

ALLGEMEINE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN FÜR MULTI PROTECT

DER KOMBINIERTEN VERSICHERUNG FÜR

- FUNKTIONELLE INVALIDITÄT
- KRITISCHE ERKRANKUNG
- KREBSERKRANKUNG UND
- PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT

ANHANG CGA

Teil I	FUNKTIONELLE INVALIDITÄT (Grundfähigkeitsverluste)	§ 2	bis	§ 3
Teil II	KRITISCHE ERKRANKUNG	§ 4	bis	§ 5
Teil III	KREBS UND BENIGNER GEHIRNTUMOR	§ 6	bis	§ 7
Teil IV	PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT	§ 8	bis	§ 9
Teil V	Allgemeine Bestimmungen	§ 10	bis	§ 31

- § 1. Begriffsbestimmungen
- § 2. Leistungen des Versicherers bei Verlust bestimmter Grundfähigkeiten
- § 3. Definitionen der versicherten "Grundfähigkeitsverluste"
- § 4. Leistungen des Versicherers bei Eintritt einer kritischen Erkrankung
- § 5. Definitionen der "kritischen Erkrankungen"
- § 6. Leistungen des Versicherers bei KREBS und BENIGNEM (GUTARTIGEM) GEHIRNTUMOR
- § 7. Definition von "Krebs" und "benigner (gutartiger) Gehirntumor"
- § 8. Leistungen des Versicherers bei Pflegebedürftigkeit
- § 9. Definition von "Pflegebedarf"
- § 10. Pflichten des Versicherungsnehmers
- § 11. Beginn des Versicherungsschutzes, vorläufiger Sofortschutz
- § 12. Prämie, Steuer, Kosten und Gebühren
- § 13. Gewinnbeteiligung ("Prämienbonus")
- § 14. Mitwirkungspflichten für den Leistungsfall
- § 15. Pflichten, wenn Rentenleistungen erbracht werden
- § 16. Leistungserbringung und Erklärung über unsere Leistungspflicht
- § 17. Besondere Ereignisse die unsere Leistungspflicht einschränken oder ausschließen
- § 18. Verletzung von Mitwirkungs- oder Schadenminderungspflichten
- § 19. Nachprüfung der Leistungsvoraussetzung
- § 20. Ihre Rechte bei Meinungsverschiedenheiten
- § 21. Kündigung der Versicherung
- § 22. Verpfändung, Abtretung und Vinkulierung
- § 23. Erklärungen, Wohnortwechsel
- § 24. Bezugsberechtigung
- § 25. Verlust der Polizze ("Letztstandspolizze")
- § 26. Verjährung
- § 27. Vertragsgrundlagen
- § 28. Änderung der Versicherungsbedingungen
- § 29. Anwendbares Recht und Gerichtsstand
- § 30. Aufsichtsbehörde
- § 31. Erfüllungsort

Im Sinne besserer Lesbarkeit und Verständlichkeit, haben wir in den Bedingungen auf die Verwendung geschlechtsspezifischer Formulierungen verzichtet. Analog den Formulierungen im Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) beziehen sich personenbezogene Bezeichnungen auf Frauen und Männer in gleicher Weise.

§ 1. BEGRIFFSBESTIMMUNGEN

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

Rente	ist die in der Polizza ausgewiesene und im Rahmen der Versicherungsbedingungen garantierte Leistung des Versicherers in Form einer monatlichen Rentenzahlung, die im Falle der in diesen Bedingungen definierten Leistungsvoraussetzungen ausgezahlt wird.
Kapitalleistung	ist die in der Polizza ausgewiesene und im Rahmen der Versicherungsbedingungen garantierte einmalige Leistung des Versicherers, die im Falle der dafür definierten Krebserkrankungen oder bei gutartigem Hirntumor ausgezahlt wird.
Bezugsberechtigte Person (= Begünstigte Person)	ist die Person, die für den Empfang der Leistungen genannt ist.
Gewinnbeteiligung ("Prämienbonus")	Das sind die Ihrem Vertrag zugewiesenen Überschüsse (die sich aus der aufsichtsrechtlich vorgeschriebenen vorsichtigen Prämienkalkulation ergeben) und die bei diesem Tarif in Form des Prämienbonus die Prämien reduzieren und im Leistungsfall die Rente erhöhen. Die Gewinnbeteiligung und somit auch der zukünftige Prämienbonus hängen allein von den während der Laufzeit des Vertrages erzielten Überschüssen ab. Der Prämienbonus kann daher nicht garantiert werden. Im Falle einer Reduktion der Gewinnbeteiligung erhöhen sich daher die zu zahlenden Prämien.
Tarif/Geschäftsplan	Der für die jeweilige Art des Versicherungsvertrages (= Tarif) festgelegte Geschäftsplan ist eine der Finanzmarktaufsichtsbehörde (FMA) übermittelte detaillierte Aufstellung jener Bestimmungen und versicherungsmathematischen Formeln, anhand derer die Leistung des Versicherers und die Gegenleistung des Versicherungsnehmers (Versicherungsprämie) zu berechnen sind.
Versicherer	ist die WIENER STÄDTISCHE Versicherung AG Vienna Insurance Group.
Versicherte Person	ist die Person, deren Fähigkeiten und Gesundheitszustand versichert ist.
Versicherungsnehmer	ist der Vertragspartner des Versicherers und Träger der Rechte und Pflichten aus dem Versicherungsvertrag. Der Versicherungsnehmer ist Schuldner der Versicherungsprämie.
Versicherungsprämie	ist das vom Versicherungsnehmer zu zahlende Entgelt.
Versicherungsjahr	ist der Zeitraum von 12 Monaten, beginnend mit dem 1. jenes Monats in dem der Versicherungsvertrag begonnen hat.

TEIL I **FUNKTIONELLE INVALIDITÄT** **durch Verlust bestimmter Grundfähigkeiten**

§ 2. LEISTUNGEN DES VERSICHERERS BEI VERLUST BESTIMMTER GRUNDFÄHIGKEITEN

(1) Verliert die versicherte Person während des vereinbarten Zeitraums, in dem Versicherungsschutz besteht, eine der nachfolgend beschriebenen Grundfähigkeiten in dem definierten Ausmaß, so erbringen wir folgende Versicherungsleistungen:

a) vollständige Befreiung von der Prämienzahlungspflicht.

b) Zahlung der vereinbarten Rentenleistung. Die Rentenzahlungen erfolgen monatlich im Voraus.

Die für den Versicherungsfall zu Ihrem Vertrag vereinbarte garantierte Leistung entnehmen Sie bitte Ihrer Police.

(2) Der Anspruch auf die Versicherungsleistungen entsteht nach Ablauf des Monats, in dem der den Leistungsfall auslösende Verlust der Grundfähigkeit anhand dafür geeigneter ärztlicher Befunde eindeutig diagnostiziert wurde. Werden die Versicherungsleistungen zu einem späteren Zeitpunkt beantragt, hat die bezugsberechtigte Person längstens für einen rückwirkenden Zeitraum von 6 Monaten ab dem Zeitpunkt der Leistungsantragstellung einen Anspruch auf Leistungen.

(3) Die Rente wird, solange ein in der Folge jeweils definierter Grundfähigkeitsverlust besteht, bis zum Ende des Monats gezahlt, in dem die versicherte Person stirbt, längstens jedoch bis zum Ende jenes Versicherungsjahres in dem die versicherte Person das 65. Lebensjahr vollendet hat.

(4) Nach Anerkennung unserer Leistungspflicht aufgrund definierter Grundfähigkeitsverluste, können wir eine Neubemessung des festgestellten Grundfähigkeitsverlustes bzw. der festgestellten Grundfähigkeitsverluste verlangen. Ergibt diese Neubemessung, dass keine Leistungsvoraussetzung mehr vorliegt, erfolgt keine weitere Rentenzahlung aus diesem Titel. Wird eine von uns verlangte Untersuchung zur Neubemessung verweigert, werden wir weitere Rentenzahlungen bis zur Klärung des Sachverhaltes einstellen.

(5) Eine wesentliche Besserung des Gesundheitszustandes, der zur Anerkennung der Leistung geführt hat, ist uns unverzüglich mitzuteilen.

(6) Entsteht ein Rentenanspruch aufgrund eines Grundfähigkeitsverlustes nach § 3 dieser Bedingungen als Folge einer Krebserkrankung die im Sinne dieser Bedingungen eine einmalige Kapitalzahlung in Höhe einer vielfachen Anzahl an Monatsrenten ausgelöst hat, erfolgt die erste Rentenzahlung frühestens ab jenem Monat nach Feststellung der Krebserkrankung, das der Anzahl jener Monate, die als Kapitalleistung ausgezahlt wurden, folgt.

§ 3. DEFINITIONEN DER VERSICHERTEN "GRUNDFÄHIGKEITSVERLUSTE"

(1) Verlust des Sehvermögens

Ein Rentenanspruch entsteht, wenn bei der versicherten Person eine klinisch nachgewiesene, aus ärztlicher Sicht irreversible und nicht therapierbare Reduzierung der Sehfähigkeit entsprechend der nachfolgenden Definition besteht:

Die Sehschärfe auf dem besseren Auge beträgt unter Zuhilfenahme von Hilfsmitteln

a) nicht mehr als 1/50, oder

b) nicht mehr als 1/35, wenn das Gesichtsfeld dieses Auges bis auf 30 Grad oder weiter eingeschränkt ist, oder

c) nicht mehr als 1/20, wenn das Gesichtsfeld dieses Auges bis auf 15 Grad oder weiter eingeschränkt ist, oder

d) nicht mehr als 1/10, wenn das Gesichtsfeld dieses Auges bis auf 10 Grad oder weiter eingeschränkt ist, oder

e) mehr als 1/10 bis zur vollen Sehschärfe, wenn das Gesichtsfeld dieses Auges bis auf 5 Grad oder weiter eingeschränkt ist.

Ein Rentenanspruch ergibt sich nur, wenn nach allgemeiner medizinischer Meinung die Sehschärfe oder das Sehfeld durch Hilfsmittel, oder andere therapeutische Maßnahmen nicht derart verbessert werden können, dass eine Blindheit im Sinne dieser Leistungsbeschreibung nicht mehr besteht.

(2) Verlust des Sprachvermögens

Ein Rentenanspruch entsteht, sofern die versicherte Person durch eine aus ärztlicher Sicht irreversible Schädigung entweder des zentralen Nervensystems (Gehirn) oder des Sprechapparates (Kehlkopf, Stimmbänder, Zunge) nicht fähig ist, irgendein verständliches Wort auszusprechen.

Kein Versicherungsschutz besteht bei Verlust der Sprachfähigkeit durch nicht organische Ursachen, insbesondere bei psychogenem Sprachverlust.

(3) Verlust des Hörvermögens

Ein Rentenanspruch entsteht, sobald die versicherte Person basierend auf folgender Definition auf beiden Seiten vollständig ertaubt ist:

Aus ärztlicher Sicht irreversibler und nicht therapierbarer Verlust der Hörfähigkeit für alle Schallreize unterhalb von 90 Dezibel.

Kein Versicherungsschutz besteht, wenn nach allgemeiner medizinischer Meinung die Hörfähigkeit durch ein Hörgerät, oder anderes Hilfsmittel oder durch therapeutische Maßnahmen derart verbessert werden kann, dass auch Schallreize unterhalb von 90 Dezibel gehört werden können.

(4) Verlust motorischer Funktionen durch den Verlust von Gliedmaßen

Ein Rentenanspruch aufgrund des Verlustes von Gliedmaßen im Sinne dieser Bedingungen entsteht bei vollständigem und dauerhaftem Verlust von mindestens zwei Teilgliedmaßen oberhalb der Hand und/oder oberhalb des Fußes.

Das bedeutet den Verlust von mindestens zwei der folgenden Teilgliedmaßen: Unterarm, Oberarm, Unterschenkel oder Oberschenkel.

(5) Verlust der Alltagskompetenz durch fortgeschrittene Demenz einschließlich Alzheimer'sche Krankheit

Ein Rentenanspruch entsteht, wenn aufgrund einer der definierten Erkrankungen eine der beschriebenen Defizite festgestellt wird. Alzheimer'sche Krankheit im Sinne dieser Bedingungen ist eine progressive degenerative Erkrankung des Gehirns, die durch eine diffuse Hirnatrophie und krankheitsspezifische Zellveränderungen gekennzeichnet ist.

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.

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 erkennt oder verursacht oder
- unsachgemäß mit gefährlichen Gegenständen oder potenziell gefährdenden Substanzen hantiert oder
- sich tätlich oder verbal aggressiv in Verknennung der Situation verhält.

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

(6) **Verlust der Mobilität durch Parkinson'sche Krankheit**

Ein Rentenanspruch entsteht, wenn die Mobilität der versicherten Person aufgrund der definierten Erkrankung in dem beschriebenen Ausmaß eingeschränkt ist.

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.

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.

(7) **Verlust kognitiver Fähigkeiten durch die Folgen eines Zeckenbisses**

Ein Rentenanspruch entsteht, wenn aufgrund einer der definierten Folge-Erkrankungen nach einem Zeckenbiss schwere neurologische bzw. psychiatrische Dauerfolgen entstanden sind.

Der Versicherungsschutz bezieht sich auf eine schwerwiegende Erkrankung verursacht durch Zeckenbiss mit nachfolgender Früh-Sommer-Meningoenzephalitis (FSME) oder Lyme-Borreliose.

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

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

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.

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

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

TEIL II KRITISCHE ERKRANKUNG

§ 4. LEISTUNGEN DES VERSICHERERS BEI EINTRITT EINER KRITISCHEN ERKRANKUNG

- (1) Wird bei der versicherten Person während des vereinbarten Zeitraums, in dem Versicherungsschutz besteht, eine der nachfolgend beschriebenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen aufgrund einer der beschriebenen kritischen Erkrankungen bzw. Gesundheitsstörungen festgestellt, so erbringen wir folgende Versicherungsleistungen:
- vollständige Befreiung von der Prämienzahlungspflicht.
 - Zahlung der vereinbarten Rentenleistung. Die Rentenzahlung erfolgt monatlich im Voraus.
- Die für den Versicherungsfall zu Ihrem Vertrag vereinbarte garantierte Leistung entnehmen Sie bitte Ihrer Polizze.
- (2) Der Anspruch auf die Versicherungsleistungen entsteht nach Ablauf des Monats, in dem die kritische Erkrankung bzw. Gesundheitsstörung anhand dafür geeigneter ärztlicher Befunde eindeutig diagnostiziert wurde. Werden die Versicherungsleistungen zu einem späteren Zeitpunkt beantragt, hat die bezugsberechtigte Person längstens für einen rückwirkenden Zeitraum von 6 Monaten ab dem Zeitpunkt der Leistungsantragstellung einen Anspruch auf Leistungen.
- (3) Die Rente wird, solange die in der Folge jeweils definierten gesundheitlichen Beeinträchtigungen bestehen, bis zum Ende des Monats gezahlt, in dem die versicherte Person stirbt, längstens jedoch bis zum Ende jenes Versicherungsjahres in dem die versicherte Person das 65. Lebensjahr vollendet hat.
- (4) Nach Anerkennung unserer Leistungspflicht, können wir eine Überprüfung der festgestellten gesundheitlichen Beeinträchtigungen verlangen. Ergibt diese Überprüfung, dass keine Leistungsvoraussetzung mehr vorliegt, erfolgt keine weitere Rentenzahlung aus diesem Titel. Wird eine von uns verlangte Untersuchung zur Überprüfung verweigert, werden wir weitere Rentenzahlungen bis zur Klärung des Sachverhaltes einstellen.
- (5) Eine wesentliche Besserung des Gesundheitszustandes, der zur Anerkennung der Leistung geführt hat, ist uns unverzüglich mitzuteilen.

§ 5. DEFINITIONEN DER "KRITISCHEN ERKRANKUNGEN"

(1) Herzinfarkt

Ein Herzinfarkt im Sinne dieser Bedingungen ist der Untergang von Herzmuskelzellen infolge unzureichender Blutzufuhr in den betroffenen Bereichen. Leistungspflicht im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn alle der folgenden Bedingungen erfüllt sind:

- Auftreten der typischen-pectanginösen Schmerzen,
 - frische EKG-Veränderungen nach den üblichen Infarktkriterien,
 - für einen Herzinfarkt typische nachgewiesene Erhöhung von herzspezifischen Markern,
 - 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.
- Nach diesen Bedingungen besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistung, wenn
- erstmalige Symptome innerhalb der ersten drei Monate nach Beginn des Versicherungsschutzes auftreten oder
 - eine Diagnose von Herzinfarkt innerhalb der ersten drei Monate nach Beginn des Versicherungsschutzes erfolgt.
- Bei Erhöhungen des Versicherungsschutzes gilt dieselbe Wartezeit für den zusätzlichen Versicherungsschutz erneut.

(2) Schlaganfall

Ein Schlaganfall im Sinne dieser Bedingungen ist der Untergang von Hirngewebe, verursacht durch eine Durchblutungsstörung des Gehirns infolge eines Hirninfarkts oder einer intrakraniellen oder subarachnoidalen Blutung.

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

- Das Vorliegen eines Schlaganfalles muss durch CT, MRI oder andere bildgebende Verfahren nachgewiesen werden.
- Der Schlaganfall muss zu einem neurologischen Defizit führen, das mindestens eine der folgenden Beeinträchtigungen zur Folge hat:
 - 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.
 - 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.
 - Die versicherte Person ist dauerhaft und irreversibel nicht in der Lage, ohne Hilfsmittel über die Sprache mit der Umwelt zu kommunizieren.
 - 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.
- Die Beurteilung, ob die unter b) aufgeführten Bedingungen an das neurologische Defizit erfüllt sind, darf frühestens drei Monate nach dem Schlaganfall erfolgen.

(3) 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 drei Monate nach Beginn der Lähmung erhoben wurden.

(4) Multiple Sklerose

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

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

- a) Bei schubförmigem 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.

Nach diesen Bedingungen besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistung, wenn

- aa) erstmalige Symptome innerhalb der ersten drei Monate nach Beginn des Versicherungsschutzes auftreten oder
- bb) 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 erneut.

(5) Koma

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

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.

Es wird ebenfalls eine Versicherungsleistung erbracht,

- wenn die versicherte Person für einen Zeitraum von zwei 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.

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

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

TEIL III KREBS und BENIGNER (GUTARTIGER) GEHIRNTUMOR

§ 6. LEISTUNGEN DES VERSICHERERS BEI KREBS UND BENIGNEM (GUTARTIGEM) GEHIRNTUMOR

- (1) Wird bei der versicherten Person während des vereinbarten Zeitraums, in dem Versicherungsschutz besteht, eine der nachfolgend beschriebenen Tumorerkrankungen erstmals festgestellt, so erbringen wir eine einmalige **Kapitalleistung** in Höhe einer vielfachen Anzahl an Monatsrenten. Die diesbezüglich konkret vereinbarte Leistung entnehmen Sie bitte dem Antrag oder der Polizze. Ein Versicherungsfall wegen Krebs oder gutartigem Hirntumor löst keine Rentenzahlung aus. Der Versicherungsvertrag und der vertragliche Versicherungsschutz bleiben weiter bestehen. Die Prämienzahlungspflicht wird dadurch nicht unterbrochen.
- (2) Der Anspruch auf die Versicherungsleistung entsteht nach Ablauf des Monats, in dem die Erkrankung anhand dafür geeigneter ärztlicher Befunde eindeutig diagnostiziert wurde.
- (3) Ein Anspruch auf Versicherungsleistung besteht nur solange Prämien zu diesem Vertrag entrichtet werden. Erfolgt bereits eine Rentenleistung aus diesem Vertrag, besteht kein Anspruch auf eine Leistung bezüglich Krebs oder gutartigem Hirntumor.
- (4) Kein Anspruch auf eine Versicherungsleistung aus diesem Titel besteht, wenn
- a) erstmalige Symptome innerhalb der ersten drei Monate nach Beginn des Versicherungsschutzes auftreten oder
 - b) eine Diagnose von Krebs oder gutartigem Hirntumor innerhalb der ersten drei Monate nach Beginn des Versicherungsschutzes erfolgt.
- Bei Erhöhungen des Versicherungsschutzes gilt dieselbe Wartezeit für den zusätzlichen Versicherungsschutz erneut.

§ 7. DEFINITION VON "KREBS" UND "BENIGNER (GUTARTIGER) GEHIRNTUMOR"

(1) KREBS

Krebs im Sinne dieser Bedingungen ist ein bösartiges Zellwachstum (z.B. Tumor), das 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 zytologischen - Befundes bestätigt sein.

Zusätzlich muss mindestens eine der folgenden Bedingungen erfüllt sein:

- a) Es liegt ein Lymphom des Stadiums II oder höher entsprechend der Ann-Arbor-Klassifikation (Stand 01.01.2016) vor.
- b) Es liegt eine Leukämie vor, durch die eine Anämie verursacht wird.
- c) Es liegt ein Hirntumor des Grades II oder höher entsprechend der Klassifikation der Weltgesundheitsorganisation von 2007 vor (WHO Classification of Tumours of the Central Nervous System).
- d) Es liegt ein sonstiger Tumoren des Stadiums II oder höher entsprechend der siebenten Auflage der "TNM Klassifikation maligner Tumoren" der International Union Against Cancer (UICC) vor.

Nicht unter den Versicherungsschutz fallen alle Krebserkrankungen, die ausschließlich auf Basis molekularer oder biochemischer Verfahren nachgewiesen werden (z.B. durch den Nachweis von Tumor-DNA im Blut).

(2) BENIGNER (GUTARTIGER) GEHIRNTUMOR

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.

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.

TEIL IV PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT

§ 8. LEISTUNGEN DES VERSICHERERS BEI PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT

(1) Ein Rentenanspruch entsteht, wenn die versicherte Person während des vereinbarten Zeitraums in dem Versicherungsschutz besteht mindestens in einem Ausmaß, das einem Pflegebedarf von durchschnittlich mehr als 65 Stunden pro Monat über mindestens 6 Monate entspricht, pflegebedürftig wird.

Dieser Pflegebedarf entspricht einer Pflegebedürftigkeit im Sinne des Bundespflegegeldgesetzes (BPGG) der Pflegestufe 1 nach Stand 2016. Solange keine Gesetzesänderung in Bezug auf die Pflegestufe 1 stattfindet, entsteht mit Zuerkennung der Pflegestufe 1 oder höher nach dem Bundespflegegeldgesetzes der Rentenanspruch. Eine Änderung des Bundespflegegeldgesetzes führt zu keiner Änderung der Leistungszusage und zu keiner Änderung der hier beschriebenen Definition des Pflegebedarfs für einen Rentenanspruch aus diesem Vertrag.

(2) Besteht Pflegebedürftigkeit nach Absatz 1, erbringen wir folgende Versicherungsleistungen:

a) vollständige Befreiung von der Prämienzahlungspflicht.

b) Zahlung der vereinbarten Rentenleistung. Die Rentenzahlung erfolgt monatlich im Voraus.

Die für den Versicherungsfall zu Ihrem Vertrag vereinbarte garantierte Leistung entnehmen Sie bitte Ihrer Polizze.

(3) Der Anspruch auf die Versicherungsleistungen entsteht nach Ablauf des Monats, in dem die Pflegestufe zuerkannt wurde.

(4) Die Rente wird, solange Pflegebedürftigkeit nach Absatz 1 vorliegt, bis zum Ende des Monats gezahlt, in dem die versicherte Person stirbt, längstens jedoch bis zum Ende jenes Versicherungsjahres in dem die versicherte Person das 65. Lebensjahr vollendet hat.

(5) Das Ende der Pflegebedürftigkeit ist uns unverzüglich mitzuteilen.

(6) Entsteht ein Rentenanspruch aufgrund Pflegebedürftigkeit nach Absatz 1 als Folge einer Krebserkrankung die im Sinne dieser Bedingungen eine einmalige Kapitalzahlung in Höhe einer vielfachen Anzahl an Monatsrenten ausgelöst hat, erfolgt die erste Rentenzahlung frühestens ab jenem Monat nach Feststellung der Krebserkrankung, das der Anzahl jener Monate, die als Kapitaleistung ausgezahlt wurden, folgt.

§ 9. DEFINITION VON "PFLEGEBEDARF"

(1) Pflegebedürftig sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder psychischen Behinderung oder einer Sinnesbehinderung der ständigen Betreuung und Hilfe (Pflegebedarf) bedürfen. Ständiger Pflegebedarf liegt vor, wenn dieser täglich oder zumindest mehrmals wöchentlich regelmäßig gegeben ist.

(2) BETREUUNG

Unter Betreuung sind alle in relativ kurzer Folge notwendigen Verrichtungen anderer Personen zu verstehen, die vornehmlich den persönlichen Lebensbereich betreffen und ohne die die pflegebedürftige Person der Verwahrlosung ausgesetzt wäre. Zu diesen Verrichtungen zählen insbesondere solche beim An- und Auskleiden, bei der Körperpflege, der Zubereitung und Einnahme von Mahlzeiten, der Verrichtung der Notdurft, der Einnahme von Medikamenten und der Mobilitätshilfe im engeren Sinn.

Bei der **Feststellung des zeitlichen Betreuungsaufwands** ist von folgenden - auf den Tag bezogenen - Richtwerten auszugehen:

An- und Auskleiden 2 x 20 Minuten

Reinigung bei inkontinenten Patienten 4 x 10 Minuten

Entleerung und Reinigung des Leibstuhls 4 x 5 Minuten

Einnahmen von Medikamenten 6 Minuten

Anus-praeter-Pflege 15 Minuten

Kanülen-Pflege 10 Minuten

Katheter-Pflege 10 Minuten

Einläufe 30 Minuten

Mobilitätshilfe im engeren Sinn 30 Minuten

Für die nachstehenden Verrichtungen werden folgende - auf einen Tag bezogenen - zeitliche Mindestwerte festgelegt:

Tägliche Körperpflege 2 x 25 Minuten

Zubereitung der Mahlzeiten 1 Stunde

Einnahmen der Mahlzeiten 1 Stunde

Verrichtung der Notdurft 4 x 15 Minuten

Abweichungen von diesen Zeitwerten sind nur dann zu berücksichtigen, wenn der tatsächliche Betreuungsaufwand diese Mindestwerte um mehr als das Doppelte überschreitet oder um die Hälfte unterschreitet.

Zubereitung und Einnahme von Mahlzeiten

Es kommt bei der Zubereitung von Mahlzeiten lediglich auf die körperliche, geistige und psychische Fähigkeit zur täglichen Zubereitung einer einfachen gekochten warmen Hauptmahlzeit und gegebenenfalls auf die Zumutbarkeit des Umgangs mit gefährlichen Brennstoffen an. Die Herstellung einer einfachen gekochten warmen Hauptmahlzeit ist täglich vorauszusetzen. Die ausschließliche Verköstigung mit aufgewärmten Speisen (Tiefkühlkost oder Konserven) ist auch dann nicht zumutbar, wenn sie mit verhältnismäßig geringem Zeitaufwand möglich wäre. Im Zusammenhang mit der Nahrungszubereitung ist nicht nur die Bedienung der (konkreten) Kochstelle zu berücksichtigen, sondern auch die notwendige Reinigung der verwendeten Geräte (Koch- und Essgeschirr, Kochstelle). Der Betreuungsbedarf bei der Zubereitung der Nahrung ist allerdings nur dann für die Beurteilung des Pflegebedarfs heranzuziehen, wenn diese Betreuung nicht aufgrund mangelnder Kochkenntnisse erforderlich ist. Vorschneiden oder Passieren von Teilen der Mahlzeit oder der gesamten Mahlzeit sind durch den vorgegebenen Mindestwert (eine Stunde täglich) abgedeckt. Wenn eine vorgeschchnittene oder breiige Nahrung selbständig, d.h. ohne Anleitung, wiederholte Aufforderung und/oder Beaufsichtigung aufgenommen werden kann, ist kein Pflegebedarf anzurechnen.

Verrichtung der Notdurft

Die Frage, ob jemand außerstande ist, seine Notdurft zu verrichten, ist danach zu beurteilen, ob der Betreffende imstande ist, eine ordnungsgemäß installierte Toilette aufzusuchen, sie vollständig bestimmungsgemäß zu benutzen und sich nach der Stoffwechsellverrichtung ausreichend zu reinigen. Bei vorliegender Unfähigkeit zur selbständigen Reinigung ist in Fällen, in denen Stuhl- und Harninkontinenz vorliegt, sowohl der Pflegebedarf für die Reinigung bei Inkontinenz, für die tägliche Körperpflege als auch für die Verrichtung der Notdurft anzurechnen. Falls die Notdurft unter Verwendung eines Leibstuhls ordnungsgemäß verrichtet werden kann, die Entleerung und Reinigung des Leibstuhls jedoch nur mit Unterstützung einer Pflegeperson bewerkstelligt werden kann, ist für die Entsorgung des Leibstuhls durch eine Pflegeperson ein Zeitbedarf von 10 Stunden pro Monat anzurechnen, jedoch kein Pflegebedarf für die Verrichtung der Notdurft selbst.

An und Auskleiden

Der für die Betreuung beim An- und Auskleiden vorgesehene Richtwert ist für das vollständige An- und Auskleiden mit üblicher Kleidung (einmal täglich auch mit Mantel, Ausgesschuhen und Kopfbedeckung) zu verstehen. Dabei ist zu prüfen, ob einfache Hilfsmittel verwendet werden können (z.B. langer Schuhlöffel). Benötigt die pflegebedürftige Person aufgrund einer psychischen oder geistigen Behinderung Anleitung zum Anund Auskleiden, ist der Richtwert von 20 Stunden pro Monat als Pflegebedarf ebenfalls für das komplette An- und Auskleiden anzurechnen. Falls der Kleiderwechsel selbständig durchgeführt werden kann, jedoch die pflegebedürftige Person

- der Anleitung bei der Auswahl einer adäquaten Kleidung oder
- der Anleitung zum regelmäßigen Wäschewechsel

bedarf, ist für diese teilweise Anleitung ein jeweils geringerer Pflegebedarf heranzuziehen.

Anleitung, Beaufsichtigung und Motivationsgespräch

Die Anleitung sowie die Beaufsichtigung von Menschen mit geistiger oder psychischer Behinderung bei der Durchführung der in §§ 2 und 3 angeführten Verrichtungen ist der Betreuung und Hilfe gleichzusetzen. Das Motivationsgespräch ist eine eigene Betreuungshandlung, die als Beziehungsarbeit für geistig oder psychisch Behinderte oft eine unerlässliche Basis für deren Aktivierung ist, die einen entsprechenden zeitlichen Aufwand erfordert. Für die Motivationsgespräche der Betreuungspersonen mit geistig oder psychisch behinderten pflegebedürftigen Personen ist von einem zeitlichen Richtwert von insgesamt 10 Stunden pro Monat für diese Betreuungsmaßnahme auszugehen.

Einnahme von Medikamenten

Bei üblicher Medikation sind 3 Stunden pro Monat als Pflegebedarf anzurechnen. Bei Notwendigkeit mehr als 3 x täglicher Verabreichung kann der Pflegebedarf mit bis zu 5 Stunden pro Monat angerechnet werden.

Mobilitätshilfe im engeren Sinn

Mobilitätshilfe im engeren Sinn umfasst die notwendige Unterstützung z.B. beim Aufstehen und Zubettgehen, Umlagern, Gehen, Stehen und Treppensteigen, sowie bei allen gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Ortswechseln im eigenen (inneren) Wohnbereich und bei allen im täglichen Leben vorkommenden Lagewechseln. Weiters ist darunter die Hilfe beim An- und Ablegen von Körperersatzstücken, die der Förderung der Mobilität dienen, zu verstehen. Als Richtwert für den hierfür erforderlichen Betreuungsaufwand gemäß Abs. 2 sind 15 Stunden pro Monat zu berücksichtigen. Notwendige Unterstützung in diesem Sinn ist auch gegeben, wenn die Begleitung im eigenen Wohnbereich aufgrund des Orientierungsverlusts oder zwecks Verhinderung einer Verletzung (z.B. bei Schwindelzuständen, die wiederholt zu Stürzen geführt haben) erforderlich ist.

(3) HILFE

Unter Hilfe sind unaufschiebbare Verrichtungen anderer Personen zu verstehen, die den sachlichen Lebensbereich betreffen und zur Sicherung der Existenz erforderlich sind. Hilfsverrichtungen sind die Herbeischaffung von Nahrungsmitteln, Medikamenten und Bedarfsgütern des täglichen Lebens, die Reinigung der Wohnung und der persönlichen Gebrauchsgegenstände, die Pflege der Leib- und Bettwäsche, die Beheizung des Wohnraums einschließlich der Herbeischaffung von Heizmaterial und die Mobilitätshilfe im weiteren Sinn. Für jede Hilfsverrichtung ist ein - auf den Monat bezogener - fixer Zeitwert von 10 Stunden anzunehmen.

Herbeischaffung von Nahrungsmitteln, Bedarfsgütern des täglichen Lebens und Medikamenten

Die Lage der Wohnung (Stockwerk) und die Wegstrecke zur nächsten Einkaufsmöglichkeit sind für den Hilfebedarf bei der Herbeischaffung von Nahrungsmitteln, Bedarfsgütern des täglichen Lebens und Medikamenten zu berücksichtigen.

Reinigung der Wohnung und der persönlichen Gebrauchsgegenstände

Unter Wohnungsreinigung ist die laufend notwendige Wohnungsreinigung, allenfalls unter Verwendung zumutbarer technischer Hilfsmittel, das Aufbetten der Schlafstelle und das Staubabwischen zu verstehen. Ein Hilfsbedarf liegt vor, wenn das für eine Einzelperson übliche Mindestmaß an Wohnraum (Küche, Wohnzimmer, Schlafzimmer, Bad und etwaige dazugehörige Nebenräume) ohne fremde Hilfe nicht mehr gereinigt werden kann.

Beheizung des Wohnraums einschließlich Herbeischaffung von Heizmaterial

Bei der Prüfung, ob der Wohnraum ordnungsgemäß beheizt werden kann, ist generell von der konkreten Heizeinrichtung der Wohnung auszugehen. Es ist nicht nur auf die Bedienung der vorhandenen Heizmöglichkeiten Bedacht zu nehmen, sondern auch auf deren Reinigung. Bei vorhandener Zentralheizung kann kein Hilfsbedarf berücksichtigt werden, wenn die Wartung und Temperaturregulation nicht von der pflegebedürftigen Person vorgenommen werden muss (z.B. Fernwärme, Gasetagenheizung).

Mobilitätshilfe im weiteren Sinn

Mobilitätshilfe im weiteren Sinn umfasst Hilfeleistungen außerhalb des Wohnbereichs bei allen Abläufen, die zur Führung eines menschenwürdigen Lebens erforderlich sind. Sie umfasst insbesondere die Begleitung zum Arzt, zur Therapie, zu Behörden oder Banken sowie zu kulturellen Veranstaltungen. Die mangelnde Fähigkeit zur Manipulation mit Geld kann für sich allein keinen anrechenbaren Pflegebedarf bewirken.

TEIL V ALLGEMEINE BESTIMMUNGEN

§ 10. PFLICHTEN DES VERSICHERUNGSNEHMERS

- (1) Sie sind verpflichtet, den Antrag und die damit verbundenen Fragen wahrheitsgemäß und vollständig auszufüllen bzw. zu beantworten. Wenn eine andere Person versichert werden soll, hat auch diese andere Person 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 oder wir von der Unrichtigkeit oder Unvollständigkeit der Angaben Kenntnis hatten. Bei arglistiger Täuschung können wir den Vertrag jederzeit anfechten. Wenn wir den Vertrag anfechten oder vom Vertrag zurücktreten, sind wir zu keiner Leistung verpflichtet.
- (3) Bei juristischen Personen sind die vertretungsbefugten Organe zu identifizieren. Dies gilt auch für jede Person, die angibt im Namen des Versicherungsnehmers handeln zu wollen. Der Versicherungsnehmer ist gemäß Finanzmarkt-Geldwäschegesetz verpflichtet, Änderungen der Vertretungsbefugnis während aufrechter Geschäftsbeziehung von sich aus unverzüglich bekannt zu geben.
- (4) An Ihren Antrag sind Sie sechs Wochen ab Antragstellung gebunden.
- (5) Sie sind verpflichtet, die vereinbarten Versicherungsprämien an uns kostenfrei und rechtzeitig (bei Fälligkeit) zu bezahlen.
- (6) Laufende Prämien sind Jahresprämien. Sie können nach Vereinbarung auch in halbjährlichen, vierteljährlichen oder monatlichen Raten bezahlt werden, dann jedoch mit dem jeweils tariflich dafür festgelegten Zuschlag (= Unterjährigkeitszuschlag). Die Höhe des jeweiligen Unterjährigkeitszuschlages entnehmen Sie bitte den Antragsunterlagen und der Police.
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. Im Versicherungsfall werden die offenen Raten des laufenden Versicherungsjahres einbehalten / aufgerechnet.
- (7) Die erste Prämie wird mit Zustellung der Police, 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 Police angegebenen Fälligkeitstag zu bezahlen.
- (8) Wenn Sie die erste 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 Prämie nicht innerhalb von drei Monaten vom Fälligkeitstag an gerichtlich geltend machen.
- (9) Wenn Sie eine Folgeprämie nicht rechtzeitig bezahlen, erhalten Sie zunächst eine 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 entfällt Ihr Versicherungsschutz. Darüber hinaus entfällt Ihr Versicherungsschutz unabhängig von einer Kündigung, wenn nach Ablauf der gesetzten Frist der Versicherungsfall eintritt und Sie mit der Zahlung der Folgeprämie nach wie vor in Verzug sind, es sei denn, dass Sie an der rechtzeitigen Zahlung ohne Verschulden verhindert waren.

§ 11. BEGINN DES VERSICHERUNGSSCHUTZES, VORLÄUFIGER SOFORTSCHUTZ

- (1) Der Versicherungsschutz beginnt, sobald wir die Annahme Ihres Antrages durch Zustellung der Police oder ausdrücklich erklärt und Sie die erste Prämie rechtzeitig bezahlt haben. Vor dem in der Police angegebenen Versicherungsbeginn besteht kein Versicherungsschutz.
- (2) Ihr Versicherungsvertrag ist mit vorläufigem Sofortschutz ausgestattet.
Der vorläufige Sofortschutz erstreckt sich auf die für den Fall des Eintritts einer der in diesen Bedingungen beschriebenen Leistungsvoraussetzungen versicherte Rente, höchstens jedoch auf EUR 500,- monatlich, auch wenn insgesamt höhere Rentenzahlungen für dieselbe versicherte Person beantragt sind.
Der vorläufige Sofortschutz gilt ausschließlich für den Fall, dass der Leistungsfall im Sinne dieser Bedingungen aufgrund der Folgen eines Unfalles entsteht und
 - die versicherte Person zum Zeitpunkt der Antragstellung grundsätzlich voll arbeitsfähig ist,
 - nicht wegen einer der versicherten Gesundheitsstörungen in ärztlicher Behandlung oder Kontrolle steht und
 - die Versicherungsbedingungen keine Einschränkungen oder Ausschlüsse vorsehen.
Der vorläufige Sofortschutz beginnt mit Eingang Ihres Antrages bei uns, frühestens aber mit dem beantragten Versicherungsbeginn.
Der vorläufige Sofortschutz endet mit Zustellung der Police 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 Police erfolgt, in jedem Fall jedoch sechs Wochen nach Antragstellung.
Wenn wir aufgrund des vorläufigen Sofortschutzes leisten, verrechnen wir die erste Jahresprämie.

§ 12. PRÄMIE, STEUER, KOSTEN UND GEBÜHREN

- (1) Die Versicherungssteuer wird entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen von Ihren Versicherungsprämien in Abzug gebracht. Weiters ziehen wir von Ihren Versicherungsprämien Abschlusskosten (vgl. (a)), Verwaltungskosten (vgl. (b)) und Kosten zur Deckung des beantragten Risikos (Risikokosten) (vgl. (c)) ab.

(a) Abschlusskosten

Die Höhe der Abschlusskosten entnehmen Sie bitte den Informationen des Antrages bzw. der Police unter dem Punkt „Kostenvereinbarung und Sterbetafel“ welcher integrierender Bestandteil des Vertrages ist.

(b) Verwaltungskosten

Die Höhe der Verwaltungskosten entnehmen Sie bitte ebenfalls den Informationen des Antrages bzw. der Police unter dem Punkt „Kostenvereinbarung und Sterbetafel“ welcher integrierender Bestandteil des Vertrages ist.

(c) Risikokosten

Die erforderlichen Kosten zur Deckung versicherten Risiken (Risikokosten) richten sich nach dem Tarif, dem Alter der versicherten Person und der vereinbarten Versicherungsleistung. Das für die Berechnung relevante Alter ist die Differenz zwischen dem jeweiligen Kalenderjahr und dem Geburtsjahr. Die Risikokosten errechnen sich jährlich aus der für den Eintritt des Leistungsfalles vereinbarten Versicherungsleistung und den statistischen Eintrittswahrscheinlichkeiten.

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.

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.

(2) Die in Abs.1 genannten Kostenbestandteile berücksichtigen wir bereits bei der Kalkulation Ihrer Prämien, sie sind daher in Ihren Prämien enthalten und müssen nicht separat bezahlt werden.

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

Das ist insbesondere eine Gebühr für das Ausstellen einer Duplikats- oder Letztstandspolizze, zusätzlich gewünschte Dokumentationen, Änderung der Zahlungsweise oder der Veranlagung, nachträgliche Bearbeitung einer Vinkulierung, Abtretung oder Verpfändung oder eine Änderung des Polizeninhalts.

Diese Gebühr beträgt EUR 20,-, ist wertgesichert 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 zu verlangen. Diese sind mit einem Gesamtausmaß für alle Mahnstufen (derzeit EUR 21,-) begrenzt. Die aktuelle Höhe können Sie jederzeit bei unserer Serviceline erfragen. Wird ein Rechtsanwaltsbüro mit der Forderungseinziehung beauftragt gehen sämtliche beim Rechtsanwaltsbüro anfallenden Kosten (lt. Bestimmungen der RATG, Allgemeine Honorarkriterien AHK 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.

Auch werden wir Kosten in Rechnung stellen, die sich durch Änderung steuerlicher Rahmenbedingungen oder gesetzlicher Abgaben ergeben.

§ 13. GEWINNBETEILIGUNG ("PRÄMIENBONUS")

(1) Um die Erbringung der vereinbarten Versicherungsleistung über die gesamte Versicherungsdauer hinweg sicherzustellen, sind die Prämien vorsichtig kalkuliert. Vorsichtige Annahmen werden insbesondere hinsichtlich der Eintrittswahrscheinlichkeiten getroffen. Regelmäßige Überschüsse sind die Folge der vorsichtigen Prämienkalkulation.

(2) Sie nehmen im Wege der Gewinnbeteiligung an den von uns erzielten Überschüssen teil. Die Aufteilung der Überschüsse erfolgt über Gewinn- und Abrechnungsverbände, in denen alle gleichartigen Versicherungsverträge zusammengefasst sind. Der für Ihren Versicherungsvertrag geltende Gewinnverband bzw. Abrechnungsverband ist in Ihrer Polizze ausgewiesen.

(3) Ihre Gewinnanteile werden alljährlich am 31. Dezember gutgeschrieben.

(4) Für die Höhe des Gewinnanteiles sind die von unseren Unternehmensorganen diesbezüglich jeweils gefassten Beschlüsse maßgeblich. Erfolgt in einem Geschäftsjahr eine Dotierung der Zinszusatzrückstellung gemäß § 4 Abs. 3 Z 3 Lebensversicherung-Gewinnbeteiligungsverordnung, ist eine Minderung der für dieses Geschäftsjahr neu zuzuteilenden Gewinnbeteiligung möglich.

(5) Solange noch keine Rentenleistung aus dem Vertrag fällig geworden ist, vermindert der zukünftig zu erwartende Gewinn bereits als "Prämienbonus" die zu zahlende Prämie. Da die in künftigen Jahren erzielbaren Überschüsse nicht vorausgesehen werden können, kann der zukünftige Prämienbonus nicht garantiert werden. Der zukünftige Prämienbonus hängt allein von den während der Laufzeit des Vertrages erzielten Überschüssen ab.

(6) Sobald eine Rentenleistung fällig ist, unterliegt Ihr Vertrag ab diesem Zeitpunkt automatisch dem dafür vorgesehenen Gewinnverband. Die Gewinnbeteiligung erhöht sodann die laufende Rente. Diese Erhöhung findet erstmalig im zweiten Jahr der laufenden Rentenzahlung statt. Der Prozentsatz der Erhöhung wird in unserem jeweiligen Geschäftsbericht veröffentlicht.

§ 14. MITWIRKUNGSPFLICHTEN FÜR DEN LEISTUNGSFALL

(1) Werden Leistungen aus dieser Versicherung verlangt, sind uns - auf Kosten der Anspruch erhebenden Person - folgende Unterlagen vorzulegen:

- a) eine Darstellung der Ursache für den Eintritt des Grundfähigkeitsverlustes bzw. der Erkrankung;
- b) 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 und über den Umfang der Beeinträchtigung; bzw. über das genaue Krankheitsbild;
- c) bei Pflegebedürftigkeit zusätzlich eine Bescheinigung über das Ausmaß der Pflege und die festgestellte Pflegestufe.

(2) Die ärztlichen Nachweise im Sinne des Absatz 1 müssen von einem innerhalb der EU niedergelassenen Arzt in deutscher Sprache erstellt bzw. diesen Nachweisen muss eine durch einen vor Gericht zugelassenen Übersetzer erstellte Übersetzung ins Deutsche beigelegt werden, sofern wir nicht im Einzelfall abweichende Vereinbarungen mit Ihnen treffen. Dabei werden Kosten, die durch eine Übersetzung entstehen, von uns nicht übernommen.

(3) Wir können außerdem - dann allerdings auf unsere Kosten - weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte sowie notwendige Nachweise verlangen, z.B. zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen. Soweit hierbei eine fachmedizinische Begutachtung der versicherten Person erforderlich ist und die versicherte Person dafür anreisen muss, übernehmen wir zusätzlich angemessene Reise- und Unterbringungskosten. Dies gilt auch für Anreisen aus dem Ausland.

(4) Im Rahmen der bei Vertragsabschluss geschlossenen Vereinbarung bezüglich personenbezogener Daten und Gesundheitsdaten und der darin erteilten Ermächtigungen werden wir im Bedarfsfall zusätzliche Erkundigungen und Auskünfte zur Beurteilung des Versicherungsfalles und zur Überprüfung der Angaben vor Vertragsannahme einholen. Wenn die versicherte Person die Ermächtigung widerruft bzw. von ihrem Widerspruchsrecht oder dem Recht auf Einzelfallzustimmung Gebrauch macht, sind die benötigten Unterlagen in vollem Umfang von Ihnen oder der bezugsberechtigten bzw. der versicherten Person beizubringen. Bis zum Erhalt der vollständigen Unterlagen können Leistungsansprüche nicht fällig werden.

(5) Schadenminderungspflichten der versicherten Person

Die versicherte Person ist verpflichtet, zur Schadenminderung beizutragen und hat sich damit allen zumutbaren ärztlichen und medizinischen Maßnahmen zur Besserung oder Wiederherstellung der Gesundheit und damit zur Minderung der Beeinträchtigungen zu unterziehen, sowie zumutbaren ärztlichen Anweisungen zur Besserung ihrer gesundheitlichen Verhältnisse Folge zu leisten. Zumutbar sind allerdings nur Untersuchungen und Behandlungen, bei denen ein Schaden für Leben oder Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden kann, mit denen keine erheblichen Schmerzen verbunden sind und die keinen erheblichen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit bedeuten. Immer zumutbar sind damit Maßnahmen im Rahmen der medizinischen Grundversorgung (z.B. Blutkontrollen, das Einhalten von Diäten, Physiotherapie, Logopädie, Allergiebehandlung) und die Verwendung allgemein gebräuchlicher medizinisch-technischer Hilfsmittel (wie z.B. Prothesen, Seh- oder Hörhilfen oder Stützstrümpfe). Nicht unter die Schadenminderungspflicht fallen operative Behandlungen, spezielle Therapien wie Chemo- oder Strahlentherapie oder medikamentöse Behandlungen, mit denen regelmäßig unangemessen hohe Nebenwirkungen einhergehen. Eine Ablehnung derartiger Maßnahmen hat keinen Einfluss auf unsere Leistungspflicht.

§ 15. PFLICHTEN, WENN RENTENLEISTUNGEN ERBRACHT WERDEN

Erbringen wir Rentenleistungen, müssen uns alle Umstände, die für die Frage von Bedeutung sind, ob die früher anerkannte oder festgestellte Beeinträchtigung der Grundfähigkeiten bzw. die für einen Leistungsfall definierten gesundheitlichen Defizite der versicherten Person fortbestehen, auch ohne besondere Aufforderung unverzüglich angezeigt werden.

Dies sind insbesondere:

- jede wesentliche Besserung des Gesundheitszustandes, der zur Anerkennung der Leistung geführt hat;
- der Tod der versicherten Person.

§ 16. LEISTUNGSERBRINGUNG UND ERKLÄRUNG ÜBER UNSERE LEISTUNGSPFLICHT

(1) Das konkrete Ausmaß der Versicherungsleistung wird nach Eintritt des Versicherungsfalles und Abschluss sämtlicher Erhebungen zum Versicherungsfall festgestellt. Vor Erbringung von Leistungen können wir insbesondere auch Identitätsnachweise verlangen.

(2) Sobald die uns eingereichten sowie die von uns beigezogenen Unterlagen vollständig sind, erklären wir innerhalb von 4 Wochen in Textform, ob und welche Leistungspflicht wir anerkennen.

(3) Werden Leistungen beantragt, sind bis zur Entscheidung über die Leistungspflicht die Prämien in voller Höhe weiter zu entrichten, wir werden diese jedoch bei Anerkennung der Leistungspflicht zurückzahlen.

(4) Leistungen an ausländische bezugsberechtigte Person erbringen wir, sobald uns (behördlich) nachgewiesen wird, dass wir die Zahlung ohne Gefahr der Haftung für nicht entrichtete Steuern vornehmen können. Bei Überweisungen außerhalb der Europäischen Union trägt der Empfänger die Gefahr und die Kosten.

§ 17. BESONDERE EREIGNISSE DIE UNSERE LEISTUNGSPFLICHT EINSCHRÄNKEN ODER AUSSCHLIEßEN

(1) Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, wie es zu dem Versicherungsfall gekommen ist.

Die nachstehend angeführten Umstände können allerdings zu einer Einschränkung unserer Leistungspflicht führen.

(2) Kriegsereignisse, Bürgerkrieg, innere Unruhen

Wir leisten nicht, wenn die gesundheitliche Beeinträchtigung unmittelbar oder mittelbar durch Kriegsereignisse, Bürgerkrieg oder durch innere Unruhen während der Laufzeit des Vertrages verursacht wurde.

Innerhalb desjenigen Staates der EU, in dem die versicherte Person ihren ständigen Wohnsitz hat, gilt der Ausschluss unserer Leistungspflicht hinsichtlich innerer Unruhen nur, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat.

Wenn die versicherte Person während eines Aufenthaltes außerhalb desjenigen Staates der EU, in dem die versicherte Person ihren ständigen Wohnsitz hat, unmittelbar oder mittelbar für die Dauer von bis zu 10 Tagen Kriegsereignissen, Bürgerkrieg oder inneren Unruhen ausgesetzt ist, die nicht bereits bestanden haben oder vorhersehbar waren, bleibt der Versicherungsschutz für diesen Zeitraum erhalten. Nach Ablauf des zehnten Tages ab Beginn der Gefährdung durch Kriegsereignisse, Bürgerkriege oder innere Unruhen verlängert sich diese Frist nur, soweit die versicherte Person aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, objektiv nachvollziehbar gehindert ist, das Gefahrengbiet zu verlassen.

Für Angehörige von Streitkräften wie z.B. des Bundesheeres oder anderer staatlich organisierter Kriseneinsatzkräfte, gilt dieser Versicherungsschutz im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit nicht und ist eine gesundheitliche Beeinträchtigung infolge von Auslandseinsätzen unter nationaler oder internationaler Verantwortung mit vergleichbarem Gefährdungspotential, vorbehaltlich einer anderweitigen ausdrücklichen schriftlichen Vereinbarung, nicht mitversichert.

Der Einsatz für humanitäre Hilfsdienste und Hilfeleistungen ist von dieser Leistungseinschränkung nicht erfasst, sofern die versicherte Person dabei nicht in bewaffnete Unternehmungen einbezogen ist.

(3) Großschadenereignisse im Zusammenhang mit Kernenergie oder radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen

Unsere Leistungspflicht entfällt ferner, wenn die gesundheitliche Beeinträchtigung durch Strahlen infolge Kernenergie verursacht wurde, bzw. unmittelbar oder mittelbar durch atomare, biologische, chemische oder durch Terrorismus ausgelöste Katastrophen, 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 bedarf.

(4) Vorsätzliche Handlungen der versicherten Person

Wir leisten nicht, wenn die gesundheitliche Beeinträchtigung durch die vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die versicherte Person verursacht wurde.

Ferner entfällt unsere Leistungspflicht, wenn die gesundheitliche Beeinträchtigung durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit oder mehr als altersentsprechendem Kräfteverfall, absichtliche Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung verursacht wurde. Wenn uns jedoch nachgewiesen wird, dass diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind, werden wir - bei Erfüllung sämtlicher übriger Voraussetzungen - leisten.

(5) Vorsätzliche Handlungen zur Herbeiführung der gesundheitliche Beeinträchtigung

Wir leisten ebenfalls nicht, wenn die gesundheitliche Beeinträchtigung durch eine widerrechtliche Handlung verursacht wurde, mit der Sie als Versicherungsnehmer und/oder der Bezugsberechtigte vorsätzlich die gesundheitliche Beeinträchtigung der versicherten Person herbeigeführt haben bzw. hat.

(6) Alkohol und Drogen

Unsere Leistungspflicht entfällt, wenn die gesundheitliche Beeinträchtigung der versicherten Person durch einen Unfall entstanden ist, der aufgrund einer wesentlichen Beeinträchtigung ihrer psychischen Leistungsfähigkeit durch Alkohol, Suchtgifte oder Medikamente verursacht wurde.

§ 18. VERLETZUNG VON MITWIRKUNGS- ODER SCHADENMINDERUNGSPFLICHTEN

Solange eine Mitwirkungs- oder Schadenminderungspflicht von Ihnen, der versicherten oder der bezugsberechtigten Person vorsätzlich nicht erfüllt wird, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Wenn die Mitwirkungspflicht später erfüllt wird, werden wir ab Beginn des dann laufenden Monats nach Maßgabe dieser Bedingungen die Leistung erbringen.

Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Schadenminderungspflicht sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Dies gilt nicht, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die Schadenminderungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt haben. Die Ansprüche aus der Versicherung bleiben jedoch insoweit bestehen, als die Verletzung ohne Einfluss auf den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles oder die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist.

§ 19. NACHPRÜFUNG DER LEISTUNGSVORAUSSETZUNG

(1) Nach Anerkennung oder Feststellung unserer Leistungspflicht sind wir berechtigt, das Fortbestehen der gesundheitlichen Beeinträchtigung bzw. der Pflegebedürftigkeit nachzuprüfen.

(2) Zur Nachprüfung können wir auf unsere Kosten jederzeit sachdienliche Auskünfte und einmal eine umfassende Untersuchungen der versicherten Person durch von uns zu beauftragende Ärzte verlangen.

(3) Liegt nach Prüfung der vollständigen Unterlagen ein Leistungsfall aufgrund des Verlustes bestimmter Grundfähigkeiten bzw. der Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen nicht mehr vor, werden wir unsere Leistungen einstellen und dies der bezugsberechtigten Person mitteilen. Die Einstellung der Leistungen wird nicht vor Ablauf eines Monats nach Absenden der Mitteilung darüber wirksam.

(4) Werden uns diese Informationen im Rahmen der Mitwirkungspflichten nicht innerhalb angemessener und zumutbarer Zeit zugänglich gemacht, werden wir unsere Leistungen, bis zum Vorliegen der vollständigen zur Beurteilung notwendigen Unterlagen, einstellen.

§ 20. IHRE RECHTE BEI MEINUNGSVERSCHIEDENHEITEN

(1) Bei Beschwerden wenden Sie sich bitte an unsere Servicestelle.

(2) Wenn diejenige Person, die den Anspruch auf die Versicherungsleistung geltend macht, mit unserer Leistungsentscheidung nicht einverstanden ist, kann diese den Anspruch innerhalb von einem Jahr nach Zugang unserer Entscheidung gerichtlich geltend machen.

(3) Lässt die Person, die Anspruch auf die Versicherungsleistung erhebt, diese Frist verstreichen ohne dass sie den Anspruch gerichtlich geltend macht, so sind weitergehende Ansprüche, als jene die wir anerkannt haben, ausgeschlossen. Auf diese Rechtsfolge werden wir in unserer Leistungsentscheidung besonders hinweisen.

§ 21. KÜNDIGUNG DER VERSICHERUNG

(1) Sie können Ihren Vertrag kündigen:

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

(2) Im Falle der Kündigung Ihres Versicherungsvertrages erlischt mit Ende der Kündigungsfrist der Versicherungsschutz ohne Rückvergütung.

§ 22. VERPFÄNDUNG, ABTRETUNG UND VINKULIERUNG

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

§ 23. ERKLÄRUNGEN, WOHNORTWECHSEL

(1) Jede Vertragsänderung, ausgenommen Bezugsrechtsänderung oder Kündigung, ist nur mit unserer Zustimmung möglich.

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

(3) Wenn Sie Ihren Wohnort wechseln, müssen Sie uns Ihre neue Adresse mitteilen, andernfalls richten wir unsere Erklärungen an Ihre letzte uns bekannte Adresse. Wenn Sie hingegen Ihren Wohnort außerhalb Europas nehmen, müssen Sie uns eine Person innerhalb Österreichs benennen, die bevollmächtigt ist, unsere Erklärungen an Sie entgegenzunehmen.

(4) Haben Sie als Versicherungsnehmer Ihre Anschrift geändert, dies aber uns nicht mitgeteilt, so genügt zur Rechtswirksamkeit von Erklärungen gegenüber Ihnen die Absendung eines Briefes an die Anschrift, die Sie uns zuletzt bekannt gegeben haben. Die Erklärung wird in dem Zeitpunkt wirksam, in welchem sie ohne die Änderung der Anschrift bei regelmäßiger Beförderung Ihnen zugegangen wäre. Bei vereinbarter elektronischer Kommunikation gilt dies nur, wenn wir Sie rechtzeitig elektronisch von der Zusendung eines Briefes und von den genannten Folgen einer unterbleibenden Mitteilung der Anschriftsänderung verständigt haben (sofern die elektronische Verständigung möglich war). Dies gilt sinngemäß für Erklärungen gegenüber einem Versicherten.

§ 24. BEZUGSBERECHTIGUNG

(1) Sie bestimmen, wer bezugsberechtigt (begünstigt) ist (siehe § 1). Die jeweilige bezugsberechtigte Person erwirbt das Recht auf die Leistung mit Eintritt des Versicherungsfalles. Bis dahin können Sie die Bezugsberechtigung jederzeit ändern. Änderung und Widerruf der Bezugsberechtigung werden wirksam sobald sie uns angezeigt worden sind.

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

§ 25. VERLUST DER POLIZZE ("LETZTSTANDSPOLIZZE")

Wenn Sie den Verlust der Police anzeigen, werden wir Ihnen eine Letztstandspolize ausstellen.

§ 26. VERJÄHRUNG

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

§ 27. VERTRAGSGRUNDLAGEN

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

§ 28. ÄNDERUNG DER VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN

(1) Sollten eine oder mehrere der in diesen Bedingungen beschriebenen Krankheiten, die aufgrund der damit verbundenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen eine Leistungspflicht nach sich ziehen, während der Laufzeit Ihres Versicherungsvertrages nach allgemein anerkannter medizinischer Auffassung auf Basis von

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

ganz oder teilweise heilbar sein, so sind wir berechtigt, diese Bedingungen dahingehend einseitig durch schriftliche Mitteilung zu ändern, dass die betreffenden Krankheiten in ihrer Definition der medizinischen Entwicklung angepasst werden bzw. aus dem Anwendungsbereich als ein die Leistung auslösendes Ereignis entfallen. Im Gegenzug werden wir die Prämie, soweit erforderlich, entsprechend dem geänderten Leistungsumfang neu kalkulieren und anpassen.

(2) Die Änderung wird nur wirksam, wenn wir sie Ihnen spätestens acht Wochen zuvor schriftlich angekündigt haben, und Sie nicht innerhalb dieser Frist dieser Änderung schriftlich widersprochen haben.

§ 29. ANWENDBARES RECHT UND GERICHTSSTAND

Dieser Vertrag unterliegt österreichischem Recht ohne die Verweisungsnormen des österreichischen internationalen Privatrechts. Gerichtsstand ist das zuständige Gericht, Wien, Innere-Stadt.

§ 30. AUFSICHTSBEHÖRDE

Der Versicherer und der diesem Versicherungsvertrag zugrunde liegende Tarif (siehe § 1) unterliegen der Kontrolle und Aufsicht durch die Finanzmarktaufsichtsbehörde (FMA), A-1090 Wien, Otto-Wagner-Platz 5. Die Rechnungsgrundlagen für den jeweiligen Tarif wurden der Finanzmarktaufsichtsbehörde (FMA) übermittelt und sind Teil der versicherungsmathematischen Grundlagen Ihres Vertrages. Diese können für bestehende Verträge von uns nicht verändert werden. Ihre korrekte Anwendung ist von der Finanzmarktaufsichtsbehörde (FMA) jederzeit überprüfbar.

§ 31. ERFÜLLUNGORT

Erfüllungsort für die Versicherungsleistung ist unsere Generaldirektion in Wien.