein "Künstliches Koma" als Therapiemaßnahme ist und die Dauer nicht durch eine Verlängerung des komatösen Zustandes aus therapeutischen Gründen zustande gekommen ist.

Versagen der Hirnfunktion, das zu einem Zustand tiefer Bewusstlosigkeit ohne jegliche Reaktion auf externe Reize führt. Der Zustand besteht andauernd unter Einsatz von lebenserhaltenden Systemen für einen Zeitraum von mindestens 96 Stunden.

Der Anspruch auf die Versicherungsleistung entsteht mit der gesicherten Diagnose durch einen Facharzt.

21. Tödliche Krankheit

(1) Tödliche Krankheit im Sinne dieser Leistungsbeschreibung ist jede fortschreitende, unheilbare Krankheit, die nach Ansicht eines Facharztes - nicht des Hausarztes - innerhalb von 12 Monaten zum Tode führen wird.

(2) Leistungspflicht im Sinne dieser Bedingungen liegt nur vor, wenn alle der folgenden Bedingungen erfüllt sind:

- a) Die Prognose muss von einem Facharzt erstellt werden, der die versicherte Person zuvor nicht behandelt hat.
- b) Es ist keine weitere Behandlung der Erkrankung möglich und es kann nur eine rein palliative Therapie erfolgen.
- c) In Zweifelsfällen ist der Versicherer berechtigt, einen weiteren Facharzt hinzuzuziehen.

22. HIV-Infektion - erworben durch Bluttransfusion

(1) Eine HIV-Infektion erworben durch Bluttransfusion im Sinne dieser Bedingungen ist eine HIV-Infektion, die nachweislich auf einer nach Versicherungsbeginn erfolgten Bluttransfusion beruht.

(2) Leistungspflicht im Sinne dieser Bedingungen liegt nur vor, wenn alle der folgenden Bedingungen erfüllt sind:

- a) Dem Versicherer wird ein
 - a1) Schuldanerkenntnis des Herstellers, des Krankenhauses oder der Institution, in der die Transfusion erfolgte, oder
 - a2) rechtskräftiges Urteil, gegen das keine Berufung eingelegt werden kann, vorgelegt, das glaubhaft macht, dass die Ursache für den Eintritt der HIV-Infektion der versicherten Person im Verantwortungsbereich einer der vorstehend genannten Stellen gesehen wurde.
- b) Die versicherte Person leidet nicht an Hämophilie.
- c) Der Versicherer muss freien Zugang zu allen Blutproben der versicherten Person haben sowie die Möglichkeit erhalten, diese Blutproben unabhängig testen zu lassen.

(3) HIV-Infektionen über alle anderen Infektionswege, einschließlich sexueller Aktivitäten und intravenöser Verabreichung von Drogen, sind nicht vom Versicherungsschutz erfasst.

ANHANG 706

Seite 7 von 12

23. HIV-Infektion - erworben während der beruflichen Tätigkeit

(1) Eine HIV-Infektion - erworben während der beruflichen Tätigkeit - der versicherten Person im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die HIV-Infektion

- a) durch eine Verletzung oder
- b) durch den beruflichen Umgang mit Blut oder anderen Körperflüssigkeiten während der Ausübung der beruflichen Tätigkeit (Vorfall) hervorgerufen wurde.

(2) Leistungspflicht im Sinne dieser Bedingungen liegt nur vor, wenn alle der folgenden Bedingungen erfüllt sind:

- a) Die versicherte Person muss die HIV-Infektion während der Ausübung der normalen Tätigkeit ihres Berufes erworben haben, und der Beruf der versicherten Person muss in der nachstehenden Liste enthalten sein.
- b) Die Serokonversion muss innerhalb von 6 Monaten nach dem Vorfall erfolgen.
- c) Die versicherte Person muss innerhalb von 5 Tagen nach dem Vorfall einen Bluttest durchführen lassen, der das Nichtvorhandensein von HIV-Viren oder von Antikörpern auf HIV-Viren anzeigt.
- d) Innerhalb von 12 Monaten nach dem Vorfall müssen HIV-Viren oder HIV-Antikörper durch einen weiteren Bluttest nachgewiesen werden.
- e) Der Vorfall muss nach dem üblichen berufsgenossenschaftlichen oder anderen für die Berufsgruppe verbindlichen Verfahren gemeldet und durch die berufsständischen Organisationen anerkannt worden sein.

(3) HIV-Infektionen über alle anderen Infektionswege, einschließlich sexueller Aktivitäten und intravenöser Verabreichung von Drogen, sind nicht vom Versicherungsschutz erfasst.

(4) Die oben genannte Liste beruflicher Tätigkeiten umfasst:

Ärzte / -innen (Allgemeinärzte / -innen, Fachärzte / innen, etc.)	Zahnärzte / -innen
Zahntechniker	Krankenschwestern / -pfleger
Personal in medizinischen Einrichtungen	Krankenhausthilfspersonal
Küchenpersonal im Krankenhaus	Reinigungspersonal im Krankenhaus
Arzthelfer / -innen	Zahnarzthelfer / -innen
Hebammen	Sanitäter
Wäschereipersonal im Krankenhaus	Feuerwehrleute
Polizisten / -innen	Gefängnispersonal

24. Schwerwiegende Erkrankung verursacht durch Zeckenbiss

(1) Eine schwerwiegende Erkrankung verursacht durch Zeckenbiss im Sinne dieser Bedingungen ist die schwerwiegende Erkrankung verursacht durch Zeckenbiss mit nachfolgender Früh-Sommer-Meningoenzephalitis (FSME) oder Lyme-Borreliose.

- a) FSME ist eine durch spezifische ARBO-Viren verursachte Hirnhaut- und Gehirnentzündung (Meningo-Enzephalitis); die Übertragung erfolgt typischerweise durch Zecken in den bekannten Endemiegebieten.
- b) Lyme-Borreliose ist eine durch Zecken übertragene bakterielle entzündliche Infektionserkrankung mit Hautläsion, neurologischen, kardialen und/oder Gelenkmanifestationen.

(2) Leistungspflicht im Sinne dieser Bedingungen liegt nur vor, wenn Krankheitserscheinungen innerhalb von drei Monaten nach dem Zeckenbiss auftreten.

(3) Leistungspflicht im Sinne dieser Bedingungen bei Diagnose von FSME liegt nur vor, wenn alle der folgenden Bedingungen erfüllt sind:

- a) Die Diagnose muss bestätigt werden durch einen Zeckenbiss mit Datumsangabe in der Vorgeschichte sowie den Nachweis einer frischen Infektion durch eine Dokumentierung der typischen Antikörperspiegel im Verlauf der Erkrankung.
- b) Es muss eine stationäre Behandlung einer Meningo-Enzephalitis erfolgt sein.
- c) Es muss ein fachärztlicher Nachweis schwerer neurologischer und/oder psychiatrischer Dauerfolgen durch FSME vorgelegt werden.
- d) Der Aufenthalt in einem eindeutigen Endemiegebiet wurde nachgewiesen.

(4) Leistungspflicht im Sinne dieser Bedingungen bei Diagnose von Lyme-Borreliose liegt nur vor, wenn alle der folgenden Bedingungen erfüllt sind:

- a) Die Diagnose muss bestätigt werden durch Zeckenbiss anamnestisch mit Datumsangabe sowie einem klarem und eindeutigem Nachweis von Borrelia burgdorferi-DNA aus Synovia oder Liquor.
- b) Es muss einen Nachweis einer frischen Infektion durch spezifische Antikörperspiegel gegen Borrelien (IgM und IgG) und die ärztliche Bestätigung des Krankheitsbildes/Stadiums durch eine fachneurologische Klinik vorliegen.
- c) Es muss ein fachärztlicher Nachweis schwerer neurologischer und/oder psychiatrischer Dauerfolgen durch Lyme-Borreliose vorgelegt werden.
- d) Der Aufenthalt in einem eindeutigen Endemiegebiet wurde nachgewiesen.

§ 4. Zusätzliche Kinderdeckung

(1) Bei bestimmten schweren Erkrankungen besteht Versicherungsschutz für alle Kinder der versicherten Person, wenn diese zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles mindestens 3 Jahre, jedoch nicht älter als 18 Jahre sind.

(2) Eine Leistung wird erbracht, wenn bei einem Kind der versicherten Person oder einem im gemeinsamen Haushalt lebenden Stiefkind der versicherten Person eine der im § 3 definierten Erkrankungen diagnostiziert wird.

(3) Ausgenommen vom Versicherungsschutz sind die Fortgeschrittene Demenz einschließlich Alzheimer'sche Krankheit, die Parkinson'sche Krankheit und die Pflegebedürftigkeit.

(4) Keine Leistung erfolgt, wenn der Zustand des Kindes oder das Ereignis, aus dem der Anspruch abgeleitet wird, direkt oder indirekt auf eine Vorerkrankung zurückzuführen ist. Eine Vorerkrankung liegt dann vor, wenn das Kind an der Krankheit bereits vor Vertragsabschluss gelitten hat.

Dabei spielt es keine Rolle, ob die Krankheit sich durch Symptome bemerkbar gemacht hat oder nicht. Als Vorerkrankung gilt auch, wenn die Krankheit vor dem dritten Geburtstag des Kindes auftritt, selbst wenn das Kind vor Vertragsabschluss nicht daran litt. Bei rechtmäßig adoptierten Kindern gilt als Vorerkrankung eine Krankheit, an der das Kind bereits zum Zeitpunkt der Adoption gelitten hat. Dabei spielt es keine Rolle, ob die Krankheit sich durch Symptome bemerkbar gemacht hat oder nicht.

(5) Für jedes Kind besteht Versicherungsschutz in Höhe von einem Drittel der entsprechenden Leistung im schweren Krankheitsfall, maximal jedoch in Höhe von EUR 15.000,-, auch bei Bestehen mehrerer Versicherungsverträge derselben oder einer anderen versicherten Person.

(6) Die Leistung wird nur dann ausgezahlt, wenn bei dem Kind die entsprechende Krankheit nach Erreichen des 3. Lebensjahres und vor Erreichen des 18. Lebensjahres auftritt oder die Operation durchgeführt wird, und es anschließend noch 28 Tage überlebt. Pro Kind kann ein Versicherungsanspruch nur einmal geltend gemacht werden.

Wird ein Versicherungsanspruch für ein Kind geltend gemacht, so wird der Vertrag unverändert fortgeführt. Die Prämien sind in unveränderter Höhe zu entrichten.

§ 5. Pflichten des Versicherungsnehmers

- (1) Sie sind verpflichtet den Antrag und die damit verbundenen Fragen wahrheitsgemäß und vollständig auszufüllen bzw. zu beantworten. Wenn das Leben einer anderen Person versichert werden soll, hat auch diese alle Fragen wahrheitsgemäß und vollständig zu beantworten.
- (2) Werden Fragen unrichtig oder unvollständig beantwortet, können wir innerhalb von drei Jahren seit Abschluss, Wiederherstellung oder Änderung des Vertrages zurücktreten. Wir können den Rücktritt nur innerhalb eines Monats ab Kenntnis der Unrichtigkeit oder Unvollständigkeit der Angaben erklären. Wir können nicht vom Vertrag zurücktreten, wenn die unrichtige oder unvollständige Beantwortung nicht auf Verschulden beruht, wir von der Unrichtigkeit oder Unvollständigkeit der Angaben Kenntnis hatten oder der verschwiegene Umstand keinen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalles hatte. Bei arglistiger Täuschung können wir den Vertrag jederzeit anfechten. Wenn wir den Vertrag anfechten oder vom Vertrag zurücktreten, entspricht unsere Leistung dem Wert gemäß § 12 Abs. 3.
- (3) An Ihren Antrag sind Sie sechs Wochen ab Antragstellung gebunden.
- (4) Sie sind verpflichtet, die vereinbarten Versicherungsprämien (einmalige oder laufende Prämien) an uns kostenfrei und rechtzeitig zu bezahlen.
- (5) Laufende Prämien sind Jahresprämien. Sie können nach Vereinbarung auch in halbjährlichen, vierteljährlichen oder monatlichen Raten bezahlt werden. Wenn Sie innerhalb des ersten Versicherungsjahres mit der Zahlung einer Rate in Verzug geraten, diese also nicht spätestens zum Fälligkeitstag zahlen, werden alle Prämienraten für das erste Versicherungsjahr sofort fällig und alle eingehenden Zahlungen auf die älteste Schuld angerechnet.
- (6) Die erste oder einmalige Prämie wird mit Zustellung der Polizze, nicht aber vor Versicherungsbeginn fällig und ist sodann innerhalb von zwei Wochen zu bezahlen. Folgeprämien sind innerhalb eines Monats, bei monatlicher Prämienzahlung innerhalb von zwei Wochen, jeweils ab dem in der Polizze angegebenen Fälligkeitstag zu bezahlen.
- (7) Wenn Sie die **erste oder eine einmalige Prämie** nicht rechtzeitig bezahlen, sind wir leistungsfrei und können vom Vertrag zurücktreten, es sei denn Sie waren an der rechtzeitigen Zahlung ohne Verschulden verhindert. Es gilt als Rücktritt unsererseits, wenn wir die erste oder einmalige Prämie nicht innerhalb von drei Monaten vom Fälligkeitstag an gerichtlich geltend machen.
- (8) Wenn Sie eine **Folgeprämie** nicht rechtzeitig bezahlen, erhalten Sie eine schriftliche Mahnung. Bezahlen Sie den Rückstand nicht innerhalb der in der Mahnung festgesetzten Frist von mindestens zwei Wochen, können wir den Vertrag (mit sofortiger Wirkung oder im Vorhinein zum Ablauf der festgesetzten Frist) kündigen. In diesem Fall vermindert sich Ihr Versicherungsschutz auf den Geldwert der Deckungsrückstellung und die Mindestrisikosumme (siehe § 1); die Mindesttodesfall- bzw. Mindestkrankheitsfallsumme (siehe § 1) entfällt. Darüber hinaus zahlen wir unabhängig von einer Kündigung nur den Geldwert der Deckungsrückstellung und die Mindestrisikosumme, wenn nach Ablauf der gesetzten Frist der Versicherungsfall eintritt und Sie mit der Zahlung der Folgeprämie in Verzug sind, es sei denn, dass Sie an der rechtzeitigen Zahlung ohne Verschulden verhindert waren.

§ 6. Umfang des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherungsschutz besteht grundsätzlich unabhängig davon, auf welcher Ursache der Versicherungsfall beruht.
- (2) Bei Selbstmord des Versicherten innerhalb von drei Jahren nach Abschluss, Wiederherstellung oder einer die Leistungspflicht des Versicherers erweiternden Änderung des Vertrages leisten wir den Geldwert der Deckungsrückstellung (siehe § 1). Wird uns nachgewiesen, dass Selbstmord in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen wurde, besteht hingegen voller Versicherungsschutz.
- (3) Wird Österreich von einer nuklearen, biologischen, chemischen oder durch Terrorismus ausgelösten Katastrophe betroffen oder in kriegerische Ereignisse verwickelt, bezahlen wir bei dadurch verursachten Versicherungsfällen den Geldwert der Deckungsrückstellung.
- (4) Bei Ableben oder im schweren Krankheitsfall infolge Teilnahme an Aufruhr/Aufstand auf Seiten der Aufrührer/Aufständischen oder als unmittelbare oder mittelbare Folge kriegerischer Ereignisse außerhalb Österreichs, leisten wir ebenfalls den Geldwert der Deckungsrückstellung.
- (5) Den Geldwert der Deckungsrückstellung leisten wir ebenfalls, wenn der schwere Krankheitsfall verursacht wurde
- durch Alkoholmissbrauch, Missbrauch von Drogen oder Medikamenten oder die Einnahme von Gift;
 - durch Selbstverstümmelungen, selbst herbeigeführte Erkrankungen oder Selbsttötungsversuche. Wenn aber nachgewiesen werden kann, dass diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind, besteht voller Versicherungsschutz.
 - durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die versicherte Person;
 - durch widerrechtliche Handlungen, mit denen der Versicherungsnehmer vorsätzlich eine schwere Erkrankung oder eine Operation der versicherten Person im Sinne dieser Bedingungen herbeigeführt hat;
 - durch Strahlen infolge Kernenergie, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen in so ungewöhnlichem Maße gefährden oder schädigen, dass es zu deren Abwehr und Bekämpfung des Einsatzes des Katastrophenschutzes oder vergleichbarer Einrichtungen anderer Länder bedarf.
- (6) Wir leisten auch den Geldwert der Deckungsrückstellung, wenn durch den Eintritt eines der unter Absatz (5) aufgeführten Ereignisse, Erkrankungen oder Verhaltensweisen bereits vor diesem Zeitpunkt bei der versicherten Person vorhandene Erkrankungen oder bestehende Gesundheitszustände der versicherten Person derart verschlimmert werden, dass sie zu einem versicherten Ereignis im Sinne dieser Bedingungen führen.
- (7) Im Übrigen bestehen spezielle Ausschlüsse und Einschränkungen für einzelne schwere Krankheiten bzw. Operationen; diese Ausschlüsse und Einschränkungen sind unter der Definition der jeweiligen versicherten schweren Krankheit bzw. Operation aufgeführt.

§ 7. Beginn des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherungsschutz beginnt, sobald wir die Annahme Ihres Antrages schriftlich oder durch Zustellung der "Versicherungsurkunde" erklärt und Sie die erste oder einmalige Prämie rechtzeitig (§ 5. Abs. 6) bezahlt haben. Vor dem in der Polizze angegebenen Versicherungsbeginn besteht kein Versicherungsschutz. Ihr Versicherungsvertrag ist mit vorläufigem Sofortschutz ausgestattet.
- (2) Der vorläufige Sofortschutz erstreckt sich auf die für den Todesfall bzw. auf den schweren Krankheitsfall beantragten Summen, höchstens auf EUR 150.000,-- auch wenn insgesamt höhere Summen auf das Leben desselben Versicherten beantragt sind.

Der vorläufige Sofortschutz gilt,

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

Der vorläufige Sofortschutz gilt nicht für die schweren Krankheiten Krebs, Herzinfarkt, Bypass-Operation der Koronararterien, Multiple Sklerose, Operation der Herzklappen, Benigner Gehirntumor und Pflegebedürftigkeit, es sei denn, die Pflegebedürftigkeit wird durch einen Unfall hervorgerufen.

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

Der vorläufige Sofortschutz endet mit Zustellung der Polizze oder der Ablehnung Ihres Antrags, weiters mit unserer Erklärung, dass der vorläufige Sofortschutz beendet ist oder auch mit Ihrem Rücktritt vom Antrag, sofern dieser vor Zustellung der Polizze erfolgt, in jedem Fall jedoch sechs Wochen nach Antragstellung.

Wenn wir aufgrund des vorläufigen Sofortschutzes leisten, verrechnen wir die erste Jahresprämie bzw. einmalige Prämie.

(3) Der Versicherungsschutz für die schweren Krankheiten Krebs, Herzinfarkt, Bypass-Operation der Koronararterien, Multiple Sklerose, Operation der Herzklappen und Benigner Gehirntumor beginnt erst drei Monate, für Pflegebedürftigkeit zwölf Monate nach dem im Absatz (1) angegebenen Zeitpunkt, es sei denn, die Pflegebedürftigkeit wird durch einen Unfall hervorgerufen.

§ 8. Veranlagung in Investmentfonds

(1) Bei der fondsgebundenen Lebensversicherung erfolgt die Veranlagung in Investmentfonds. Bei Kurssteigerungen erzielen Sie Wertzuwächse, Kursrückgänge führen zu Wertminderungen. Bei Veranlagung in Investmentfonds, die in einer Fremdwährung notieren, unterliegen diese Währungskursschwankungen, die den Wert der Fondsanteile zusätzlich beeinflussen können. Sie tragen bei der fondsgebundenen Lebensversicherung das volle Veranlagungsrisiko. Es gibt daher bei Kapitalentnahmen keine garantierten Leistungen. Die Wertentwicklung der Vergangenheit lässt keine Rückschlüsse auf die zukünftige Entwicklung eines Fonds zu.

(2) Zusätzlich haben Sie auch die Möglichkeit, Teile Ihres Kapitals, höchstens jedoch 90%, in unserem klassischen Deckungsstockfonds nach VAG zu veranlagen. Die darin investierten Beträge werden zumindest mit einer garantierten Verzinsung, in der Regel nach der bei Vertragsabschluss gültigen Höchstzinssatzverordnung, veranlagt. Die tatsächliche, in der Regel höhere Verzinsung hängt von den von uns erwirtschafteten Gewinnen ab.

(3) Ihre Prämie verwenden wir nach Abzug der an das Bundesministerium für Finanzen abzuführenden Versicherungssteuer und einem Prozent für Verwaltungskosten (siehe § 10 Abs. 2 lit. c) zur Zuteilung von Anteilen der von Ihnen gewählten Fonds. Bei Verträgen mit laufender Prämienzahlung gilt dafür der Rechenwert des letzten Börsotages des Monats vor der Prämienfälligkeit. Bei Verträgen mit Einmalprämie gilt der Rechenwert des vierten Börsotages, der dem Eingang der Prämie in unserer zentralen Verwaltung folgt. Es gelten jeweils die Kurse, die uns von unserem Kursdatenanbieter zur Verfügung gestellt werden.

Alle sonstigen Kosten und die zur Deckung des Ablebens- und Krankheitsfallrisikos bestimmten Risikoprämien entnehmen wir der Deckungsrückstellung (siehe § 10).

(4) Für Zuzahlungen zu Verträgen mit laufender Prämienzahlung, die bis zum 20. des laufenden Monats bei uns einlangen, gilt der Rechenwert des letzten Börsotages des Monats, in dem die Prämie bei uns eingegangen ist. Zuzahlungen die nach dem 20. des laufenden Monats einlangen, veranlagen wir mit dem Rechenwert des letzten Börsotages des darauf folgenden Monats.

Für Zuzahlungen zu Verträgen gegen Einmaleralg gilt der Rechenwert des vierten Börsotages nach Eingang der Prämie in unserer zentralen Verwaltung.

(5) Die Zuteilung von Anteilen erfolgt am nächstmöglichen späteren Tag als angegeben, wenn zum vorgesehenen Tag der Börsehandel ausgesetzt ist oder dies die Abrechnungsmodalitäten der betroffenen Fondsgesellschaft erfordern.

Es werden keine Depotgebühren verrechnet und für den Erwerb Ihrer Fondsanteile verrechnen wir Ausgabeaufschläge nur dann, wenn diese uns von der Kapitalanlagegesellschaft (KAG) in Rechnung gestellt werden.

§ 9. Veränderungen bei Fonds bzw. der Fondsauswahl (Switch)

(1) Sie können schriftlich beantragen, dass künftig fällige Anlagebeträge in einem anderen Verhältnis auf die von uns zu diesem Zeitpunkt jeweils angebotenen Investmentfonds aufgeteilt werden und/oder das vorhandene Fondsvermögen ganz oder teilweise in andere von uns zu diesem Zeitpunkt jeweils angebotene Investmentfonds umgeschichtet wird. Ein solcher Antrag auf eine Änderung Ihres Versicherungsvertrages bedarf unserer Zustimmung. Wir werden Ihren Antrag annehmen, wenn dem kein wichtiger Grund entgegensteht. Die Bewertung der Investmentfondsanteile erfolgt mit dem Rechenwert des vierten Börsotages, der dem Einlangen Ihres Änderungswunsches bei uns folgt oder dem nächstmöglichen späteren Tag, wenn zum vorgesehenen Tag der Börsehandel ausgesetzt ist oder dies die Abrechnungsmodalitäten der betroffenen Fondsgesellschaft erfordern. Es gelten die Kurse, die uns von unserem Kursdatenanbieter zur Verfügung gestellt werden.

(2) Wir werden pro Monat einen von ihnen beauftragten Switch gebührenfrei durchführen. Für jeden weiteren Switch ist die DONAU Versicherung AG Vienna Insurance Group berechtigt, Gebühren in Rechnung zu stellen (siehe § 10 Abs. 5).

(3) Die DONAU Versicherung AG Vienna Insurance Group ist berechtigt, die Auswahl der angebotenen Fonds zu verändern. Sollten von Ihnen gewählte Fonds nicht von uns angeboten werden, können wir Ihren Switchantrag nicht durchführen. Davon werden wir Sie unverzüglich benachrichtigen.

Bitte bedenken Sie, dass bei einem Fondswechsel eventuell Garantien, die im Rahmen des Anlageproduktes (Fonds) abgebildet sind, verloren gehen.

(4) Eine Kapitalanlagegesellschaft kann sowohl den Ankauf von Investmentfondsanteilen verweigern als auch einen Investmentfonds schließen. Ebenso 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, welcher nicht in der Verantwortung des Versicherers liegt, ist insbesondere dann gegeben, wenn der Investmentfonds nicht mehr oder nur eingeschränkt oder nicht mehr täglich handelbar ist, die Fondsgesellschaft Mindestabnahmemengen vorgibt oder einem Investmentfonds die Vertriebszulassung für Österreich entzogen wird.

(5) Wird ein von Ihnen gewählter Investmentfonds fällig, geschlossen, aus unserer Auswahl entfernt, mit einem anderen Fonds zusammengelegt, oder wird die Ausgabe von Anteilen eingestellt, werden wir Sie darüber informieren und den darauf entfallenden Geldwert der Deckungsrückstellung in unseren klassischen Deckungsstock nach VAG übernehmen, solange uns kein anderer Veranlagungswunsch von Ihnen vorliegt.

§ 10. Kosten und Gebühren

(1) Folgende Kosten entnehmen wir Ihrer Prämie unmittelbar vor der Veranlagung (siehe § 8 Abs. 3 u. 4):

- die Versicherungssteuer entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen.
- ein Prozent der Nettoprämie gemäß § 8 Abs. 3.

(2) Folgende Kosten entnehmen wir der Deckungsrückstellung Ihres Vertrages, abhängig von der Zahlungsweise, jeweils zum Ende der Periode für welche die Prämien bezahlt wurden. Bei Verträgen gegen Einmalbeitrag erfolgt die Entnahme einmal jährlich zum Ende des jeweiligen Versicherungsjahres. Diese Kosten verrechnen wir Ihnen für unsere Leistungen im Rahmen Ihrer fondsgebundenen Lebensversicherung zur Deckung des Ablebens- und schweren Krankheitsfallrisikos (a), für Abschlusskosten (b) und Verwaltungskosten (c). Die Kosten sind von mehreren Faktoren, insbesondere der Höhe der Deckungsrückstellung (siehe § 1) abhängig und können daher nicht im Vorhinein in absoluten Werten angegeben werden.

a) Risikokosten

Die Kosten zur Deckung des Ablebens- und schweren Krankheitsfallrisikos richten sich nach dem Alter und dem Geschlecht des Versicherten sowie der vereinbarten Todes- bzw. Krankheitsfallleistung und der Deckungsrückstellung. Das für die Berechnung relevante Alter ist die Differenz zwischen dem jeweiligen Kalenderjahr und dem Geburtsjahr. Die Risikokosten zur Deckung des Ablebens- und schweren Krankheitsfallrisikos errechnen sich aus der Differenz des Wertes der Todes- bzw. Krankheitsfallleistung und dem Wert der Deckungsrückstellung zum Stichtag, multipliziert mit der Wahrscheinlichkeit des schweren Krankheitsfalles und der Ablebenswahrscheinlichkeit gemäß der für Ihren Vertrag geltenden Sterbetafel. **Die für Ihren Vertrag geltende Sterbetafel ist im Informationsblatt des Antrages bzw. in der Polizza unter dem Punkt "Kostenvereinbarung und Sterbetafel", welcher Bestandteil des Vertrages ist, angeführt.**

Für die Übernahme erhöhter Risiken insbesondere wegen Krankheit, Beruf, Sport, etc. bzw. für gewünschte Zusatzrisiken werden wir Risikozuschläge bzw. Zusatzprämien zur Versicherungsprämie und/oder besondere Bedingungen mit Ihnen vereinbaren.

Während der Vertragsdauer kann die Prämie, außer bei Erhöhung des Versicherungsumfanges, nur dann angehoben werden, wenn es zu einer nicht nur vorübergehenden, unvorhersehbaren Änderung des Leistungsbedarfes gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen und der daraus errechneten Prämie kommt.

Sollten Sie einer Prämienhöhung nicht zustimmen, so können Sie den Vertrag in gleicher Prämienhöhe wie bisher, jedoch mit verminderter Versicherungsleistung fortführen.

b) Abschlusskosten

Die Abschlusskosten werden zu Beginn Ihres Versicherungsvertrages fällig. Die Verrechnung erfolgt durch Abzug von Ihrer Deckungsrückstellung, aufgeteilt bei Verträgen gegen Einmalprämie auf einen Zeitraum von 10 Jahren und bei Verträgen gegen laufende Prämie auf die vereinbarte Prämienzahlungsdauer. **Die Höhe der Abschlusskosten entnehmen Sie bitte dem Informationsblatt des Antrages bzw. der Polizza unter dem Punkt "Kostenvereinbarung und Sterbetafel", welcher Bestandteil des Vertrages ist.**

c) Verwaltungskosten

Die Verwaltungskosten entnehmen wir ebenfalls der Deckungsrückstellung Ihres Vertrages.

Die Verwaltungskosten betragen 1 % der jeweiligen Nettoprämie und zusätzlich

- bei Verträgen gegen laufende Prämienzahlung 0,30 % der Deckungsrückstellung mindestens EUR 48.- maximal EUR 600.- pro Jahr,
- bei Verträgen gegen Einmalprämie 0,30 % der Deckungsrückstellung mindestens EUR 24.- maximal EUR 600.- pro Jahr.

Die Höhe der Verwaltungskosten können Sie ebenfalls dem Informationsblatt des Antrages bzw. der Polizza unter dem Punkt "Kostenvereinbarung und Sterbetafel", welcher Bestandteil des Vertrages ist, entnehmen.

(3) Die Kosten, die wir der Deckungsrückstellung entnehmen, werden im aktuellen Verhältnis der Fondsguthaben auf die vorhandenen Fonds aufgeteilt.

(4) Bei Versicherungen ohne laufende Prämienzahlung kann dies bei Kursrückgängen dazu führen, dass die Deckungsrückstellung aufgebraucht wird. In diesem Fall endet der Vertrag ohne Rückvergütungsansprüche.

(5) Wir verrechnen nur solche angemessenen Gebühren, die der Abgeltung von Mehraufwendungen dienen, die durch Sie veranlasst worden sind.

Das sind insbesondere eine Gebühr für das Ändern der Veranlagung (Investmentfonds und/oder deren Aufteilung), Ausstellen einer Duplikat- oder Letztstandspolizza, zusätzlich gewünschte Dokumentationen, Änderung der Zahlungsweise sowie nachträgliche Bearbeitung einer Vinkulierung, Abtretung oder Verpfändung oder eine Änderung des Polizzeninhalts.

Diese Gebühr beträgt EUR 20,-, ist wertegesichert und verändert sich ab Juli eines jeden Kalenderjahres in demselben Ausmaß, in dem sich der von der STATISTIK AUSTRIA monatlich verlaubliche Verbraucherpreisindex 2000 bzw. der von der Statistik Austria als Nachfolgeindex verlaubliche Index gegenüber dem 1.1.2007 verändert hat. Der Versicherer ist dessen unbeschadet berechtigt, eine geringere als die sich nach dieser Indexklausel ergebende Gebühr zu verlangen, ohne dass dadurch das Recht verloren geht, für die Zukunft wieder die indexkonforme Gebühr zu verlangen. Die aktuelle Höhe der Gebühr können Sie jederzeit bei unserer Serviceline erfragen.

Bei Zahlungsverzug sind wir berechtigt, Mahngebühren (max. im Gesamtausmaß EUR 21,- für alle Mahnstufen) zu verrechnen. In der Folge wird ein Rechtsanwaltsbüro mit der Forderungseinziehung beauftragt und dafür bei einem Übergabesaldo bis EUR 145,- eine Bearbeitungsgebühr von EUR 19,-, bei einem Übergabesaldo bis EUR 500,- eine Bearbeitungsgebühr von EUR 33,- und darüber EUR 49,- in Rechnung gestellt. Neben diesen Kosten gehen auch sämtliche beim Rechtsanwaltsbüro anfallenden Kosten (lt. Bestimmungen der RATG, Allgemeine Honorarkriterien AHK 2005 in der jeweils gültigen Fassung) zu Lasten der schuldhaft in Zahlungsverzug geratenen Kunden. Die verrechneten Kosten müssen der zweckentsprechenden Rechtsverfolgung dienen.

Darüber hinaus verrechnen wir jene Kosten, die aufgrund zusätzlicher pflichtgemäßer Bearbeitung zu Ihrem Versicherungsvertrag durch einen Dritten auflaufen. Das sind z.B. Gerichtskosten für die Hinterlegung von Versicherungsleistungen, Kosten für die Beglaubigung bzw. Übersetzung von ausländischen Dokumenten und der Einholung von Unbedenklichkeitserklärungen des zuständigen Finanzamtes im Falle der Auszahlung von Versicherungsleistungen an Bezugsberechtigte im Ausland.

§ 11. Leistungserbringung durch den Versicherer

(1) Für die Erbringung von Leistungen aus dem Vertrag können wir die Übergabe der Polizza verlangen. Bei Verlust einer auf Überbringer lautenden Polizza können wir die Leistungserbringung von einer gerichtlichen Kraftloserklärung abhängig machen. Im Ablebensfall sind zusätzlich auf Kosten des Bezugsberechtigten eine amtliche Sterbeurkunde und ein Nachweis über die Todesursache des Versicherten vorzulegen.

(2) Im schweren Krankheitsfall im Sinne dieser Bedingungen benötigen wir die folgenden Nachweise:

- a) Sowohl die Diagnose einer schweren Krankheit im Sinne dieser Bedingungen als auch die Indikation und der Operationsbericht für eine Operation im Sinne dieser Bedingungen muss von einem in Österreich, oder einem anderen durch den Versicherer ausdrücklich anerkannten Land, niedergelassenen Arzt erstellt worden sein, der weder die versicherte Person selbst, der Versicherungsnehmer noch ein Lebens-, Ehepartner oder ein Verwandter der versicherten Person oder des Versicherungsnehmers ist.

ANHANG 706

Seite 11 von 12

- b) Die Diagnose muss durch entsprechende klinische, radiologische oder histologische Untersuchungen bestätigt werden sowie Unterlagen über Laboruntersuchungen enthalten.
 - c) Zusätzlich werden in einigen Definitionen von schweren Krankheiten und von versicherten Operationen weitere Anforderungen an die zum Nachweis des versicherten Ereignisses vorzulegenden Unterlagen gestellt.
 - d) Wir behalten uns das Recht vor - dann allerdings auf unsere Kosten - weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte sowie notwendige Nachweise - insbesondere zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen - zu verlangen, um die Diagnose einer schweren Krankheit bzw. die Notwendigkeit einer durchgeführten Operation zu überprüfen. Der Versicherte hat Ärzte, Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten, bei denen er in Behandlung war oder sein wird, sowie Personenversicherer und Behörden zu ermächtigen, uns auf Verlangen Auskunft zu erteilen.
- (3) Die Versicherungsleistung wird nach Eintritt des Versicherungsfalles und Abschluss der Erhebungen zum Versicherungsfall und Leistungsumfang fällig.
- (4) Leistungen an ausländische Berechtigte (Bezugsberechtigte) erbringen wir, sobald uns (behördlich) nachgewiesen wird, dass wir die Zahlung ohne Gefahr der Haftung für nicht entrichtete Steuern vornehmen dürfen. Bei Überweisungen außerhalb der Europäischen Union trägt der Empfänger die Gefahr und die Kosten.

§ 12. Kapitalentnahme bzw. vollständige Kapitalentnahme durch Kündigung

(1) Kapitalentnahmen bei Fortbestand des Vertrages
Kapitalentnahmen sind auf den Schluss des laufenden Monats möglich, frühestens jedoch auf den Schluss des dritten Versicherungsjahres. Bei Kapitalentnahme zahlen wir den Geldwert der Deckungsrückstellung (siehe § 1), abzüglich einem Prozent für Risikoprämie und Verwaltungskosten für die letzte Periode, abzüglich einer allfälligen nachträglichen Versicherungssteuer. Nach Kapitalentnahme muss ein Wert in Höhe von mindestens EUR 4.000,- verbleiben.

(2) Kündigung und vollständige Kapitalentnahme

Sie können Ihren Vertrag schriftlich kündigen und das Kapital vollständig entnehmen:

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

(3) Bei Kündigung und vollständiger Kapitalentnahme zahlen wir folgenden Wert:

Den Geldwert der Deckungsrückstellung (siehe § 1) abzüglich noch nicht amortisierter Abschlusskosten (siehe § 10 Abs. 2 lit. b) und abzüglich einem Prozent für Risikoprämie und Verwaltungskosten für die letzte Periode (= Ablöswert), abzüglich einer allfälligen nachträglichen Versicherungssteuer.

Innerhalb der ersten 5 Jahre wird § 176 Abs.5 VersVG (siehe Anhang) berücksichtigt.

Die sich aus unterschiedlichen Annahmen über die Performance ergebenden Ablöswerte entnehmen Sie bitte der Modellrechnung (siehe § 1) des Antrages.

(4) Für die Berechnung des Geldwertes der Deckungsrückstellung bei Kapitalentnahme oder Kündigung gilt:

Den Geldwert der Deckungsrückstellung ermitteln wir durch Multiplikation der Fondsanteile mit dem gültigen Rechenwert.

Es gilt der Rechenwert des letzten Börsotages des Monats, sofern die entsprechende Willenserklärung bis zum 20. des laufenden Monats bei uns eingegangen ist. Erreicht uns die Willenserklärung erst nach dem 20. des laufenden Monats gilt der Rechenwert des letzten Börsotages des darauf folgenden Monats oder am nächstmöglichen späteren Tag, wenn dies die Abrechnungsmodalitäten der betroffenen Fondsgesellschaft erfordern. Es gelten die Kurse, die uns von unserem Kursdatenanbieter zur Verfügung gestellt werden.

Wir behalten uns vor, den Geldwert der Deckungsrückstellung erst nach Veräußerung der Wertpapiere zu ermitteln. Diese Veräußerung führen wir unter Wahrung der Interessen aller unserer Versicherungsnehmer unverzüglich durch. In diesem Fall finden die Bestimmungen über den Bewertungsstichtag für die Berechnung des Geldwertes der Deckungsrückstellung keine Anwendung.

(5) Bitte beachten Sie,

- dass eine Kapitalentnahme innerhalb von zehn Jahren seit Einzahlung der Einmalprämie oder Zuzahlung eine Versicherungssteuernachzahlung zur Folge haben kann.
- dass die Kapitalentnahme innerhalb von zehn Jahren, insbesondere bei Verträgen gegen Einmalprämie, wegen der Deckung der Abschlusskosten für Sie wirtschaftlich nachteilig ist.
- dass bei vorzeitiger Kapitalentnahme eventuell Garantien, die im Rahmen des Anlageproduktes (Fonds) abgebildet sind, verloren gehen.

§ 13. Prämienfreistellung eines Versicherungsvertrages gegen laufende Prämienzahlung

(1) Sie können schriftlich die Umwandlung Ihres Vertrages in einen prämienfreien verlangen:

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

Voraussetzung ist, dass bereits ein nach § 12 Absatz 3 zu berechnender Wert des Vertrages in Höhe von mindestens EUR 1.000,- vorhanden ist. Andernfalls erfolgt die Auflösung des Vertrages im Sinne des § 12 Absatz 3 u. 4.

(2) Bei Prämienfreistellung entnehmen wir der Deckungsrückstellung (siehe § 1) die noch nicht amortisierten Abschlusskosten (siehe § 10 Abs. 2 lit. b). und ein Prozent für Risikoprämie und Verwaltungskosten für die letzte Periode. Bei Prämienfreistellung innerhalb der ersten 5 Jahre wird § 176 Abs.5 VersVG (siehe Anhang) berücksichtigt.

(3) Durch die Prämienfreistellung entfällt die Mindesttodesfall- bzw. Mindestkrankheitsfallsumme (siehe § 1); die Mindestrisikosumme (siehe § 1) bleibt unverändert. Wir entnehmen der Deckungsrückstellung alle anfallenden Kosten und die zur Deckung des Ablebens- und Krankheitsfallrisikos bestimmten Risikoprämien. Dies kann dazu führen, dass die Deckungsrückstellung vollständig aufgebraucht wird. In diesem Fall tritt der Vertrag ohne Ansprüche außer Kraft.

§ 14. Vinkulierung, Verpfändung und Abtretung

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

ANHANG 706

Seite 12 von 12

§ 15. Erklärungen

- (1) Alle Ihre Erklärungen sind gültig, wenn sie schriftlich erfolgen und bei uns eingelangt sind. Unsere Erklärungen erfolgen ebenfalls schriftlich.
- (2) Nach Eintritt des Versicherungsfalles können wir eine Ablehnung, einen Rücktritt oder eine Anfechtung auch einem berechtigten Dritten gegenüber erklären.
- (3) Jede Vertragsänderung, ausgenommen Bezugsrechtsänderung, Rückkauf oder Prämienfreistellung, ist nur mit unserer Zustimmung möglich.
- (4) Wenn Sie Ihren Wohnort außerhalb Europas nehmen, müssen Sie uns eine Person innerhalb Österreichs benennen, die bevollmächtigt ist, unsere Erklärungen an Sie entgegenzunehmen.

§ 16. Bezugsberechtigung

- (1) Sie bestimmen, wer bezugsberechtigt ist. Der Bezugsberechtigte erwirbt das Recht auf die Leistung mit Eintritt des Versicherungsfalles. Bis dahin können Sie die Bezugsberechtigung jederzeit ändern. Änderung und Widerruf der Bezugsberechtigung müssen schriftlich erfolgen und uns angezeigt werden.
- (2) Sie können auch bestimmen, dass der Bezugsberechtigte das Recht auf die künftige Leistung unwiderruflich und damit sofort erwerben soll. Dann kann das Bezugsrecht nur noch mit dessen Zustimmung geändert werden.
- (3) Ist die Polizza auf den Überbringer ausgestellt, können wir dennoch verlangen, dass der Überbringer der Polizza uns seine Berechtigung nachweist.
Mit Ausstellung einer Letztstandspolizza verlieren alle zuvor für diesen Vertrag ausgestellten Polizzen ihre Gültigkeit.

§ 17. Letztstandspolizza (Was ist bei Verlust der Polizza zu tun?)

- (1) Wenn Sie den Verlust der Polizza schriftlich anzeigen, werden wir Ihnen eine Letztstandspolizza ausstellen.
- (2) Wir können verlangen, dass eine auf den Überbringer (Inhaber) lautende Polizza gerichtlich für kraftlos erklärt wird.

§ 18. Verjährung

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

§ 19. Vertragsgrundlagen

Vertragsgrundlagen sind Ihr Antrag, die Polizza samt Anlagen, die der Polizza beiliegende Modellrechnung (siehe § 1), der dem Vertrag zugrunde liegende Tarif (siehe § 1), die vorliegenden Versicherungsbedingungen sowie allfällige für Ihren Vertrag geltende Besondere Versicherungsbedingungen.

§ 20. Anwendbares Recht

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

§ 21. Aufsichtsbehörde

Der Versicherer und der diesem Versicherungsvertrag zugrunde liegende Tarif (siehe § 1) unterliegen der Kontrolle und Aufsicht durch die Finanzmarktaufsichtsbehörde (FMA), A-1020 Wien, Praterstraße 23. Die Rechnungsgrundlagen für den jeweiligen Tarif (siehe § 1) wurden der Finanzmarktaufsichtsbehörde (FMA) übermittelt und sind Teil der versicherungsmathematischen Grundlagen des jeweiligen Tarifes. Ihre korrekte Anwendung ist von der Finanzmarktaufsichtsbehörde (FMA) jederzeit überprüfbar.

§ 22. Erfüllungsort

Erfüllungsort für die Versicherungsleistung ist unsere Generaldirektion in Wien.

ANHANG

Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz (VersVG) idF des Versicherungsrechts-Änderungsgesetz (VersRÄG) 2006

§ 176 Abs.5 VersVG

(5) Wird eine kapitalbildende Lebensversicherung vor dem Ablauf von fünf Jahren oder einer vereinbarten kürzeren Laufzeit beendet, so dürfen bei der Berechnung des Rückkaufswerts die rechnermäßig einmaligen Abschlusskosten höchstens mit jenem Anteil berücksichtigt werden, der dem Verhältnis zwischen der tatsächlichen Laufzeit und dem Zeitraum von fünf Jahren oder der vereinbarten kürzeren Laufzeit entspricht. Ebenso sind diese Kosten bei der Umwandlung in eine prämienfreie Versicherung für die Berechnung der Grundlage der prämienfreien Versicherungsleistung höchstens nach dem Verhältnis zwischen der tatsächlichen Prämienzahlungsdauer und dem Zeitraum von fünf Jahren oder einer vereinbarten kürzeren Prämienzahlungsdauer zu berücksichtigen.