

**Versicherungsbedingungen der Pflegerentenversicherung - 2005
(VBPRV2005)**

Versicherungsnehmer ist die Person, die den Versicherungsvertrag mit der OBERÖSTERREICHISCHEN Versicherung AG abschließt.

Versicherte Person ist jene Person, deren Leben versichert ist.

Bezugsberechtigter (Begünstigter) ist die Person, die für den Empfang der Leistung benannt ist.

Versicherer ist die OBERÖSTERREICHISCHE Versicherung AG.

§ 1 Was ist bei der Antragstellung zu beachten?

(1) Als Versicherungsnehmer stellen Sie einen schriftlichen Antrag auf Abschluss eines Lebensversicherungsvertrages. Darin sind alle risikorelevanten Tatsachen anzugeben.

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

(3) Vertragsgrundlage sind die Lebensversicherungsurkunde, der vereinbarte Tarif und die Versicherungsbedingungen. Soweit nichts Abweichendes vereinbart ist, gelten die gesetzlichen Bestimmungen, insbesondere das Versicherungsvertragsgesetz (VersVG), das Allgemeine bürgerliche Gesetzbuch (ABGB) und das Konsumentenschutzgesetz (KSchG).

§ 2 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

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

§ 3 Welche Versicherungsleistungen erbringen wir?

Wird die versicherte Person während der Versicherungsdauer im Sinne des § 4 dieser Bedingungen pflegebedürftig, wird die vereinbarte Versicherungsleistung in Form einer Pflegerente erbracht. Die Rente zahlen wir für die Dauer der Pflegebedürftigkeit, längstens bis zum Tod der versicherten Person, monatlich im Voraus. Eine Ablöse der Rente in Form einer Einmalzahlung ist nicht möglich.

§ 4 Was ist Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen ist gegeben, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfall - die während der Versicherungsdauer eingetreten sind - mindestens vier der sechs im folgenden genannten Grundverrichtungen des täglichen Lebens nicht ohne tägliche Hilfe einer anderen Person verrichten kann.

Der Leistungsfall tritt ein, wenn die Pflegebedürftigkeit 3 Monate ununterbrochen bestanden hat und aus medizinischer Sicht voraussichtlich noch mindestens 6 Monate weiter bestehen wird.

a) Fortbewegen im Zimmer

Hilfebedarf liegt vor, wenn der Versicherte - auch bei Inanspruchnahme einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls - die Unterstützung einer anderen Person für die Fortbewegung benötigt.

b) Aufstehen und Zubettgehen

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

c) An- und Auskleiden

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

d) Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken

Hilfebedarf liegt vor, wenn der Versicherte - auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße - nicht ohne Hilfe einer anderen Person essen oder trinken kann.

e) Waschen, Kämmen und Rasieren

Hilfebedarf liegt vor, wenn der Versicherte von einer anderen Person gewaschen, gekämmt oder rasiert werden muss, da er selbst nicht mehr fähig ist, die dafür erforderlichen Körperbewegungen auszuführen.

f) Verrichten der Notdurft

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

- sich nach dem Stuhlgang nicht allein säubern kann

- seine Notdurft nur unter Zuhilfenahme einer Bettschüssel verrichten kann oder weil
- der Darm oder die Blase nur mit fremder Hilfe entleert werden kann.

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

§ 5 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen und wann ruht die Versicherungsleistung?

(1) Der Versicherungsschutz ist ausgeschlossen, wenn die Pflegebedürftigkeit verursacht ist

- a) unmittelbar oder mittelbar durch Kriegereignisse jeder Art,
- b) durch innere Unruhen, wenn die versicherte Person daran auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat,
- c) mittelbar oder unmittelbar
 - durch jegliche Einwirkung von Nuklearwaffen, chemischen oder biologischen Waffen,
 - durch Kernenergie oder
 - durch den Einfluss ionisierender Strahlen im Sinne der jeweils geltenden Fassung des Strahlenschutzgesetzes, außer jene, die durch Heilbehandlungen aufgrund eines Versicherungsfalles veranlasst waren, verursacht werden;
- d) durch widerrechtliche Handlungen, mit der Sie als Versicherungsnehmer vorsätzlich die Pflegebedürftigkeit der versicherten Person herbeigeführt haben,
- e) durch den Versuch oder die Begehung gerichtlich strafbarer Handlungen durch die versicherte Person, sofern Vorsatz Tatbestandsmerkmal ist,
- f) durch vorsätzliche Herbeiführung von Krankheit oder Kräfteverfall, vorsätzliche Selbstverletzung, missbräuchlichen Drogenkonsum oder aufgrund versuchten Selbstmords.

(2) Ohne besondere Vereinbarung sind wir von der Verpflichtung zur Leistung befreit, wenn die Pflegebedürftigkeit verursacht wurde

- a) infolge der Benutzung von Luftfahrzeugen und Fluggeräten jeder Art, außer zum zivilen Luftverkehr zugelassenen Motor-, Strahlantriebs- und Segelflugzeugen sowie Hubschraubern,
- b) infolge der Ausübung einer Tätigkeit als Pilot, Besatzungsmitglied oder Crew-Mitglied eines Hubschraubers oder Militärfluggerätes jeder Art (solche sind insbesondere Abfangjäger und militärische Fallschirme), sowie als Testpilot oder Kunstflugpilot,
- c) infolge der Ausübung von gefährlichen Sportarten oder Freizeitaktivitäten, die mit Risiken verbunden sind, die über die Gefahren des täglichen Lebens hinausgehen (z.B. Tiefseetauchen, Extremklettern und andere),
- d) infolge der Ausübung jeglicher Sportarten in professioneller Form,
- e) infolge der Teilnahme an Wettfahrten in einem Land-, Luft- oder Wasserfahrzeug oder zugehörigem Training.

(3) Für die Dauer eines notwendigen, stationären Krankenhausaufenthaltes ruht der Anspruch auf Rentenzahlung.

§ 6 Was haben Sie zu beachten, wenn Pflegebedürftigkeit geltend gemacht wird?

(1) Werden Leistungen aus diesem Vertrag verlangt, so sind uns unverzüglich auf Kosten des Ansprucherhebenden folgende Unterlagen einzureichen:

- a) eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Pflegebedürftigkeit,
- b) ausführliche Berichte der Ärzte, die die versicherte Person gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit,
- c) eine Bescheinigung über Art, Umfang und voraussichtlicher Dauer der Pflege.

(2) Wir können außerdem weitere Untersuchungen und Gutachten durch von uns beauftragte Ärzte sowie notwendige Nachweise verlangen, insbesondere zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen. Diese Untersuchungskosten werden von uns getragen, nicht jedoch die Reise- und Aufenthaltskosten.

(3) Die versicherte Person hat Ärzte, Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten sowie Pflegeheime, Sanatorien, Versorgungs- und Fürsorgeämter sowie andere Personenversicherer, Sozialversicherungsträger und Behörden zu ermächtigen, uns auf Verlangen Auskunft zu erteilen. Die befragten Personen sind von ihrer Schweigepflicht uns gegenüber zu befreien.

(4) Wir können verlangen, dass uns ein amtlicher Nachweis vorgelegt wird, dass die versicherte Person am Fälligkeitstag einer Rentenzahlung gelebt hat. Zu Unrecht empfangene Rentenzahlungen müssen an uns zurückgezahlt werden.

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

(1) Wir sind verpflichtet, innerhalb dreier Monate zu erklären, ob, in welchem Umfang und für welchen Zeitraum wir eine Leistungspflicht anerkennen. Diese Frist beginnt mit dem Eingang der Unterlagen, die uns der Anspruchsberechtigte zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit vorzulegen hat (§ 6 Abs. 1), und

der von uns angeforderten Untersuchungsergebnisse und Gutachten (§ 6 Abs. 2) zu laufen.

(2) Steht die Leistungspflicht fest, ist die Leistung fällig. Die Fälligkeit der Leistung tritt jedoch unabhängig davon ein, wenn der Anspruchsberechtigte nach Ablauf zweier Monate seit Anspruchserhebung eine Erklärung von uns verlangt, aus welchen Gründen die Erhebungen noch nicht beendet werden konnten, und wir diesem Verlangen nicht binnen eines Monats entsprechen.

(3) Bis zur Erklärung unserer Leistungspflicht sind die Prämien weiter zu bezahlen; wir werden diese Prämien jedoch bei Anerkennung der Leistungspflicht zurückzahlen.

§ 8 Was gilt für die Nachprüfung der Pflegebedürftigkeit?

(1) Nach Anerkennung oder Feststellung unserer Leistungspflicht sind wir berechtigt, das Fortbestehen und den Grad der Pflegebedürftigkeit nachzuprüfen.

(2) Zur Nachprüfung können wir jederzeit sachdienliche Auskünfte und einmal jährlich umfassende Untersuchungen des Versicherten durch von uns zu beauftragende Ärzte verlangen. Die Kosten dafür werden von uns getragen, nicht jedoch die Reise- und Aufenthaltskosten.

(3) Eine Minderung der Pflegebedürftigkeit und einen stationären Krankenhausaufenthalt müssen Sie uns unverzüglich mitteilen.

(4) Ist die Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen weggefallen, stellen wir unsere Leistungen ein. Die Einstellung teilen wir dem Anspruchsberechtigten unter Hinweis auf seine Rechte aus § 10 mit; sie wird nicht vor Ablauf eines Monats nach Absenden dieser Mitteilung wirksam.

§ 9 Wie wird bei Meinungsverschiedenheiten verfahren (Ärztekommission)?

(1) Im Fall von Meinungsverschiedenheiten über das Vorliegen, den Fortbestand oder den Wegfall der Voraussetzungen eines Versicherungsfalles (Pflegebedürftigkeit nach Maßgabe des § 4) sowie die Dauer der Pflegebedürftigkeit entscheidet eine Ärztekommision.

(2) Sie können innerhalb von 6 Monaten nach Zugang unserer Erklärung Widerspruch erheben und mit Vorlage eines medizinischen Gutachtens die Entscheidung der Ärztekommision beantragen.

(3) Das Recht, die Entscheidung der Ärztekommision zu beantragen, steht auch uns zu.

(4) Für die Ärztekommision bestimmen Sie und wir je einen in der österreichischen Ärzteliste eingetragenen Arzt mit ius practicandi (Recht zur Berufsausübung). Wenn eine der beiden Parteien innerhalb zweier Wochen nach schriftlicher Aufforderung keinen Arzt benennt, wird dieser von der österreichischen Ärztekammer bestellt. Die beiden Ärzte bestellen einvernehmlich vor Beginn ihrer Tätigkeit einen weiteren Arzt als Obmann, der für den Fall, dass sie sich nicht oder nur zum Teil einigen sollten, im Rahmen der durch die Gutachten der beiden Ärzte gegebenen Grenzen entscheidet. Einigen sich die beiden Ärzte über die Person des Obmannes nicht, wird ein für den Versicherungsfall zuständiger medizinischer Sachverständiger durch die österreichische Ärztekammer als Obmann bestellt.

(5) Die versicherte Person ist verpflichtet, sich von den Ärzten der Kommission untersuchen zu lassen und sich jenen Maßnahmen zu unterziehen, die diese Kommission für notwendig hält.

(6) Die Ärztekommision hat über ihre Tätigkeit ein Protokoll zu führen; in diesem ist die Entscheidung schriftlich zu begründen. Bei Nichteinigung hat jeder Arzt seine Auffassung im Protokoll gesondert darzustellen. Ist eine Entscheidung durch den Obmann erforderlich, begründet auch er sie in einem Protokoll. Die Akten des Verfahrens werden von uns verwahrt.

(7) Die Kosten der Ärztekommision werden von ihr festgesetzt und sind im Verhältnis des Obsiegens der beiden Parteien zu tragen.

§ 10 Wie und bis wann können Sie bei Meinungsverschiedenheiten Rechte geltend machen?

(1) Sind Sie mit unseren Entscheidungen nicht einverstanden, können Sie oder wir die Entscheidung einer Ärztekommision (Schiedsgutachterverfahren) nach Maßgabe des § 9 beantragen oder innerhalb eines Jahres nach Zugang unserer Erklärung den Anspruch gerichtlich geltend machen. Während eines Schiedsgutachterverfahrens ist der Ablauf dieser Frist gehemmt.

(2) Verstreicht diese Frist, ohne dass trotz Rechtsbelehrung bei Gericht Klage erhoben wurde, so sind weitergehende Ansprüche, als wir sie anerkannt haben, ausgeschlossen (§ 12 Abs. 3 VersVG).

§ 11 Was gilt bei Aufenthalt im Ausland?

(1) Der Versicherungsschutz für die Pflegerentenversicherung gilt weltweit.

(2) Die ärztlichen Nachweise gemäß § 6 und § 8 zum Eintritt und Fortbestehen der Pflegebedürftigkeit müssen von einem innerhalb Österreichs zugelassenen Arzt erstellt werden, sofern wir nicht anlässlich einer Leistungsprüfung oder der weiteren Nachprüfung im Einzelfall abweichende Vereinbarungen mit Ihnen treffen.

§ 12 Was gilt bei einer Verletzung der Anzeigepflicht?

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

(2) Wenn das Pflegebedürftigkeitsrisiko 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.

Nach dieser Frist können wir vom Vertrag nur zurücktreten, wenn die Pflegebedürftigkeit innerhalb der ersten drei Jahre nach Abschluss, letzter Änderung oder Wiederherstellung eintritt, die Anzeige aber erst später erfolgt und die Anzeigepflicht schuldhaft verletzt wurde.

Wir werden den Rücktritt innerhalb eines Monats ab Kenntnis der Unrichtigkeit oder Unvollständigkeit der Angaben erklären.

Wir können nicht vom Vertrag zurücktreten, wenn

- wir von der Unrichtigkeit oder Unvollständigkeit der Angaben Kenntnis hatten, oder
- der verschwiegene Umstand keinen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalles hatte.

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

(5) Wenn wir den Vertrag anfechten oder vom Vertrag zurücktreten, erlischt die Versicherung und wir zahlen, sofern vorhanden, den tariflichen Rückkaufswert.

(6) Solange die Bestimmungen der §§ 6 oder 8 nicht erfüllt werden, erlischt die Leistungspflicht nach Maßgabe des § 6 VersVG.

§ 13 Wie berechnen wir die Prämie?

(1) Die Prämie richtet sich nach dem Tarif, dem Alter und dem Geschlecht der versicherten Person. Das Beitrittsalter ist das rechnermäßige Alter der versicherten Person zum Beginn der Versicherung. Dabei wird ein begonnenes Lebensjahr als voll gerechnet, wenn davon am Tag, an welchem laut Versicherungsurkunde das erste Versicherungsjahr beginnt, mehr als 6 Monate vergangen sind. Bei erhöhtem Risiko können Zusatzprämien oder besondere Bedingungen vereinbart werden.

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

§ 14 Was ist bei der Prämienzahlung wichtig?

(1) Die Prämien sind Jahres- oder einmalige Prämien, 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 oder eine einmalige Prämie wird mit Zustellung der Lebensversicherungsurkunde, 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 Lebensversicherungsurkunde angegebenen Fälligkeitstag, zu bezahlen.

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

§ 15 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.

§ 16 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) Die nach einer Teilkündigung verbleibende prämienpflichtige vertragliche Jahresrente darf einen Betrag von EUR 180,- nicht unterschreiten.

(3) Sobald tariflich ein Rückkaufswert nach Maßgabe des Abs. 5 vorhanden ist, können Sie den Vertrag

entweder prämienfrei stellen oder die Auszahlung des Rückkaufswertes verlangen.

(4) Eine Prämienfreistellung gemäß Abs. 3 ist nur möglich, wenn die jährliche prämienfreie Pflögerente mindestens einen Betrag von EUR 180,- erreicht. Die prämienfreie Pflögerente errechnen wir nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik. Der für die Bildung der prämienfreien Rente zur Verfügung stehende Betrag mindert sich um einen Abzug in Höhe von 2 % des Betrages sowie um rückständige Prämien. Wird die Mindestrente nicht erreicht, so wird ein Rückkauf durchgeführt.

(5) Als Rückkaufswert aus zahlen wir die um einen Abzug in Höhe von 5 % verminderte Deckungsrückstellung. Allfällige rückständige Prämien ziehen wir vom Rückkaufswert ab. Die Deckungsrückstellung entspricht nicht der Summe der bezahlten Prämien. Sie errechnet sich wegen des gebotenen Versicherungsschutzes, der abgeführten Versicherungssteuer sowie den angefallenen Abschluss- und Verwaltungskosten auf den jeweils aktuellen Wert nach den im Geschäftsplan bestimmten tariflichen Grundsätzen.

(6) Die der Police beigeschlossene Tabelle zeigt die Entwicklung der Rückkaufswerte und der prämienfreien Versicherungsleistungen.

(7) Auf Verträge mit bereits laufenden Rentenzahlungen finden die Absätze 1 bis 5 keine Anwendung.

§ 17 Was ist bei Fälligkeit einer Versicherungsleistung zu beachten?

(1) Leistungen aus diesem Vertrag bezahlen wir gegen Übergabe der Lebensversicherungsurkunde.

(2) Wir werden Rentenzahlungen auf ein in Österreich geführtes Pensionskonto des Bezugsberechtigten überweisen. Ansonsten können wir verlangen, dass uns ein amtlicher Nachweis vorgelegt wird, dass die versicherte Person am Fälligkeitstag der Rentenzahlung gelebt hat. Zu Unrecht empfangene Rentenzahlungen müssen an uns zurückgezahlt werden.

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

(1) Erfüllungsort für die Leistung ist die Generaldirektion des Versicherers.

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

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

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

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

(2) Alle Erklärungen des Versicherers, sind - unbeschadet der Rechtswirksamkeit formloser Erklärungen gegenüber Verbrauchern im Sinne des Konsumentenschutzgesetzes - nur dann gültig, wenn sie schriftlich erfolgen und firmenmäßig gezeichnet sind. Ihnen gegenüber abgegebene Erklärungen werden wirksam, sobald sie an Ihre angegebene Adresse zugegangen sind. Wenn Sie Ihren Wohnort wechseln, ist dem Versicherer die neue Adresse bekannt zu geben, andernfalls werden an Sie gerichtete Erklärungen durch Zustellung an Ihre zuletzt bekannt gegebene Adresse wirksam.

(3) Wenn Sie einen Wohnort außerhalb der Mitgliedsstaaten des EWR oder der Schweiz annehmen, müssen Sie uns eine Person innerhalb Österreichs nennen, die bevollmächtigt ist, 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.

§ 20 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 durch schriftliche Mitteilung an den Versicherer ändern.

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

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

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

Sofern Sie verfügungsberechtigt sind, können Sie Ihren Vertrag vinkulieren, verpfänden oder abtreten. Eine Vinkulierung, Verpfändung oder Abtretung ist uns gegenüber nur dann wirksam, wenn sie uns schriftlich angezeigt wird. Eine Vinkulierung bedarf zur ihrer Wirksamkeit darüber hinaus unserer Zustimmung.

§ 22 Was ist bei Verlust der Lebensversicherungsurkunde zu tun?

Wenn Sie den Verlust der Lebensversicherungsurkunde schriftlich anzeigen, werden wir Ihnen eine Ersatz-Urkunde ausstellen. Ist der Überbringer (Inhaber) der Lebensversicherungsurkunde anspruchsberechtigt, so können wir verlangen, dass die Originalurkunde gerichtlich für kraftlos erklärt wird.

§ 23 Welche Gebühren werden wir berechnen?

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

§ 24 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 (§ 20), so beginnt diese Frist zu laufen, sobald diesem sein Recht auf die Leistung bekannt geworden ist. Auf jeden Fall verjähren die Ansprüche aus dem Vertrag jedoch nach Ablauf von 10 Jahren.

§ 25 Wie sind Sie am Gewinn beteiligt?

Die Pfliegerentenversicherung ist nicht gewinnberechtigt.

§ 26 Welche zusätzlichen Informationen erhalten Sie mit Ihrer Lebens-versicherungsurkunde?

Wir geben Ihnen als Bestandteil Ihres Lebensversicherungsvertrages

- die Deckungsrückstellung,
- den Rückkaufswert und
- die prämienfreie Versicherungssumme

im Voraus für jedes Versicherungsjahr der Prämienzahlungsdauer bekannt.