

Versicherungsbedingungen der Zusatzversicherung für Rentenzahlung bei bestimmten schweren Krankheiten und bei vollständiger und dauerhafter Erwerbsunfähigkeit -; 1996 E

§ 1a Was ist versichert? (Versicherungsfall)

(1) Versicherungsfall ist der Eintritt

- einer bestimmten schweren Erkrankung oder
- der vollständigen und dauerhaften Erwerbsunfähigkeit.

(2) Im Versicherungsfall wird eine Versicherungsleistung in Form einer lebenslangen Rente erbracht. Die Versicherungsleistung wird erbracht, wenn während der Versicherungsdauer

- entweder eine oder mehrere schwere Krankheiten
- oder die vollständige und dauerhafte Erwerbsunfähigkeit eintritt.

(3) Im Versicherungsfall einer bestimmten schweren Erkrankung oder der vollständigen und dauerhaften Erwerbsunfähigkeit des Versicherten wird eine Rentenleistung nur dann fällig, wenn der Versicherungsfall während der Wirksamkeit des Versicherungsschutzes (Laufzeit des Versicherungsvertrages unter Beachtung der Versicherungsbedingungen der Hauptversicherung) eingetreten ist und die versicherte Person den 29. Tag nach Eintritt des Versicherungsfalles erlebt.

§ 1b Was gilt als bestimmte schwere Erkrankung bzw. als vollständige und dauerhafte Erwerbsunfähigkeit im Sinne dieser Versicherungsbedingungen?

Versicherungsschutz besteht für die folgenden bestimmten schweren Erkrankungen bzw. für die vollständige und dauerhafte Erwerbsunfähigkeit:

(1) Herzinfarkt

Der Zerfall eines Teiles der Herzmuskelzellen infolge unzureichender Blutzufuhr in den betroffenen Bereich. Die Diagnose muss auf den folgenden Kriterien basieren:

- Auftreten der typischen pectanginösen Schmerzen in der Anamnese und
- frische EKG-Veränderungen nach den üblichen Infarktkriterien und
- Erhöhung der herzmuskelspezifischen Enzymaktivitäten und typische Verlaufskontrolle.

Kein Versicherungsschutz besteht für stumme Herzinfarkte.

Als Versicherungsfall gilt die gesicherte Diagnose durch eine cardiologisch-internistische Fachklinik oder einen cardiologisch-internistischen Facharzt.

Zum Beginn Ihres Versicherungsschutzes beachten Sie auch § 2 dieser Versicherungsbedingungen.

(2) Bypass-Operation der Coronararterien

Klinische Diagnose von Verengung oder Verschluss von zwei oder mehreren Herzkranzgefäßen mit Indikation einer Bypassoperation. Kein Versicherungsschutz besteht für nicht-chirurgische Verfahren wie z.B. Angioplastie, Laserbehandlung und andere nicht-operative Verfahren.

Als Versicherungsfall gilt die durchgeführte Operation.

Zum Beginn Ihres Versicherungsschutzes beachten Sie auch § 2 dieser Versicherungsbedingungen.

(3) Krebs

Histologisch nachgewiesener maligner Tumor, der charakterisiert ist durch eigenständiges Wachstum, infiltrative Wachstumstendenz und Metastasierungstendenz. Unter den Begriff "Krebs" fallen auch die Tumorformen des Blutes, der blutbildenden Organe und des Lymphsystems.

Ausgeschlossen sind alle Hautkrebserkrankungen, außer malignen Melanomen. Ausgeschlossen sind weiters Carcinoma-in-situ und Tumore bei gleichzeitig bestehender HIV-Infektion.

Als Versicherungsfall gilt die gesicherte Diagnose durch eine(n) für die medizinische Fachrichtung zuständige(n) Fachklinik oder Facharzt mit Histologie (mikroskopischer Gewebeuntersuchung) und mit der Zuordnung der Erkrankung zur internationalen Tumorklassifikation (TNM).

Zum Beginn Ihres Versicherungsschutzes beachten Sie auch § 2 dieser Versicherungsbedingungen.

(4) Schlaganfall

Jeglicher cerebravaskuläre Insult mit über mehr als 24 Stunden andauernden neurologischen Folgeerscheinungen einschließlich Hirninfarkt, Blutung und Embolie extrakranialen Ursprungs. Ausgeschlossen sind

- cerebrale Symptome als Folge von Migräne sowie Hirnschäden als Folge von Traumen oder einer Hypoxie,
- Gefäßerkrankungen, die die Augen bzw. den Sehnerv beeinträchtigen sowie ischämische Störungen des peripheren vestibulären Systems.

Der Schlaganfall muss zum plötzlichen Auftreten bleibender neurologischer Ausfallerscheinungen geführt haben. Die bleibende neurologische Schädigung muss nachweislich während mindestens 6 Wochen nach dem Schlaganfall angedauert haben und noch bestehen.

Als Versicherungsfall gilt eine frühestens nach Ablauf von 6 Wochen nach dem Schlaganfall erstellte gesicherte Diagnose durch eine neurologische Fachklinik oder einen Facharzt für Neurologie.

Zum Beginn Ihres Versicherungsschutzes beachten Sie auch § 2 dieser Versicherungsbedingungen.

(5) Chronisches Nierenversagen

Chronisches Nierenversagen im terminalen Stadium. Erforderlich ist eine Dialysebehandlung oder eine Nierentransplantation.

Als Versicherungsfall gilt der Beginn der Dialysebehandlung oder eine durchgeführte Nierentransplantation.

Zum Beginn Ihres Versicherungsschutzes beachten Sie auch § 2 dieser Versicherungsbedingungen.

(6) Organtransplantation

Durchgeführte Transplantation beim Versicherten als Organempfänger einer der folgenden Organe: des Herzens (nur komplette Transplantation), der Lunge, der Leber, der Bauchspeicheldrüse (ausgeschlossen ist die Transplantation der Langerhans-Inseln allein), einer Niere oder des Knochenmarks.

Als Versicherungsfall gilt die durchgeführte Organtransplantation.

Zum Beginn Ihres Versicherungsschutzes beachten Sie auch § 2 dieser Versicherungsbedingungen.

(7) Multiple Sklerose

Multiple Sklerose ist charakterisiert durch Entmarkungsherde im Zentralnervensystem mit irreversiblen, typischen neurologischen Ausfällen (multi- oder monofokal) und typischen Krankheitsherden, nachgewiesen durch Kernspintomographie und wenigstens zwei Schüben. Als Schub gilt das plötzliche Auftreten neuer oder früherer Symptome oder eine entsprechende Verschlechterung bestehender Symptome.

Als Versicherungsfall gilt eine frühestens nach Ablauf von 12 Monaten nach Auftreten der Erkrankung erstellte gesicherte Diagnose durch eine neurologische Fachklinik oder einen Facharzt für Neurologie. Das Auftreten der Erkrankung muss durch eine gesicherte Diagnose, erstellt von einer neurologischen Fachklinik oder einem Facharzt für Neurologie, nachgewiesen werden.

Zum Beginn Ihres Versicherungsschutzes beachten Sie auch § 2 dieser Versicherungsbedingungen.

(8) Querschnittslähmung

Vollständige und dauerhafte Querschnittslähmung als Folge einer Krankheit oder eines Unfalles mit dauernder, völliger Unterbrechung der Leitfähigkeit des Rückenmarks. Der Zusammenhang mit dem schädigenden Ereignis muss zeitlich und ursächlich klar erkennbar sein.

Als Versicherungsfall gilt eine frühestens nach Ablauf von 3 Monaten nach Beginn der Lähmung erstellte gesicherte Diagnose durch eine neurologische Fachklinik oder einen Facharzt für Neurologie. Der Beginn der Lähmung muss durch eine gesicherte Diagnose, erstellt von einer neurologischen Fachklinik oder einem Facharzt für Neurologie, nachgewiesen werden.

Nach einem Unfall muss der Versicherungsfall innerhalb eines Jahres vom Unfalltag an gerechnet eingetreten sein.

Zum Beginn Ihres Versicherungsschutzes beachten Sie auch § 2 dieser Versicherungsbedingungen.

(9) Blindheit

Durch ein akutes Krankheitsgeschehen oder Unfall erworbener, vollständiger und irreversibler Verlust des Sehvermögens auf beiden Augen.

Als Versicherungsfall gilt eine durch eine Fachklinik erstellte gesicherte Diagnose mit ophthalmologischem Bericht.

Nach einem Unfall muss der Versicherungsfall innerhalb eines Jahres vom Unfalltag an gerechnet eingetreten sein.

Zum Beginn Ihres Versicherungsschutzes beachten Sie auch § 2 dieser Versicherungsbedingungen.

(10) Vollständige und dauerhafte Erwerbsunfähigkeit (jegliche Tätigkeit)

Vollständige und dauerhafte Erwerbsunfähigkeit im Sinne dieser Versicherung liegt vor, wenn die versicherte Person vor Vollendung ihres 60. Lebensjahres (Männer) bzw. vor Vollendung ihres 55. Lebensjahres (Frauen) aufgrund von Krankheit oder Unfall, die ärztlich nachzuweisen sind, dauerhaft und vollständig außerstande ist, ihren Beruf oder irgendeinen anderen Beruf auszuüben.

- "Dauerhaft" bedeutet in diesem Zusammenhang, dass die Erwerbsunfähigkeit von dauerhafter Natur sein muss und aus ärztlicher Sicht keine Hoffnung auf Reaktivierung besteht.

- "Vollständig" bedeutet in diesem Zusammenhang, dass die versicherte Person nicht in der Lage ist, die wesentlichsten Tätigkeiten irgendeines Berufes auszuüben.

- Beruf im Sinne von "irgendein" ist ein Beruf, der auf dem Arbeitsmarkt in nicht nur geringfügigem Maß existiert und von jedem Gesunden uneingeschränkt ganz oder teilweise ausgeführt werden kann.

Damit bleiben beispielsweise Tätigkeiten unberücksichtigt, die Behinderte in eigens dafür eingerichteten Werkstätten oder Heimen ausführen. Ob die versicherte Person tatsächlich Zugang zu dem anderen Beruf auf dem Arbeitsmarkt hat, spielt bei der Entscheidung über das Vorliegen einer vollständigen und dauerhaften Erwerbsunfähigkeit keine Rolle.

Eine Bescheinigung über die Erwerbsunfähigkeit von den Sozialversicherungsträgern ist nicht zwingend ein Nachweis der vollständigen und dauerhaften Erwerbsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen.

Der Versicherungsfall tritt ein, wenn die vollständige und dauerhafte Erwerbsunfähigkeit ununterbrochen während eines Zeitraumes von sechs aufeinanderfolgenden Monaten bestanden hat.

Zum Beginn Ihres Versicherungsschutzes beachten Sie auch § 2 dieser Versicherungsbedingungen.

§ 2 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

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

(2) Ihre Zusatzversicherung auf den bestimmten schweren Krankheitsfall und den Fall der vollständigen und dauerhaften Erwerbsunfähigkeit ist mit **vorläufigem Sofortschutz** ausgestattet. Der vorläufige Sofortschutz gilt, wenn

- der Versicherte zum Zeitpunkt der Antragstellung das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, voll arbeitsfähig ist und nicht in ärztlicher Behandlung oder Kontrolle steht und

- die Versicherungsbedingungen keine Einschränkungen oder Ausschlüsse (§§ 8 und 9) vorsehen.

Der vorläufige Sofortschutz erstreckt sich, sofern das 50. Lebensjahr noch nicht überschritten ist, auf die beantragte Rente, höchstens jedoch auf EUR 1.750,-- Jahresrente, auch dann wenn insgesamt höhere Summen auf das Leben desselben Versicherten beantragt sind.

Bei Kombination von Kapitalleistung und Rentenleistung (inkl. Prämienbefreiung) im bestimmten schweren Krankheitsfall und vollständiger und dauerhafter Erwerbsunfähigkeit ist die Höchstgrenze für den vorläufigen Sofortschutz wie folgt festgelegt :

Kapitalleistung + Jahresrente x Laufzeit x 1 / 2 = Summe. Die ermittelte Summe darf höchstens EUR 36.500,-- betragen.

Der vorläufige Sofortschutz gilt für die schweren Krankheiten Chronisches Nierenversagen, Organtransplantation, Querschnittslähmung, Blindheit und für die durch ein Unfallereignis verursachte vollständige und dauerhafte Erwerbsunfähigkeit.

Der vorläufige Sofortschutz beginnt mit Eingang Ihres Antrages bei der Generaldirektion Linz oder einer unserer Landesdirektionen, frühestens aber mit dem beantragten Versicherungsbeginn. Der vorläufige Sofortschutz endet mit Zustellung der Versicherungsurkunde, wenn wir Ihren Antrag ablehnen oder den vorläufigen Sofortschutz als beendet erklären, spätestens jedoch sechs Wochen nach Antragstellung.

Für den Zeitraum des vorläufigen Sofortschutzes berechnen wir die anteilige Prämie, die entweder im Rahmen der Erstprämie oder aber - im Falle der Ablehnung des Antrages - gesondert vorgeschrieben wird. Eine darüber hinausgehende Prämie werden wir nicht berechnen. Wenn wir aufgrund des vorläufigen Sofortschutzes leisten, verrechnen wir die erste Jahresprämie bzw. einmalige Prämie.

(3) Der Versicherungsschutz für den Versicherungsfall der schweren Krankheit Herzinfarkt, Bypass-Operation der Coronararterien und Krebs beginnt drei Monate nach dem in Absatz (1) bestimmten Zeitpunkt.

Versicherungsschutz für den Versicherungsfall der schweren Krankheit Schlaganfall wird geboten, wenn das Schlaganfallereignis nach Ablauf von drei Monaten nach dem in Absatz (1) bestimmten Zeitpunkt eintritt.

Versicherungsschutz für den Versicherungsfall der schweren Krankheit Multiple Sklerose wird geboten, wenn die Krankheit erstmals nach Ablauf von drei Monaten nach dem in Absatz (1) bestimmten Zeitpunkt auftritt.

Versicherungsschutz für den Versicherungsfall der vollständigen und dauerhaften Erwerbsunfähigkeit wird geboten, wenn der Versicherungsfall frühestens nach Ablauf von 6 Monaten nach dem in Absatz (1) bestimmten Zeitpunkt eintritt.

§ 3 Wie berechnet sich Ihre Prämie?

Die Prämie richtet sich nach dem Tarif, dem Geschlecht und dem Alter des Versicherten. Das Alter berechnen wir aus dem Jahr des Versicherungsbeginnes abzüglich dem Geburtsjahr des Versicherten. Bei erhöhtem Risiko können Zusatzprämien oder besondere Bedingungen vereinbart werden. Ergibt sich eine nicht nur vorübergehende nicht vorhersehbare Änderung des Leistungsbedarfes, können wir in sinngemäßer Anwendung des § 178 f des Versicherungsvertragsgesetzes die Prämie anpassen.

§ 4 Was ist bei der Prämienzahlung wichtig?

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

(2) Sie können die Jahresprämien nach Vereinbarung auch in halbjährlichen, vierteljährlichen oder monatlichen Raten, dann jedoch mit Zuschlägen, bezahlen. Die Höhe des Zuschlages (Unterjährigkeitszuschlag) können Sie Ihrer Lebensversicherungsurkunde entnehmen. Im Versicherungsfall sind die offenen Raten des laufenden Versicherungsjahres zu bezahlen.

(3) Die erste Prämie wird mit Zustellung der Versicherungsurkunde, nicht aber vor Versicherungsbeginn fällig. Sie ist innerhalb zweier Wochen zu bezahlen. Folgeprämien sind innerhalb eines Monats, bei monatlicher Prämienzahlung innerhalb zweier Wochen, jeweils ab dem in der Versicherungsurkunde angegebenen Fälligkeitstag, zu bezahlen.

(4) Eine Stundung der Prämien ist mit uns schriftlich zu vereinbaren.

§ 5 Was geschieht, wenn Sie eine Prämie nicht rechtzeitig bezahlen?

(1) Erste oder einmalige Prämie:

Wenn Sie die erste oder eine einmalige Prämie nicht rechtzeitig bezahlen, sind wir leistungsfrei, es sei denn, Sie waren an der rechtzeitigen Zahlung ohne Verschulden verhindert. Wir können außerdem vom Vertrag zurücktreten. Es gilt als Rücktritt, wenn wir die erste oder eine einmalige Prämie nicht innerhalb von drei Monaten vom Fälligkeitstag an gerichtlich geltend machen. Bei einem Rücktritt sind Kosten einer ärztlichen Untersuchung von Ihnen zu bezahlen.

(2) Folgeprämie:

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

§ 6 Wann können Sie den Versicherungsvertrag kündigen?

(1) Sie können Ihren Vertrag schriftlich ganz oder teilweise kündigen:

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

(2) Sobald tariflich ein Rückkaufswert vorhanden ist, können Sie den Vertrag entweder prämienfrei stellen oder die Auszahlung des Rückkaufswertes verlangen.

(3) Die nach einer Teilkündigung verbleibende prämienpflichtige Jahresrente darf EUR 100,-- nicht unterschreiten.

Beträgt die nach einer Prämienfreistellung ermittelte prämienfreie Jahresrente nicht mindestens EUR 40,--, wird ein Rückkauf durchgeführt.

(4) Der Rückkaufswert entspricht nicht der Summe der bezahlten Prämien. Er errechnet sich unter Berücksichtigung des gebotenen Versicherungsschutzes, der angefallenen Kosten und eines angemessenen Abschlages nach den tariflichen Grundsätzen.

(5) Auf Zusatzversicherungen mit einer Versicherungsdauer bis zu zehn Jahren finden Abs. 2 bis 4 nicht Anwendung.

(6) Die Höhe der Rückkaufswerte und der prämienfreien Versicherungssummen für jedes Versicherungsjahr können Sie Ihrer Polize entnehmen.

§ 7 entfällt.

§ 8 Welche Bedeutung haben Ihre Antworten auf unsere Antragsfragen?

(1) Wir übernehmen den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, dass Sie alle mit dem Antrag verbundenen Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten.

(2) Wenn das Leben eines anderen versichert oder mitversichert werden soll, ist auch dieser für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung verantwortlich.

(3) Werden Fragen schuldhaft unrichtig oder unvollständig beantwortet, können wir innerhalb der ersten drei Jahre seit Abschluss, letzter Änderung oder Wiederherstellung des Vertrages zurücktreten. Wir werden den Rücktritt innerhalb eines Monats ab Kenntnis der Unrichtigkeit oder Unvollständigkeit der Angaben erklären.

(4) Bei arglistiger Täuschung können wir den Vertrag anfechten.

(5) Wenn wir den Vertrag anfechten oder vom Vertrag zurücktreten, bezahlen wir den tariflichen Rückkaufswert.

§ 9 Wie umfassend ist Ihr Versicherungsschutz?

(1) Der Versicherungsschutz besteht grundsätzlich unabhängig davon, auf welcher Ursache der Versicherungsfall beruht. Beachten Sie jedoch auch die folgenden Absätze (2) bis (6).

(2) Voller Versicherungsschutz besteht, wenn der Versicherungsfall eintritt

a) als Fluggast eines zum zivilen Luftverkehr zugelassenen Motor-, Strahlantriebs-, Segelflugzeuges oder Hubschraubers (Personenbeförderung),

b) als ziviler Fluggast eines zur Personenbeförderung eingesetzten Militärflugzeuges oder Militärhubschraubers,

c) als Mitglied der Besatzung eines zum zivilen Luftverkehr zugelassenen Motorflugzeuges (nicht jedoch eines Hubschraubers), eines Strahlantriebs- oder Segelflugzeuges, wenn der Versicherte die behördlich vorgeschriebenen Genehmigungen für die von ihm ausgeübten Tätigkeiten besitzt,

d) in Zusammenhang mit einem Fallschirmabsprung, der zur Rettung des eigenen Lebens ausgeführt wird. Als Fluggast gilt, wer weder mit dem Betrieb des Luftfahrzeuges in ursächlichem Zusammenhang steht oder Besatzungsmitglied ist, noch mittels des Luftfahrzeuges eine berufliche Betätigung ausübt.

(3) Die tarifliche Deckungsrückstellung bezahlen wir, wenn der Versicherungsfall in ursächlichem Zusammenhang steht mit

- kriegerischen Ereignissen, in die Österreich verwickelt wird, oder nuklearen Katastrophen, von denen Österreich betroffen wird,

- der Teilnahme des Versicherten an sonstigen kriegerischen Handlungen oder an Aufruhr, Aufstand und Unruhen auf Seiten der Unruhestifter.

(4) Die tarifliche Deckungsrückstellung bezahlen wir, wenn der Versicherungsfall verursacht wurde

a) durch Alkohol- oder Medikamentenmißbrauch, Drogen, Gift,

b) durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit oder Kräfteverfall, durch absichtliche Selbstverletzung oder durch versuchte Selbsttötung. Wird uns nachgewiesen, dass diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen wurden, besteht voller Versicherungsschutz,

c) durch AIDS oder eine HIV-Infektion (direkt oder indirekt),

d) infolge des Versuches oder der Begehung gerichtlich strafbarer Handlungen durch den Versicherten, für die Vorsatz Tatbestandsmerkmal ist,

e) infolge des Lenkens eines Kraftfahrzeuges ohne die erforderliche kraftfahrrechtliche Berechtigung, die für das Lenken dieses Kraftfahrzeuges auf Straßen mit öffentlichem Verkehr vorgeschrieben ist; dies gilt auch dann, wenn das Kraftfahrzeug nicht auf Straßen mit öffentlichem Verkehr gelenkt wird.

(5) Ohne besondere Vereinbarung bezahlen wir nur die tarifliche Deckungsrückstellung, wenn der Versicherungsfall in ursächlichem Zusammenhang steht mit der

a) Benützung eines Fluggerätes anderer Art, als in Abs (2) genannt (z.B. eines Hängegleiters, Ballons, Sport-Fallschirmes)

b) Benützung eines Fluggerätes in anderer Eigenschaft als in Abs (2) genannt (z.B. Fluglehrer, Flugschüler, Hubschrauberbesatzung, Probe-, Werkstatt-, Agrar-, Kunst-, Wettbewerbs-, Test-, Militärflüge),

c) Ausübung einer gefährlichen Sportart (z.B. Extremklettern, Tiefseetauchen),

d) Teilnahme an Wettfahrten oder zugehörigen Trainingsfahrten in einem Land-, Luft- oder Wasserkraftfahrzeug.

(6) Ohne besondere Vereinbarung bezahlen wir nur die tarifliche Deckungsrückstellung, wenn der Versicherungsfall in ursächlichem Zusammenhang steht mit der Teilnahme an Landes-, Bundes- oder internationalen Wettbewerben auf dem Gebiet des Schilafens, Schispringens, Schibob- oder Skeletonfahrens

sowie am offiziellen Training dazu.

§ 10 entfällt

§ 11 Was ist bei Fälligkeit einer Versicherungsleistung zu beachten?

(1) Leistungen aus dem Vertrag bezahlen wir gegen Übergabe der Versicherungsurkunde.

(2) Im Versicherungsfall sind uns auch vorzulegen:

a) eine Darstellung der Ursache für den Eintritt des Versicherungsfalles und

b) die in § 1b genannten Befunde und

c) ausführliche Berichte der Ärzte, die den Versicherten gegenwärtig behandeln bzw. behandelt und untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art und Verlauf der Krankheit. Ebenso sind uns Berichte von Rehabilitations- und Kurkliniken, in denen Behandlungen vor dem Versicherungsfall stattfanden, vorzulegen.

(3) Im Versicherungsfall hat der Versicherte das Recht außerhalb Österreichs z.B. Ärzte, Fachärzte, Kliniken, Krankenhäuser, Rehabilitationszentren zu Untersuchungen, Diagnosen, Behandlungen, Operationen usw. heranzuziehen. Dann können wir die zur Feststellung unserer Leistungspflicht

erforderlichen Nachweise von einem in Österreich niedergelassenen Facharzt oder von einer Fachklinik auf Kosten des Bezugsberechtigten (siehe § 14) erstellen lassen.

(4) Im Versicherungsfall können wir weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte verlangen. Die Kosten dieser weiteren Untersuchungen tragen wir.

(5) Der Versicherungsfall ist uns vom Versicherungsnehmer sobald wie möglich, jedoch innerhalb von 6 Monaten nach dem Ereignis schriftlich zu melden.

(6) Der Versicherte hat Ärzte, Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten, bei denen er in Behandlung war oder sein wird, sowie Personenversicherer, Sozialversicherer und Behörden zu ermächtigen, uns auf Verlangen Auskunft zu erteilen. Die Ermächtigung zur Auskunftserteilung bezieht sich ausschließlich auf Daten, Umstände und Erkrankungen, die mit dem Versicherungsfall in ursächlichem Zusammenhang stehen.

§ 12 Wo und wie ist die fällige Versicherungsleistung zu erbringen?

(1) Erfüllungsort für die Leistung ist die Generaldirektion.

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

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

§ 13 Was gilt für Erklärungen, die den Versicherungsvertrag betreffen?

(1) Alle Ihre Erklärungen sind gültig, wenn sie schriftlich erfolgen und bei der Generaldirektion eingelangt sind.

(2) Alle Erklärungen, die wir abgeben, sind ebenfalls nur dann gültig, wenn sie schriftlich erfolgen

und firmenmäßig gezeichnet sind. Ihnen gegenüber abgegebene Erklärungen werden wirksam, wenn sie an Ihrer uns bekanntgegebenen Adresse bei Ihrer Anwesenheit zugegangen wären. Wenn Sie Ihren Wohnort wechseln, müssen Sie uns Ihre neue Adresse mitteilen. Andernfalls richten wir unsere Erklärungen an Ihre zuletzt bekannte Adresse.

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

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

§ 14 Wer erhält die Versicherungsleistung?

(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.

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

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

§ 15 Was gilt bei einer Vinkulierung, Verpfändung oder Abtretung?

(1) Im Allgemeinen sind Sie der Verfügungsberechtigte. Sie können Ihren Vertrag vinkulieren, verpfänden oder abtreten.

(2) Eine Vinkulierung, Verpfändung oder Abtretung ist uns gegenüber nur dann wirksam, wenn sie uns schriftlich angezeigt wird.

§ 16 Was ist bei Verlust der Lebensversicherungsurkunde zu tun?

Wenn Sie den Verlust der Lebensversicherungsurkunde schriftlich anzeigen, werden wir Ihnen eine Ersatz-Urkunde ausstellen. Wir können verlangen, dass eine auf den Überbringer (Inhaber) lautende Versicherungsurkunde gerichtlich für kraftlos erklärt wird.

§ 17 Welche Gebühren werden wir berechnen?

Wir werden nur gesetzlich vorgeschriebene Abgaben, Portospesen und Gebühren für Mehraufwendungen, die Sie veranlassen, verlangen.

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

Sie können Ihre Ansprüche aus dem Vertrag innerhalb von drei Jahren geltend machen. Steht der Anspruch einem anderen zu (siehe § 14), so beginnt die Verjährung zu laufen, sobald diesem sein Recht auf die Leistung bekannt geworden ist; auf jeden Fall verjähren die Ansprüche jedoch nach 10 Jahren.

§ 19 entfällt.

§ 20 Welche zusätzlichen Informationen erhalten Sie mit Ihrer Versicherungsurkunde?

Wir geben Ihnen als Bestandteil Ihres Lebensversicherungsvertrages

- die Deckungsrückstellung,
 - den Rückkaufswert und
 - die prämienfreie Versicherungssumme
- im voraus für jedes Versicherungsjahr bekannt.

§ 21 entfällt

§ 22 entfällt

§ 23 Es gelten subsidiär die Versicherungsbedingungen der Hauptversicherung.