

Versicherungsbedingungen

für die Pflegerentenversicherung - 2009

VBPR2009.2

Inhaltsverzeichnis

- Sprachliche Gleichbehandlung, Verweise, Begriffsbestimmungen
- § 1 Leistungen des Versicherers im Versicherungsfall
- § 2 Definition und Bewertung von Pflegebedürftigkeit und Demenz
- § 3 Pflichten des Versicherungsnehmers
- § 4 Umfang des Versicherungsschutzes
- § 5 Beginn des Versicherungsschutzes
- § 6 Bestimmungen über Prämien (Risikoprämie, Kosten, Anpassung) und Gebühren
- § 7 Gewinnbeteiligung
- § 8 Anspruchstellung und Mitwirkungspflichten
- § 9 Erklärungen über die Leistungspflicht und Fälligkeit der Leistung
- § 10 Nachprüfung von Pflegebedürftigkeit und Demenz
- § 11 Meinungsverschiedenheiten
- § 12 Kündigung und Rückkauf
- § 13 Kündigung und Umwandlung in eine prämienfreie Versicherung
- § 14 Vinkulierung, Verpfändung und Abtretung
- § 15 Erklärungen
- § 16 Bezugsberechtigung
- § 17 Verjährung
- § 18 Vertragsgrundlagen
- § 19 Anwendbares Recht
- § 20 Aufsichtsbehörde
- § 21 Erfüllungsort
- § 22 Option auf eine Vorauszahlung auf erstes Anfordern
- § 23 Option auf Umstieg vom Modell Grundschutz auf Komfortschutz

Sprachliche Gleichbehandlung

Soweit im Folgenden personenbezogene Bezeichnungen nur in männlicher Form angeführt sind, beziehen sie sich auf Frauen und Männer in gleicher Weise.

Verweise

Wird im Folgenden auf gesetzliche Bestimmungen verwiesen, so sind diese im Anschluss an diese Bedingungen im vollständigen Wortlaut wiedergegeben. Verweise auf Paragraphen ohne nähere Angabe beziehen sich auf diese Bedingungen.

Begriffsbestimmungen

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

Beginn des Versicherungsjahres

ist der Jahrestag des in der Versicherungsurkunde angeführten Versicherungsbeginns (Beginns der Versicherungsdauer). An diesem Tag werden Ihrem Vertrag jährlich ab dem 3. Versicherungsjahr Gewinnanteile gutgeschrieben, sofern nach Maßgabe dieser Bedingungen ein Anspruch besteht.

Bezugsberechtigter

ist die Person, die für den Empfang der Leistung des Versicherers genannt ist.

Bilanzstichtag

ist jener Stichtag, zu dem unsere Bilanz erstellt wird; das ist der 31.12. jedes Jahres. Zu diesem Stichtag werden Überschüsse aus der Rückstellung für Gewinnbeteiligung zugewiesen.

Deckungsrückstellung

Die Deckungsrückstellung ergibt sich aus der Summe der einbezahlten Prämien abzüglich der Abschlusskosten und der Prämienanteile für Verwaltungskosten, Steuern und Übernahme des versicherten Risikos zuzüglich der Verzinsung der Sparprämien mit dem garantierten Rechnungszinssatz. Der Versicherer bildet mit diesem Wert eine Rückstellung in seiner Bilanz zur Deckung des vertraglich vereinbarten Anspruchs des Begünstigten (daher der Name "Deckungsrückstellung").

Form von Erklärungen

Wird für eine Erklärung die **Schriftform** verlangt, so bedeutet dies, dass dem Erklärungsempfänger das Original dieser Erklärung mit eigenhändiger Unterschrift des Erklärenden zugehen muss. Wird für eine Erklärung nur die **geschriebene Form** verlangt, so kann der Erklärungstext in Schriftzeichen

auf beliebige Art übermittelt werden (z.B. Telefax, E-Mail), sofern die Person des Erklärenden eindeutig daraus hervorgeht.

Gewinnbeteiligung

entspricht den Ihrem Vertrag gutgeschriebenen Überschüssen, die die garantierte Versicherungsleistung (Pflegerente, Rückkaufswert) erhöhen.

Nettoprämie

ist die jährliche Versicherungsprämie ohne Versicherungssteuer und ohne allfällige Unterjährigkeitszuschläge.

Nettoprämiensumme

ist die Summe der Nettoprämien über die gesamte vereinbarte Prämienzahlungsdauer.

Rückkaufswert

ist die garantierte Leistung des Versicherers, wenn der Vertrag vorzeitig gekündigt (rückgekauft) wird. Nach Anfall einer Pflegerente oder nach Vollendung des 85. Lebensjahres besteht kein Anspruch auf Auszahlung eines Rückkaufswertes.

Rückstellung für Gewinnbeteiligung

ist eine Rückstellung in unserer Bilanz, der jährlich Überschüsse in der vom Vorstand erklärten und im Geschäftsbericht veröffentlichten Höhe zugewiesen werden.

Selektionsabschlag

ist jener Abschlag, der im Falle eines Rückkaufs von der Deckungsrückstellung in Abzug gebracht wird. Er beträgt 25 % der Deckungsrückstellung und steigt ab dem Versicherungsjahr, in dem die versicherte Person das 70. Lebensjahr vollendet, um 5 Prozentpunkte pro Jahr, sodass er ab dem 85. Lebensjahr 100 % beträgt.

Tarif (Geschäftsplan)

ist eine detaillierte Aufstellung der der Finanzmarktaufsicht vorgelegten Bestimmungen und versicherungsmathematischen Formeln, anhand jener die Leistung des Versicherers und die Gegenleistung des Versicherungsnehmers (Versicherungsprämie) zu berechnen sind.

Versicherer

ist die Oberösterreichische Versicherung AG
Generaldirektion: 4020 Linz, Gruberstraße 32
Firmensitz: Linz - Firmenbuchnummer: FN 36941a, LG Linz
Homepage im Internet: www.keinesorgen.at

Versicherte Person

ist die Person, für die der Versicherungsschutz übernommen wird.

Versicherungsnehmer

ist der Vertragspartner des Versicherers und Träger der Rechte und Pflichten aus dem Versicherungsvertrag.

Versicherungsprämie

ist das vom Versicherungsnehmer zu zahlende Entgelt.

Versicherte Rente

ist die garantierte Leistung des Versicherers im Falle der Pflegebedürftigkeit oder einer Demenzerkrankung. Je nach Umfang der Pflegebedürftigkeit oder Schwere der Demenzerkrankung besteht Anspruch auf den unten definierten Prozentsatz dieser Rente.

§ 1 Leistungen des Versicherers im Versicherungsfall

(1) Wird die versicherte Person während der Versicherungsdauer pflegebedürftig oder erkrankt sie an Demenz, so wird nach Maßgabe der nachstehenden Bedingungen für die Dauer der nachgewiesenen Pflegebedürftigkeit oder Demenzerkrankung eine monatliche Rente bezahlt. Bei Vorliegen eines Leistungsanspruches zahlen wir die Rente monatlich im Voraus, längstens bis zum Tod der versicherten Person.

(2) Der Anspruch auf die Rente und deren Höhe sind abhängig von
- dem Umfang der Pflegebedürftigkeit oder der Schwere der Demenzerkrankung,
- dem vereinbarten Versicherungsmodell -; Grundschatz oder Komfortschutz -;;
welches Sie Ihrer Versicherungsurkunde entnehmen können.

Der Umfang der Pflegebedürftigkeit wird nach den Leistungsklassen gemäß § 2 Absatz 1 nach Maßgabe des jeweiligen Versicherungsmodells abgestuft, die Schwere einer Demenzerkrankungen nach der Global Deteriation Scale nach Reisberg (§ 2 Absatz 4).

a) Modell Komfortschutz:

Wir zahlen bei Vorliegen von

- Pflegebedürftigkeit im Ausmaß von Leistungsstufe I:	50 %
- Pflegebedürftigkeit im Ausmaß von Leistungsstufe II:	75 %
- Pflegebedürftigkeit im Ausmaß von Leistungsstufe III oder mittelschwerer oder schwerer Demenz:	100 %

der versicherten Rente.

b) Modell Grundschatz:

Wir zahlen bei Vorliegen von

- Pflegebedürftigkeit im Ausmaß von Leistungsstufe I:	0 %
- Pflegebedürftigkeit im Ausmaß von Leistungsstufe II:	0 %

- Pflegebedürftigkeit im Ausmaß von Leistungsstufe III
oder schwerer Demenz: 100 %
der versicherten Rente.
Bei Erkrankung an mittelschwerer Demenz besteht kein Anspruch auf eine
Versicherungsleistung.

(3) Mindert sich der Umfang der Pflegebedürftigkeit oder die Schwere der Demenzerkrankung, so verringert sich die Rente entsprechend oder sie entfällt zur Gänze, wenn die Voraussetzungen für eine Leistung nicht mehr gegeben sind.

(4) Während der Leistung einer Rente ruht die Pflicht des Versicherungsnehmers zur Zahlung der Versicherungsprämien. Wird die Zahlung der Rente im Sinne von Absatz 3 beendet, lebt die Prämienzahlungspflicht wieder auf.

(5) Sofern nicht im Einzelnen etwas anderes vereinbart wurde, ruht der Anspruch auf Auszahlung einer Rente, wenn die versicherte Person während des Bezugs der Rente ihren gewöhnlichen Aufenthalt für länger als ein Jahr außerhalb Österreichs annimmt.

(6) Eine Kumulierung von Leistungen bei Pflegebedürftigkeit und Demenz ist nicht möglich. Die höchstmögliche Rentenanspruch beträgt daher, abgesehen von einer allfälligen Erhöhung durch die Gewinnbeteiligung, 100 % der versicherten Rente.

(7) Bei Vorliegen eines Leistungsanspruches wird die bis zu diesem Zeitpunkt zugeteilte Gewinnbeteiligung in Form einer zusätzlichen Rente nach Maßgabe des § 7 Absatz 4 ausbezahlt.

(8) Stirbt die versicherte Person, ohne dass zu diesem Zeitpunkt eine Rentenleistung im Sinne der vorstehenden Absätze erbracht wird, so wird die bis zum Zeitpunkt des Ablebens zugeteilte Gewinnbeteiligung nach Maßgabe des § 7 Absatz 4 als Einmalzahlung ausbezahlt.

§ 2 Definition und Bewertung von Pflegebedürftigkeit und Demenz

(1) **Pflegebedürftigkeit** liegt vor, wenn die versicherte Person infolge von Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls - die während der Dauer der Versicherung entstanden und ärztlich nachzuweisen sind - voraussichtlich mindestens 6 Monate hindurch ununterbrochen so hilflos ist, dass sie

- für 3 von 6 bei Leistungsstufe I
- für 4 von 6 bei Leistungsstufe II oder
- für mindestens 5 von 6 bei Leistungsstufe III

der im Folgenden genannten sechs Grundverrichtungen des täglichen Lebens auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel in erheblichem Umfang täglich der Hilfe einer anderen Person bedarf.

(2) Bei der Feststellung des Umfangs der Pflegebedürftigkeit wird nachstehende Tabelle der Grundverrichtungen des täglichen Lebens zugrunde gelegt:

a) **Fortbewegen im Zimmer**

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

b) **Aufstehen und Zubettgehen**

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

c) **An- und Auskleiden**

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person - auch bei Benutzung einer krankengerechten Kleidung - sich nicht ohne Hilfe einer anderen Person an- oder auskleiden kann oder gegebenenfalls ein medizinisches Korsett oder eine Prothese nicht selbständig an- oder ablegen kann.

d) **Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken**

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person - auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße - zubereitete und servierte Mahlzeiten sowie bereitgestellte Getränke nicht ohne Hilfe einer anderen Person einnehmen kann; Hilfebedarf liegt auch vor, wenn medizinisch indizierte Ernährung über Sonden notwendig ist.

e) **Körperhygiene (Waschen, Kämmen und Rasieren)**

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person - auch bei Benutzung von Hilfsmitteln wie Wannengriffen oder einem Wannenaufzug - sich nicht ohne Hilfe einer anderen Person so waschen kann, dass ein angemessenes Maß an Körperhygiene gewahrt bleibt. Die Unfähigkeit, ins Badezimmer zu gelangen, gilt nicht als Hilfebedarf.

f) **Verrichten der Notdurft**

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person die Unterstützung einer anderen Person benötigt, da sie

- sich nach dem Stuhlgang nicht allein säubern kann,
- ihre Notdurft nur unter Zuhilfenahme einer Bettschüssel verrichten kann oder
- sie den Darm oder die Blase nur mit fremder Hilfe entleeren kann.

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

(3) Bei der Beurteilung des Pflegebedarfes von **Kindern unter 7 Jahren** ist nur jenes Maß an Pflege zu berücksichtigen, das über das gewöhnliche Ausmaß der erforderlichen Pflege von gleichaltrigen Kindern mit altersüblicher Entwicklung hinausgeht.

(4) Als **Demenz** bezeichnet man den fortschreitenden Verlust erworbener Fähigkeiten des Gehirns. Hierzu gehören Gedächtnisfunktionen, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen. Die kognitiven Beeinträchtigungen sind häufig begleitet von einer Verschlechterung der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens oder der Motivation. Für die Einstufung des Schweregrades einer Demenzerkrankung wird die sogenannte Reisberg-Skala, die "Global Deterioration Scale" (GDS), die den Verlauf der Erkrankung in 7 Stufen (von Stufe 1 "keine" bis Stufe 7 "sehr schwere" kognitive Leistungseinbußen) beschreibt, herangezogen. Sollte die Reisberg-Skala in Zukunft aufgrund der Weiterentwicklung in der medizinischen Forschung nicht mehr dem allgemeinen medizinischen Standard entsprechen, wird jene Methode zur Beurteilung herangezogen, die sich nach dem aktuellen Stand der Demenzforschung am besten für die Einstufung des Schweregrads einer Demenzerkrankung eignet. Anspruch auf eine Versicherungsleistung besteht je nach vereinbarten Versicherungsmodell (§ 1), wenn mittelschwere oder schwere Demenz diagnostiziert wurde.

a) **Mittelschwere Demenz:**

Es muss mindestens ein Schweregrad 5 "mittelschwere kognitive Leistungseinbußen" ermittelt über die Global Deterioration Scale (GDS 5) nach Reisberg vorliegen.

In diesem Stadium können unter anderem folgende beispielhafte Leistungseinbußen auftreten:

- Patient kommt ohne fremde Hilfe nicht mehr zurecht, kann sich kaum an relevante Lebensaspekte erinnern, z. B. Adressen, Telefonnummern, Namen der Angehörigen.
- Häufig ist Desorientierung zu Zeit oder Ort.
- Patient erinnert sich noch an Fakten, an Namen, auch des Partners oder der Kinder.
- Braucht keine Hilfe beim Toilettengang oder Essen, kann aber Schwierigkeiten bei der Auswahl situationsgerechter Kleidung haben.

b) **Schwere Demenz:**

Es muss mindestens ein Schweregrad 6 "schwere kognitive Leistungseinbußen" ermittelt über die Global Deterioration Scale (GDS 6) nach Reisberg vorliegen.

In diesem Stadium können unter anderem folgende beispielhafte Leistungseinbußen auftreten:

- Patient kann gelegentlich Namen des Partners vergessen, von dem Überleben abhängt.
- Keine Kenntnis kurz zurückliegender Ereignisse und Erfahrungen. Lückenhafte Erinnerung an eigene Vergangenheit. Jahreszeiten werden nicht wahrgenommen.
- Kann Hilfe bei alltäglichen Verrichtungen benötigen, bspw. inkontinent werden.
- Der Tag-Nacht-Rhythmus ist häufig gestört.
- Häufig können noch bekannte von unbekanntem Personen unterschieden werden.
- Verschiedene Persönlichkeits- und Gefühlsstörungen - Verfolgungsgedanken, Zwangssymptome, Angst, Unruhe und früher nicht bekannte Aggressivität, fehlender Willensantrieb - treten in den Vordergrund.

(5) Eine Pflegebedürftigkeit oder Demenzerkrankung ist ärztlich nachzuweisen. Die Diagnose einer mittelschweren oder schweren Demenz ist durch eine Facharzt für Neurologie auf Basis einer ausführlichen Befunderhebung mit körperlicher und psychopathologischer Untersuchung und unter Verwendung psychometrischer Tests zu bestätigen. Zur Bestätigung der Diagnose können wir auf unsere Kosten zusätzliche Untersuchungen oder Gutachten verlangen.

(6) Die Versicherungsleistung ist fällig, wenn die Pflegebedürftigkeit oder Demenzerkrankung mindestens 6 Monate ununterbrochen bestanden hat. In diesem Fall wird die Rente rückwirkend ab dem ärztlich nachgewiesenen Beginn der Pflegebedürftigkeit oder Demenzerkrankung ausbezahlt. Eine rückwirkende Auszahlung von Rentenansprüchen, die zum Zeitpunkt der Meldung des Versicherungsfalles in geschriebener Form bereits verjährt waren (§ 17), kann nicht verlangt werden.

(7) Vorübergehende akute Erkrankungen oder Besserungen führen zu keiner Änderung der Rentenleistung. Eine Erkrankung oder Besserung gilt dann nicht als vorübergehend, wenn sie nach Ablauf von drei Monaten weiter andauert.

§ 3 Pflichten des Versicherungsnehmers

(1) Sie sind verpflichtet den Antrag und die damit verbundenen Fragen wahrheitsgemäß und vollständig zu beantworten. Wenn eine andere Person versichert werden soll, ist auch diese für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung aller Fragen verantwortlich.

Tritt zwischen der Antragstellung und der Annahme des Antrages eine Erhöhung der Gefahr ein, so hat der Versicherungsnehmer, sobald er von der Gefahrenerhöhung Kenntnis erlangt, diese dem Versicherer unverzüglich in geschriebener Form zur Kenntnis zu bringen. Als Erhöhung der Gefahr gilt insbesondere eine erhebliche Erkrankung oder Verletzung der zu versichernden Person.

(2) Werden Fragen schuldhaft unrichtig oder unvollständig beantwortet, können wir innerhalb von drei Jahren nach Abschluss, Wiederherstellung oder Leistungserhöhender Änderung des Vertrages zurücktreten. Tritt der Versicherungsfall innerhalb dieser drei Jahre ein, können wir auch nach Ablauf dieser Frist 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 wir von der Unrichtigkeit oder Unvollständigkeit der Angaben bzw. vom Eintritt des Versicherungsfalles Kenntnis hatten oder der verschwiegene Umstand keinen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalles hatte. Bei arglistiger Täuschung können wir den Vertrag auch nach Ablauf der Dreijahresfrist, innerhalb von dreißig Jahren seit Abschluss, Wiederherstellung oder einer die Leistungspflicht des Versicherers erweiternden Änderung des Vertrages, anfechten. Wenn wir den Vertrag anfechten oder vom Vertrag zurücktreten leisten wir den Rückkaufswert. Schuldhaft unrichtige oder unvollständige Angaben können darüber hinaus nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen zum Verlust des Versicherungsschutzes führen, sodass wir im Versicherungsfall nur den Rückkaufswert leisten.

(3) An Ihren Antrag sind Sie sechs Wochen ab Antragstellung gebunden. Die Frist beginnt mit dem Tag der Antragstellung.

(4) Sie sind verpflichtet, die vereinbarten **Versicherungsprämien** (einmalige oder laufende Prämien) an uns kostenfrei und rechtzeitig zu bezahlen. Eine Stundung von Prämien muss mit uns im Einzelnen ausgehandelt und in geschriebener Form vereinbart werden.

(5) Laufende Prämien sind Jahresprämien. Sie können nach Vereinbarung auch in halbjährlichen, vierteljährlichen oder monatlichen Raten bezahlt werden, dann jedoch mit einem Unterjährigkeitszuschlag, der als Prozentsatz der Prämie in der Versicherungsurkunde ausgewiesen ist. Im Versicherungsfall (§ 1) werden bereits fällige und die im laufenden Versicherungsjahr noch fällig werdenden Prämien in Abzug gebracht.

(6) Die erste oder einmalige Prämie wird mit Zustellung der Versicherungsurkunde, nicht aber vor Versicherungsbeginn **fällig** und ist sodann innerhalb von zwei Wochen zu bezahlen. Folgeprämien sind innerhalb von zwei Wochen jeweils ab dem in der Versicherungsurkunde angegebenen Fälligkeitstag zu bezahlen.

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

(8) Wenn Sie eine Folgeprämie nicht rechtzeitig bezahlen, erhalten Sie eine Mahnung. Bezahlen Sie den Rückstand nicht innerhalb der in der Mahnung festgesetzten Frist von mindestens zwei Wochen, können wir den Vertrag zum Ablauf der festgesetzten Frist kündigen, es sei denn Sie waren an der rechtzeitigen Zahlung ohne Verschulden verhindert. Im Falle unserer Kündigung entfällt oder vermindert sich Ihr Versicherungsschutz auf die prämienfreie Versicherungsleistung (§ 13 Absatz 2).

(9) Während Versicherungszeiten, in denen ein Anspruch auf eine Rentenleistung besteht, sind Sie verpflichtet, uns einen Auslandsaufenthalt der versicherten Person von länger als einem Jahr unverzüglich in geschriebener Form mitzuteilen.

§ 4 Umfang des Versicherungsschutzes

(1) Es besteht Versicherungsschutz nach Maßgabe der nachstehenden Bestimmungen weltweit und unabhängig davon auf welcher Ursache der Versicherungsfall beruht.

(2) Voller Versicherungsschutz besteht insbesondere dann, wenn der Versicherungsfall verursacht wurde infolge

- a) der Benutzung eines zum zivilen Luftverkehr zugelassenen Motor-, Strahlantriebs-, Segelflugzeuges oder Hubschraubers (Personenbeförderung) **als Fluggast**,
- b) der Benutzung eines zur Personenbeförderung eingesetzten Militärflugzeuges oder Militärhubschraubers **als ziviler Fluggast**,
- c) der Benutzung eines zum zivilen Luftverkehr zugelassenen Motorflugzeuges (nicht jedoch eines Hubschraubers), eines Strahlantriebs- oder Segelflugzeuges, wenn der Versicherte die behördlich vorgeschriebenen Genehmigungen für die von ihr ausgeübten Tätigkeiten besitzt, **als Mitglied der Besatzung**,
- d) eines Fallschirmabsporges, der zur Rettung des eigenen Lebens ausgeführt wurde.

(3) Nur den Rückkaufswert bezahlen wir, sofern nicht im Einzelnen etwas anderes vereinbart wurde, wenn der Versicherungsfall verursacht wurde infolge

- a) der Benutzung eines Fluggerätes anderer Art, als der in Absatz 2 genannten (z.B. eines Hängegleiters, Ballons, Sportfallschirmes),
- b) der Benutzung eines Fluggerätes in anderer Eigenschaft als in Absatz 2 genannt (z.B. Fluglehrer, Flugschüler, Hubschrauberbesatzung, Probe-, Werkstatt-, Agrar-, Kunst-, Wettbewerbs-, Test-, Militärflüge),

- c) der Teilnahme an Wettfahrten oder zugehörigen Trainingsfahrten in einem Land-, Luft- oder Wasserkraftfahrzeug.
- (4) Ausschließlich den Rückkaufswert leisten wir
- a) in Versicherungsfällen, die entstehen, weil Österreich in kriegerische Ereignisse verwickelt wird oder von einer nuklearen, biologischen, chemischen oder durch Terrorismus ausgelösten Katastrophe betroffen ist,
 - b) bei Versicherungsfällen
 - infolge Teilnahme an **kriegerischen Handlungen**,
 - infolge Teilnahme an **Unruhen** auf Seiten der Unruhestifter oder
 - durch die Begehung oder den Versuch der Begehung **gerichtlich strafbarer Handlungen**, für die Vorsatz Tatbestandsmerkmal ist.
 - d) wenn der Versicherungsfall durch widerrechtliche Handlungen, mit der Sie als Versicherungsnehmer vorsätzlich die Pflegebedürftigkeit der versicherten Person herbeigeführt haben, verursacht wurde,
 - e) wenn der Versicherungsfall durch den Versuch oder die Begehung gerichtlich strafbarer Handlungen durch die versicherte Person, sofern Vorsatz Tatbestandsmerkmal ist, verursacht wurde,
 - f) wenn der Versicherungsfall durch vorsätzliche Herbeiführung von Krankheit oder Kräfteverfall, vorsätzliche Selbstverletzung, missbräuchlichen Drogenkonsum oder aufgrund versuchten Selbstmords verursacht wurde.

§ 5 Beginn und Ende des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherungsschutz beginnt, sobald wir die Annahme Ihres Antrages durch Zustellung der Versicherungsurkunde auf Papier erklärt und Sie die erste oder einmalige Prämie rechtzeitig (siehe § 3 Absatz 7) bezahlt haben. Vor dem in der Versicherungsurkunde angegebenen Versicherungsbeginn besteht kein Versicherungsschutz.
- (2) Der Versicherungsschutz erlischt bei Tod des Versicherten.

§ 6 Bestimmungen über Prämie (Risikoprämie, Kosten, Prämienanpassung) und Gebühren

(1) Die Versicherungsprämien sind als über die Prämienzahlungsdauer gleichbleibende Durchschnittsprämien oder als einmalige Prämien berechnet und dienen nach Abzug der gesetzlichen Versicherungssteuer sowie der Prämienanteile für Abschlusskosten (lit. b) und Verwaltungskosten (lit. c) zur Deckung des versicherten Risikos der Pflegebedürftigkeit oder Erkrankung an Demenz (lit. a). Da das versicherte Risiko aufgrund des zunehmenden Alters der versicherten Person nicht konstant bleibt, sondern ansteigt, werden Teile der bezahlten Prämie zum Zeitpunkt der Zahlung nicht zur Deckung des versicherten Risikos benötigt und der Deckungsrückstellung zugeführt. Diese Deckungsrückstellung wird verwendet, um das mit fortschreitendem Alter steigende Risiko abzudecken.

a) Deckung des versicherten Risikos (Risikoprämien):

Die Prämienanteile zur Deckung des versicherten Risikos der Pflegebedürftigkeit oder Erkrankung an Demenz (Risikoprämien) richten sich nach dem Alter und dem Geschlecht des Versicherten sowie der vereinbarten Leistungen. Bei der Berechnung des relevanten Alters wird ein begonnenes Lebensjahr als voll gerechnet, wenn davon am Tag, an welchem laut Lebensversicherungsurkunde das erste Versicherungsjahr beginnt, mehr als sechs Monate vergangen sind. Die Risikoprämien errechnen sich jährlich aus der Differenz zwischen dem Barwert der vereinbarten Versicherungsleistungen und dem Wert der Deckungsrückstellung, multipliziert mit der Wahrscheinlichkeit für den Eintritt eines Leistungsfalles nach Maßgabe der für den jeweiligen Tarif geltenden Wahrscheinlichkeitstafel. Für die Übernahme erhöhter Risiken - insbesondere wegen Krankheit, Beruf, Sport - werden wir Zusatzprämien zur Versicherungsprämie oder besondere Bedingungen mit Ihnen vereinbaren. Die für den vereinbarten Tarif geltende Wahrscheinlichkeitstafel ist in der Beilage "Rechnungsgrundlagen und Kosten" zu Ihrer Versicherungsurkunde bezeichnet.

b) Abschlusskosten :

Die Abschlusskosten werden zu Beginn Ihres Versicherungsvertrages fällig. Die nach Maßgabe des vereinbarten Tarifs für die Berechnung der Abschlusskosten herangezogenen Kostensätze sind in der Beilage "Rechnungsgrundlagen und Kosten" zu Ihrer Versicherungsurkunde ausgewiesen.

c) Verwaltungskosten :

Die jährlichen **Verwaltungskosten** sind bereits in Ihrer Versicherungsprämie enthalten und werden nicht gesondert in Rechnung gestellt. Die nach Maßgabe des vereinbarten Tarifs für die Berechnung der Verwaltungskosten herangezogenen Kostensätze sind in der Beilage "Rechnungsgrundlagen und Kosten" zu Ihrer Versicherungsurkunde ausgewiesen.

(2) Prämienanpassung:

Wir sind verpflichtet, die Prämien im Falle einer nicht nur vorübergehenden und nicht vorhersehbaren Veränderung des Leistungsbedarfes der Versichertengemeinschaft gegenüber der versicherungsmathematischen Grundlagen und der daraus errechneten Prämie nach Maßgabe der folgenden Kriterien zu ändern. Bloß vom Alterwerden der versicherten Person oder von der Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes abhängige Anpassungen dürfen nicht vorgenommen werden.

a) Als für die Änderung der Prämien maßgebende Umstände werden die Veränderungen folgender Faktoren vereinbart:

- der durchschnittlichen Lebenserwartung auf Basis der von der Aktuarvereinigung Österreichs erstellten Rententafel,
- der Häufigkeit der Inanspruchnahme von Leistungen nach Art der vertraglich vorgesehenen und deren Aufwendigkeit, bezogen auf die zu diesem Tarif versicherten Personen (Änderung der Eintrittswahrscheinlichkeiten für den Versicherungsfall laut Geschäftsplan)

b) Wir sind verpflichtet die Veränderung dieser Faktoren jährlich zu überprüfen. Hat sich zumindest einer dieser Faktoren im Durchschnitt um mehr als 10 % gegenüber den versicherungsmathematisch Grundlagen des Tarifes verändert, so sind wir zu einer Prämienhöhung oder Prämienenkung im entsprechenden Ausmaß verpflichtet.

c) Im Falle einer Prämienhöhung werden wir Ihnen auf Ihr Verlangen hin, die Fortsetzung des Vertrages mit höchstens gleichbleibender Prämie und angemessen geänderten Leistungen anbieten. Wir weisen darauf hin, dass es im Falle der Fortsetzung des Vertrages mit höchstens gleichbleibender Prämie zu einer Reduzierung der Versicherungsleistung im Verhältnis der geänderten Prämie zur bisherigen Prämie kommen kann.

d) Die Erklärung über eine Prämienänderung wird frühestens zum auf die Absendung folgenden Monatsersten wirksam.

(3) Die in Absatz 1 genannten Prämien- und Kostenbestandteile berücksichtigen wir bereits bei der Kalkulation Ihrer Prämien, sie sind daher in Ihren Prämien enthalten. Bei prämienfrei gestellten Verträgen entnehmen wir die Risiko- und Verwaltungskosten zur Gänze der Deckungsrückstellung.

(4) Für prämien erhöhende Vertragsänderungen gelten die Bestimmungen über die Abschluss- und Verwaltungskosten in gleicher Weise.

(5) Die Rechnungsgrundlagen für die Ermittlung der Prämienanteile und Kosten nach Absatz 1 sind Teil der versicherungsmathematischen Grundlagen des jeweiligen Tarifes. Diese können für bestehende Verträge -; außer in den in Absatz 4 definierten Fällen - von uns nicht verändert werden. Ihre korrekte Anwendung ist von der Finanzmarktaufsichtsbehörde (FMA) jederzeit überprüfbar.

(6) Gebühren:

a) Für durch Sie veranlasste Mehraufwendungen verrechnen wir angemessene Gebühren. Die Höhe der Gebühr für Mahnung, die Ausstellung von Zahlungscheinen und das Ausstellen einer Ersatzurkunde ist in der Beilage "Rechnungsgrundlagen und Kosten" zu Ihrer Lebensversicherungsurkunde ausgewiesen.

b) Diese Gebühren sind wertgesichert und verändern sich ab Januar eines jeden Kalenderjahres in demselben Ausmaß, in dem sich der von der STATISTIK AUSTRIA monatlich verlaubliche Verbraucherpreisindex 2000 oder ein von Amts wegen an seine Stelle tretender Index gegenüber dem für den Monat Januar des Jahres des Inkrafttretens des Tarifes verändert hat. Der Versicherte ist dessen unbeschadet berechtigt, geringere als die sich nach dieser Indexklausel ergebenden Gebühren zu verlangen, ohne dass dadurch das Recht verloren geht, für die Zukunft wieder die indexkonformen Gebühren zu verlangen. Aus der Nichtgeltendmachung über einen längeren Zeitraum können keine Rechte, insbesondere kein Verzicht, abgeleitet werden.

§ 7 Gewinnbeteiligung

(1) Entstehung des Gewinnes:

Pflegerentenversicherungsverträge sind in der Regel langjährige Versicherungsverträge. Um die Erbringung der vereinbarten Versicherungsleistung über die gesamte Versicherungsdauer hinweg sicherzustellen, sind die Prämien vorsichtig kalkuliert. Vorsichtige Annahmen werden insbesondere hinsichtlich der Wahrscheinlichkeiten für den Eintritt eines Versicherungsfalles als auch der Kapitalerträge (Verzinsung) getroffen. Regelmäßige Überschüsse sind die Folge der vorsichtigen Prämienkalkulation.

(2) Verteilung der Überschüsse über Gewinn- und Abrechnungsverbände:

a) 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. Ihre Pflegerentenversicherung gehört dem in Ihrer Versicherungsurkunde angeführten Gewinnverband an.

b) An jedem Bilanzstichtag werden mindestens 85 % der im abgelaufenen Geschäftsjahr erzielten Überschüsse, die auf den Gewinnverband Ihrer Pflegerentenversicherung entfallen, der Rückstellung für die Gewinnbeteiligung zugewiesen.

(3) Zuteilung der Gewinnanteile zu Ihrem Vertrag:

a) Die auf Ihren Vertrag entfallenden Gewinnanteile werden auf Grundlage des für den Tarif Ihrer Pflegerentenversicherung festgelegten Gewinnplans berechnet. Dieser Gewinnplan wurde auf Basis der Verordnung der Finanzmarktaufsicht über die Gewinnbeteiligung in der Lebensversicherung erstellt und der Finanzmarktaufsicht vorgelegt.

b) An jedem Bilanzstichtag wird nach Maßgabe des folgenden Absatz 6 die Höhe der auf Ihre Pflegerentenversicherung entfallenden Gewinnanteile ermittelt. Diese Gewinnanteile werden vorerst der Rückstellung für Gewinnbeteiligung zugewiesen und am auf den Bilanzstichtag zweitfolgenden **Beginn des Versicherungsjahres** Ihrem Vertrag zugeteilt. Die erstmalige Zuteilung erfolgt somit zu Beginn des 3. Versicherungsjahres.

(4) Verwendung der Gewinnanteile während Versicherungszeiten, in denen kein Anspruch auf eine Rentenleistung besteht:

a) Die Ihrem Vertrag zugeteilten Gewinnanteile werden verzinslich angesammelt, sofern noch kein Anspruch auf eine Rentenleistung besteht. Die Verzinsung erfolgt zum Ende des jeweiligen Versicherungsjahres. Als Zinssatz für die verzinsliche Ansammlung wird die Summe aus

- dem tariflichen Rechnungszinssatz
- und dem für das betreffende Versicherungsjahr deklarierten Zinsgewinnanteil verwendet.

b) Zum Zeitpunkt des Eintritts eines Leistungsfalles (§ 1) wird aus den bis zum Eintritt des

Leistungsfalles angesammelten Gewinnanteilen eine lebenslange Rente errechnet, die zusätzlich zur vertraglich vereinbarten Rentenleistung ausbezahlt wird (Gewinnbeteiligungs-Rente). Die Höhe dieser Gewinnbeteiligungs-Rente ist vom Alter der versicherten Person bei Eintritt des Leistungsfalles abhängig. Sie ist so bemessen, dass der versicherungsmathematische Barwert der Rente (das ist der kapitalisierte Wert der Rente) aus der Gewinnbeteiligung bei Rentenzahlungsbeginn der Höhe der angesammelten Gewinnbeteiligung entspricht. Eine gesonderte Auszahlung der Gewinnanteile als Einmalzahlung ist nicht möglich. Stirbt die versicherte Person, ohne dass eine Versicherungsleistung erbracht wurde, so werden die bis zum Zeitpunkt des Ablebens zugeteilten Gewinnanteile als Einmalzahlung ausbezahlt.

c) Entfällt der Anspruch auf eine Versicherungsleistung, weil sich der Umfang der Pflegebedürftigkeit oder die Schwere der Demenzerkrankung vermindert hat (§ 1 Absatz 3), so besteht auch kein Anspruch auf die Rente aus der Gewinnbeteiligung mehr. Der noch nicht verbrauchte Kapitalwert der Gewinnbeteiligung bleibt Ihrem Vertrag gutgeschrieben und wird weiter verzinst. Entsteht ein neuerlicher Anspruch auf eine Versicherungsleistung, so wird diese Gewinnbeteiligung wie in unter Litera b beschrieben zur Erhöhung der Rentenleistung verwendet. Stirbt die versicherte Person, ohne dass zum Zeitpunkt des Ablebens eine Rentenleistung erbracht wird, so wird diese restliche Gewinnbeteiligung als Einmalzahlung ausbezahlt.

(5) Verwendung der Gewinnanteile während der Leistungszahlung:

Besteht bereits Anspruch auf eine Versicherungsleistung, so werden die Ihrem Vertrag zugeteilten Gewinnanteile ab Beginn der Rentenzahlung jährlich zur Erhöhung der laufenden Rentenzahlungen verwendet unabhängig davon, ob bereits eine Gewinnbeteiligung gemäß Absatz 4 angesammelt wurde. Ein Anspruch auf Auszahlung von Gewinnanteilen im Todesfall der versicherten Person besteht nicht.

(6) Zusammensetzung und Berechnung Ihrer Gewinnanteile:

a) Jeder Gewinnanteil, dessen Höhe zu einem bestimmten Bilanzstichtag ermittelt wird (§ 3 Absatz 2), setzt sich aus einem Zinsgewinnanteil, einem Risikogewinnanteil und einem Kostengewinnanteil zusammen. Ist der Versicherungsfall bereits eingetreten, so bestehen die Gewinnanteile nur mehr aus dem Zinsgewinnanteil, Anspruch auf einen Risiko- oder Kostengewinnanteil besteht nicht mehr.

b) Zinsgewinnanteil:

Die garantierten Leistungen Ihrer Pflegerentenversicherung sind mit dem Rechnungszinssatz kalkuliert. Dieser ist über die gesamte Vertragslaufzeit garantiert und muss unter Berücksichtigung der Höchstzinssatzverordnung der Finanzmarktaufsicht vorsichtig festgelegt werden. Aus diesem Grund können sich aus der Veranlagung des Sparanteiles Ihrer Prämien Kapitalerträge ergeben, welche die kalkulierte Verzinsung mit dem Rechnungszinssatz übersteigen. Aus diesen Kapitalerträgen ergibt sich der Zinsgewinnanteil.

Dieser Zinsgewinnanteil berechnet sich als ein Prozentsatz (Zinsgewinnsatz) eines Basiswertes. Der Zinsgewinnsatz wird jährlich festgelegt und im Geschäftsbericht veröffentlicht. Der Basiswert ist die durchschnittliche Höhe der Deckungsrückstellung Ihres Vertrages in jenem Kalenderjahr, das dem Bilanzstichtag vorausging.

Diese durchschnittliche Höhe berechnet sich als Mittelwert der Höhe der mit dem Rechnungszins abgezinsten Deckungsrückstellung am Beginn des Versicherungsjahres, in dem der Bilanzstichtag liegt, und der Höhe der mit dem Rechnungszins abgezinsten Deckungsrückstellung am Ende dieses Versicherungsjahres.

c) Risikogewinnanteil:

Risikogewinne entstehen, wenn die Eintrittswahrscheinlichkeit für den Versicherungsfall innerhalb des Gewinn- oder Abrechnungsverbandes Ihrer Pflegerentenversicherung im Schnitt niedriger ist, als bei der Kalkulation der garantierten Leistungen angenommen wurde.

Der Risikogewinnanteil wird als Prozentsatz (Risikogewinnsatz) jenes Risikoanteiles Ihrer Prämien berechnet, der in jenem Kalenderjahr, das dem Bilanzstichtag vorausging, im Durchschnitt zur Deckung des Ablebensrisikos verwendet wurde.

Diese sogenannte durchschnittliche Risikoprämie berechnet sich als Mittelwert des Risikoanteiles der Prämien in jenem Versicherungsjahr, das im Kalenderjahr, das dem Bilanzstichtag unmittelbar vorausging, geendet hat, und des Risikoanteiles der Prämien in jenem Versicherungsjahr, das im Kalenderjahr, das dem Bilanzstichtag unmittelbar vorausging, begonnen hat.

d) Kostengewinnanteil:

Kostengewinne entstehen, wenn die für die laufende Vertragsverwaltung tatsächlich anfallenden Kosten geringer sind, als bei der Kalkulation der garantierten Leistungen angenommen wurde.

Der Kostengewinnanteil wird als Prozentsatz (Kostengewinnsatz) jenes Kostenanteiles Ihrer Prämien berechnet, der in jenem Kalenderjahr, das dem Bilanzstichtag vorausging, im Durchschnitt von Ihren Prämien in Abzug gebracht wurde.

Dieser durchschnittliche Kostenanteil berechnet sich als Mittelwert des Kostenanteiles der Prämien in jenem Versicherungsjahr, das im Kalenderjahr, das dem Bilanzstichtag unmittelbar vorausging, geendet hat, und des Kostenanteiles der Prämien in jenem Versicherungsjahr, das im Kalenderjahr, das dem Bilanzstichtag unmittelbar vorausging, begonnen hat.

e) Die Höhe des Zinsgewinnsatzes, des Risikogewinnsatzes und des Kostengewinnsatzes werden jährlich auf Grundlage der Höhe der Überschüsse, die der Rückstellung für Gewinnbeteiligung zugewiesen wurden, festgelegt und in unserem Geschäftsbericht veröffentlicht.

(7) Anspruch auf Gewinnanteile:

a) Auf Gewinnanteile haben Sie ab dem Zeitpunkt einen verbindlichen Anspruch, in dem diese Ihrem Vertrag zugeteilt wurden (§ 3 Absatz 2). Diese Gewinnanteile werden auch im Falle der Kündigung bei einem Rückkauf gemeinsam mit dem Rückkaufswert ausbezahlt.

b) Die Höhe der Ihrem Vertrag zugeteilten Gewinnanteile werden wir Ihnen in jedem Versicherungsjahr mitteilen.

(8) Prognoserechnungen:

Prognoserechnungen über zukünftige Gewinnanteile, die wir für Ihren Vertrag erstellen, dienen lediglich der Illustration möglicher künftiger Entwicklungen. Sie beruhen auf Schätzungen der künftigen Überschüsse, die auf Grundlage der gegenwärtigen Verhältnisse erstellt wurden. Da künftige Entwicklungen nicht mit Sicherheit vorhergesehen werden können, sind Zahlenangaben in solchen Prognoserechnungen stets unverbindlich.

§ 8 Anspruchstellung und Mitwirkungspflichten des Versicherungsnehmers und der versicherten Person

(1) Die Anspruchstellung hat unverzüglich in geschriebener Form zu erfolgen, wenn die sechsmonatige Mindestdauer der Pflegebedürftigkeit oder Demenzerkrankung ärztlich voraussehbar oder bereits eingetreten ist.

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

- a) eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Pflegebedürftigkeit oder Demenzerkrankung,
- b) ausführliche Berichte der Ärzte, die die versicherte Person gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer der Gesundheitsstörungen, sowie über das Ausmaß der Auswirkungen auf die Pflegebedürftigkeit oder die Demenzerkrankung. Zum Nachweis einer Demenzerkrankung sind zusätzlich die unter § 2 Absatz 5 angeführten Nachweise beizubringen,
- c) eine ärztliche Bescheinigung über Art, Umfang und voraussichtlicher Dauer der Pflege.

(3) Wir können außerdem weitere Untersuchungen und Gutachten durch von uns beauftragte Ärzte und Gutachter sowie notwendige Nachweise verlangen, insbesondere zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen. Außerdem können wir verlangen, dass diese weiteren ärztlichen Untersuchungen in Österreich vorgenommen werden, auch wenn die versicherte Person ihren ständigen Wohnsitz außerhalb Österreichs hat. Diese Untersuchungskosten werden von uns getragen, nicht jedoch die Reise- und Aufenthaltskosten.

(4) 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.

(5) Zumutbare Anordnungen, die der untersuchende oder behandelnde Arzt trifft, um die Heilung zu fördern, oder die Pflegebedürftigkeit oder die Demenzerkrankung zu mindern, müssen befolgt werden; Operationen oder sonstige invasive Behandlungen zählen nicht zu den zumutbaren Maßnahmen in diesem Sinne.

(6) Wird eine Erhöhung der Rente wegen einer Erhöhung des Umfanges der Pflegebedürftigkeit verlangt, gelten die Absätze 1 - 5 sinngemäß.

(7) Eine Minderung oder der Wegfall der Pflegebedürftigkeit oder Demenzerkrankung ist uns unverzüglich in geschriebener Form anzuzeigen.

(8) Rentenleistungen erbringen wir auf ein Girokonto des Berechtigten, das bei einem Kreditinstitut geführt wird, welches in einem der Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum zugelassen ist. Außerdem können wir jährlich einen Nachweis darüber verlangen, dass die versicherte Person noch am Leben ist.

§ 9 Erklärungen über die Leistungspflicht und Fälligkeit der Leistung

(1) Wir sind verpflichtet nach Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfanges der Leistung nötigen Erhebungen unverzüglich zu erklären, ob, in welchem Umfang und für welchen Zeitraum wir eine Leistungspflicht anerkennen.

(2) Bei Feststellung oder Anerkennung unserer Leistungspflicht ist die Leistung gleichzeitig mit unserer Erklärung darüber fällig, frühestens jedoch zum in § 2 Absatz 6 bestimmten Zeitpunkt.

(3) 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.

(4) Bis zur Erklärung unserer Leistungspflicht (Absatz 1) sind die Prämien weiter zu bezahlen; wir werden diese Prämien jedoch bei Feststellung oder Anerkennung unserer Leistungspflicht ab dem Zeitpunkt, ab dem eine Rentenleistung zuerkannt wird, zurückzahlen.

§ 10 Nachprüfung von Pflegebedürftigkeit und Demenz

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

(2) Zur Nachprüfung können wir jederzeit sachdienliche Auskünfte und einmal jährlich umfassende Untersuchungen der versicherten Person durch von uns zu beauftragende Ärzte verlangen. Die Kosten dafür werden von uns getragen.

(3) Eine Minderung oder Einstellung der Pflegerente sowie der Wiederbeginn der Prämienzahlungspflicht wird mit dem unserer Mitteilung in geschriebener Form an den Anspruchsberechtigten zweitfolgenden Monatsersten wirksam.

§ 11 Meinungsverschiedenheiten

(1) Sind Sie mit unseren Entscheidungen nicht einverstanden, können Sie innerhalb eines Jahres nach Zugang unserer Erklärung den Anspruch gerichtlich geltend machen. Verstreicht diese Frist, ohne dass bei Gericht Klage erhoben wird, so sind weitergehende Ansprüche, als wir anerkannt haben, ausgeschlossen.

(2) Die Frist gemäß Absatz 1 beginnt erst, nachdem wir Ihnen gegenüber einen erhobenen Anspruch begründet abgelehnt haben und Sie über die mit dem Ablauf der Frist verbundenen Rechtsfolgen informiert haben. Für die Dauer von Vergleichsverhandlungen über den erhobenen Anspruch und für die Zeit, in der Sie ohne Ihr Verschulden an der rechtzeitigen gerichtlichen Geltendmachung des Anspruches gehindert sind, ist die Frist gehemmt.

§ 12 Kündigung und Rückkauf

(1) Sie können Ihren Versicherungsvertrag schriftlich, sofern die Schriftform vereinbart wurde, ansonsten in geschriebener Form, ganz oder teilweise kündigen:

- jederzeit mit Wirkung zum Schluss des laufenden Versicherungsjahres
- während eines Versicherungsjahres mit einmonatiger Frist mit Wirkung zum Monatsende, frühestens jedoch mit Wirkung zum Ende des ersten Versicherungsjahres.

(2) Im Falle der Kündigung Ihres Versicherungsvertrages erhalten Sie den Rückkaufswert zuzüglich der erworbenen Gewinnbeteiligung, sofern Sie noch keine Rentenzahlung aus diesem Vertrag beziehen.

Der Rückkaufswert ist der jeweils aktuelle Wert der Deckungsrückstellung Ihres Versicherungsvertrages vermindert um einen prozentuellen Selektionsabschlag von der geschäftsplanmäßigen Deckungsrückstellung.

Der Selektionsabschlag beträgt 25 % der Deckungsrückstellung und steigt ab dem Versicherungsjahr, in dem die versicherte Person das 70. Lebensjahr vollendet, um 5 Prozentpunkte pro Jahr, sodass er ab dem 85. Lebensjahr 100 % beträgt. Ab Vollendung des 85. Lebensjahres besteht somit kein Anspruch mehr auf Auszahlung eines Rückkaufswertes. In diesem Fall wird im Falle der Kündigung nur die zugeteilte Gewinnbeteiligung ausbezahlt.

Beziehen Sie bereits eine Rentenleistung aus diesem Vertrag, so besteht kein Anspruch auf Auszahlung eines Rückkaufswertes, der Gewinnbeteiligung oder einer Kapitalabfindung.

(3) Die Rückkaufswerte zum Ende eines jeden Versicherungsjahres sind in der Beilage "Rückkaufswerte und prämienfreie Leistungen" zu Ihrer Versicherungsurkunde ausgewiesen.

(4) Die nach einer Teilkündigung verbleibende prämienpflichtige jährliche Pflögerente darf EUR 1.200,- nicht unterschreiten, wobei die verbleibende Jahresprämie mindestens EUR 120,- betragen muss. Andernfalls ist nur eine vollständige Kündigung des Vertrages möglich.

§ 13 Kündigung und Umwandlung in eine prämienfreie Versicherung

(1) Sie können die Umwandlung Ihres Versicherungsvertrages in eine prämienfreie Versicherung schriftlich, sofern die Schriftform vereinbart wurde, ansonsten in geschriebener Form, beantragen

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

(2) Bei einer Umwandlung in eine prämienfreie Versicherung setzen wir die versicherten Leistungen nach den geschäftsplanmäßigen Bestimmungen auf eine prämienfreie Leistungen herab. Dabei wird für die restliche Versicherungsdauer auf Grundlage der geschäftsplanmäßigen Deckungsrückstellung Ihres Versicherungsvertrages eine verminderte Versicherungssumme ermittelt, wobei die Deckungsrückstellung um einen Abzug von 2 % vermindert wird.

(3) Die prämienfreien Leistungen zum Ende eines jeden Versicherungsjahres sind in der Beilage "Rückkaufswerte und prämienfreie Leistungen" zu Ihrer Versicherungsurkunde ausgewiesen.

(4) Die prämienfreie Jahresrente darf EUR 1.200,- nicht unterschreiten, andernfalls wird anstatt der Umwandlung in eine prämienfreie Versicherung der Rückkaufswert (§ 8 Absatz 2) ausbezahlt.

(5) Im Falle einer Prämienfreistellung erhalten Sie eine neue Versicherungsurkunde mit den angepassten Versicherungssummen und einer aktualisierten Beilage.

§ 14 Verpfändung, Abtretung und Vinkulierung

(1) Eine **Verpfändung** oder **Abtretung** ist uns gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn sie uns angezeigt wird. Bestehen berechtigte Zweifel an einer angezeigten Verpfändung oder Abtretung, können wir im Leistungsfall verlangen, dass uns der Pfandgläubiger oder Zessionar sein Recht nachweist.

(2) Eine **Vinkulierung** bedarf neben der Anzeige zu ihrer Wirksamkeit auch unserer Zustimmung.

§ 15 Erklärungen

(1) Für alle Ihre Mitteilungen und Erklärungen ist die geschriebene Form erforderlich. Soweit die Schriftform ausdrücklich und gesondert vereinbart wurde, so muss uns das Original dieser Erklärung mit eigenhändiger Unterschrift des Erklärenden zugehen.

(2) Nach Eintritt des Versicherungsfalles können wir eine Ablehnung, einen Rücktritt oder eine Anfechtung auch einem berechtigten Dritten gegenüber erklären. Wenn Sie Ihren Wohnort wechseln, müssen Sie uns Ihre neue Adresse mitteilen, andernfalls richten wir unsere Erklärungen rechtswirksam an Ihre letzte uns bekannte Adresse. Wenn Sie Ihren Wohnort außerhalb der Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum nehmen, müssen Sie uns eine Person innerhalb Österreichs benennen, die bevollmächtigt ist, unsere Erklärungen an Sie entgegenzunehmen.

§ 16 Bezugsberechtigung

(1) Bezugsberechtigt ist - mit Ausnahme des Ablebensfalles - **die versicherte Person**. Für den Fall, dass die versicherte Person stirbt, ohne dass zu diesem Zeitpunkt eine Rentenleistung erbracht wird (§ 1 Absatz 8), bestimmen Sie als Versicherungsnehmer, wer bezugsberechtigt ist.

(2) Der Bezugsberechtigte erwirbt das Recht auf die Leistung mit Eintritt des Versicherungsfalles. Bis dahin können Sie die Bezugsberechtigung für den Ablebensfall jederzeit ändern. Änderung und Widerruf der Bezugsberechtigung sind uns gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn sie uns schriftlich, sofern die Schriftform vereinbart wurde, ansonsten in geschriebener Form, angezeigt werden.

(3) 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.

(4) Ist der Überbringer der Versicherungsurkunde bezugsberechtigt, so können wir verlangen, dass dieser uns seine Berechtigung nachweist. Bei Verlust der Versicherungsurkunde können wir vor Ausstellung einer Ersatzurkunde oder Erbringung einer Versicherungsleistung verlangen, dass die Originalurkunde gerichtlich für kraftlos erklärt wird.

§ 17 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 seine Ansprüche erst nach 10 Jahren ab Fälligkeit der Leistung.

§ 18 Vertragsgrundlagen

Vertragsgrundlagen sind Ihr Antrag, die Versicherungsurkunde mit den Beilagen "Rechnungsgrundlagen und Kosten" und "Rückkaufswerte und prämienfreie Leistungen" sowie sonstiger Anlagen, der dem Vertrag zugrunde liegende Tarif und die Versicherungsbedingungen.

§ 19 Anwendbares Recht

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

§ 20 Aufsichtsbehörde

Der Versicherer und der diesem Versicherungsvertrag zugrunde liegende Tarif unterliegen der Kontrolle und Aufsicht durch die Finanzmarktaufsicht (FMA), A-1020 Wien, Praterstraße 23.

§ 21 Erfüllungsort

Erfüllungsort für die Versicherungsleistung ist die Generaldirektion des Versicherers.

§ 22 Option auf eine Vorauszahlung auf erstes Anfordern

(1) Sie haben das Recht bei Antragsstellung auf eine Versicherungsleistung wegen Pflegebedürftigkeit oder Demenz (§ 8 Absatz 1) eine Vorauszahlung auf die künftige Versicherungsleistung in der Höhe von bis zu 3 Monatsrenten (Berechnungsgrundlage 100 % der versicherten Rente), höchstens jedoch in der Höhe der bei Antragstellung vorhandenen Deckungsrückstellung, zu verlangen.

(2) Einer Vorauszahlung können Sie auch nach der Antragsstellung auf eine Versicherungsleistung verlangen, sofern wir noch keine Erklärung über unsere Leistungspflicht (§ 9) abgegeben haben.

(3) Eine Vorauszahlung kann für Ihren Versicherungsvertrag nur einmalig während der gesamten Versicherungsdauer erbracht werden.

(4) Nach Beantragung der Vorauszahlung werden wir diese unverzüglich auszahlen, ohne zuvor zu prüfen, ob die Voraussetzungen für die Erbringung einer Versicherungsleistung erfüllt sind.

(5) Wird die beantragte Versicherungsleistung von uns festgestellt oder anerkannt (§ 9), so wird die Vorauszahlung mit der zu erbringenden Versicherungsleistung aufgerechnet.

(6) Bei einer Ablehnung der beantragten Versicherungsleistung wird die Vorauszahlung der

Deckungsrückstellung entnommen. Durch diese Entnahme verringert sich die Versicherungsleistung für die restliche Vertragslaufzeit entsprechend der geschäftsplanmäßigen Bestimmungen. Sie haben jedoch das Recht die Vorauszahlung innerhalb eines Monats ab unserer Erklärung über die Ablehnung an uns zurück zu bezahlen. In diesem Fall bleibt die Deckungsrückstellung unverändert.

§ 23 Umstiegsoption vom Modell Grundschatz auf Komfortschutz

(1) Falls in Ihrem Versicherungsvertrag das Modell "Grundschatz" vereinbart wurde, was Sie Ihrer Versicherungsurkunde entnehmen können, haben Sie das Recht bis zur Vollendung des 40. Lebensjahres der versicherten Person eine Erweiterung der Versicherungsschutzes auf das Modell "Komfortschutz" zu verlangen, ohne dass eine neuerliche Gesundheitsprüfung durchgeführt wird. Voraussetzung dafür ist, dass noch keine Rentenzahlung aus diesem Vertrag erbracht wurde.

(2) Die Zusatzprämie für die Erweiterung des Versicherungsschutzes auf das Modell "Komfortschutz" wird auf Grundlage des zum Zeitpunkt des Umstiegs geltenden Tarifs einschließlich der dann gültigen Versicherungsbedingungen und steuerrechtlichen Vorschriften ermittelt. Die Zusatzprämie bemisst sich nach dem erreichten rechnermäßigen Alter der versicherten Person, der verbleibenden Versicherungs- und Prämienzahlungsdauer sowie den vereinbarten Zu- und Abschlägen.