

Inhalt

I	Regelungen bei Vereinbarung eines Nichtrauchertarifs	2	§ 16	Welche weiteren Auskunftspflichten haben Sie?	15
II	Allgemeine Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz in der Risikolebensversicherung.	3	§ 17	Welche Kosten können wir Ihnen gesondert in Rechnung stellen?.	16
§ 1	Was ist vorläufig versichert?	3	§ 18	Welche Sanktionen führen zum Ausschluss des Versicherungsschutzes?	16
§ 2	Unter welchen Voraussetzungen besteht vorläufiger Versicherungsschutz?	3	§ 19	Was sind die Vertragsgrundlagen, welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung und wer ist die zuständige Aufsichtsbehörde?.	16
§ 3	Wann beginnt und endet der vorläufige Versicherungsschutz?	3	§ 20	Wo ist der Gerichtsstand?	16
§ 4	In welchen Fällen ist der vorläufige Versicherungsschutz ausgeschlossen?	3	§ 21	Welche außergerichtlichen Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren stehen zur Verfügung?	17
§ 5	Was kostet Sie der vorläufige Versicherungsschutz?	4	V	Besondere Bedingungen für die Nachversicherungsgarantie zur Risikolebensversicherung.	17
§ 6	Wie ist das Verhältnis zur beantragten Versicherung und wer erhält die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz?	4	VI	Besondere Bedingungen für die Unfalltod-Zusatzversicherung zur Risikolebensversicherung.	18
III	Allgemeine Bedingungen für die Risikolebensversicherung „XXL plus“.	4	§ 1	Was ist versichert?	18
§ 1	Welche Leistungen erbringen wir?	4	§ 2	Was ist ein Unfall im Sinne dieser Bedingungen?	18
§ 2	Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?	11	§ 3	In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?	18
§ 3	Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?	12	§ 4	Welche Rolle spielen Erkrankungen und Gebrechen der versicherten Person?	19
§ 4	Was gilt bei Wehrdienst, Unruhen, Krieg oder Einsatz bzw. Freisetzen von ABC-Waffen/-Stoffen?	12	§ 5	Was ist zur Vermeidung von Rechtsnachteilen nach dem Unfalltod der versicherten Person zu beachten?	19
§ 5	Was gilt bei Selbsttötung des Versicherten?	12	§ 6	Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?	19
§ 6	Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?	12	§ 7	Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?	20
§ 7	Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?	13	VII	Besondere Bedingungen für die Risikoversicherung mit planmäßiger Erhöhung der Beiträge und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung.	20
§ 8	Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?	13	§ 1	Nach welchem Maßstab erfolgt die planmäßige Erhöhung der Beiträge und Versicherungsleistungen?	20
§ 9	Wann können Sie Ihre Versicherung kündigen oder beitragsfrei stellen?	14	§ 2	Zu welchem Zeitpunkt erhöhen sich Beiträge und Versicherungsleistungen?	21
§ 10	Wie werden die Kosten Ihres Vertrages verrechnet?	14	§ 3	Wonach errechnen sich die erhöhten Versicherungsleistungen?	21
§ 11	Was ist zu beachten, wenn eine Versicherungsleistung verlangt wird?	14	§ 4	Welche sonstigen Bestimmungen gelten für die Erhöhung der Versicherungsleistungen?	21
§ 12	Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?	15	§ 5	Wann werden Erhöhungen ausgesetzt?	21
§ 13	Wer erhält die Versicherungsleistung?	15			
§ 14	Was gilt für Mitteilungen, die sich auf das Versicherungsverhältnis beziehen?	15			
§ 15	Was gilt bei Änderung Ihrer Postanschrift und Ihres Namens?	15			

Guten Tag,

als Versicherungsnehmer sind Sie unser Vertragspartner; für unser Vertragsverhältnis gelten die nachfolgenden Bedingungen.

I Regelungen bei Vereinbarung eines Nichtrauchertarifs

Definition Nichtraucher

Je nach Rauchverhalten differenzieren wir zwischen Raucher, mindestens ein Jahr Nichtraucher oder mindestens zehn Jahre Nichtraucher.

Mindestens ein Jahr Nichtraucher ist, wer

- in den letzten zwölf Monaten vor Antragstellung nicht aktiv geraucht hat und
- beabsichtigt, auch in Zukunft nicht zu rauchen,
- aber noch nicht mindestens zehn Jahre Nichtraucher ist.

Mindestens zehn Jahr Nichtraucher ist, wer

- in den letzten zehn Jahren vor Antragstellung nicht aktiv geraucht hat und
- beabsichtigt, auch in Zukunft nicht zu rauchen.

Rauchen meint dabei zum einen das Konsumieren von Tabak unter Feuer, beispielsweise den Genuss von Zigaretten, Zigarillos, Zigarren oder Pfeifen. Zum anderen fällt unter Rauchen auch die Verwendung elektrischer Verdampfer und Erhitzer, wie beispielsweise E-Zigaretten, E-Zigarren oder E-Pfeifen oder Tabakerhitzer sowie die Verwendung von Wasserpfeifen / Shisha und das Konsumieren von Schnupf- und Oraltabak.

Vorvertragliche Anzeigepflicht

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, uns wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen, ob Sie Raucher sind. Wenn das Leben einer anderen Person versichert werden soll, ist auch diese - neben Ihnen - für die wahrheitsgemäße Anzeige verantwortlich.

Gefahrerhöhung nach Vertragsabschluss

Eine Gefahrerhöhung liegt vor, wenn die versicherte Person bzw. bei Tarifen für zwei verbundene Leben mindestens eine der versicherten Personen nach Vertragsabschluss Raucher wird. Wir übernehmen den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, dass Sie nach Vertragsabschluss ohne unsere Einwilligung keine Gefahrerhöhung vornehmen oder deren Vornahme gestatten. Wenn das Leben einer anderen Person versichert ist, so ist auch diese - neben Ihnen - dafür verantwortlich, dass nach Vertragsabschluss keine Gefahrerhöhung vorgenommen wird.

Nimmt die versicherte Person bzw. bei Tarifen für zwei verbundene Leben mindestens eine der versicherten Personen nach Vertragsabschluss dennoch eine Gefahrerhöhung vor, sind sowohl Sie als auch die versicherte Person(en) verpflichtet, uns diese Gefahrerhöhung unverzüglich in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) anzuzeigen.

Rechtsfolgen bei einer Gefahrerhöhung bzw. Anzeigepflichtverletzung

a) Beitragsanpassung bei Gefahrerhöhung

Wenn die versicherte Person eine Gefahrerhöhung gemäß Abschnitt I - Gefahrerhöhung nach Vertragsschluss vornimmt, können wir rückwirkend ab dem Zeitpunkt der Gefahrerhöhung einen unseren Geschäftsgrundsätzen entsprechenden höheren Beitrag verlangen.

Eine Beitragserhöhung hat keine Auswirkungen auf die Höhe der versicherten Leistung. Falls wir den Beitrag um mehr als zehn Prozent erhöhen, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung unserer Beitragserhöhung fristlos kündigen.

Wir verzichten auf unsere gesetzlichen Rechte, den Vertrag wegen einer Gefahrerhöhung zu kündigen oder die erhöhte Gefahr vom Versicherungsschutz auszuschließen.

b) Leistungsminderung im Versicherungsfall

Wenn uns gegenüber

- bei Antragstellung vorsätzlich falsche Angaben bezüglich der Rauchereigenschaft der versicherten Person(en) gemacht wurden oder
- nach Vertragsschluss eine Gefahrerhöhung nach Abschnitt I - Gefahrerhöhung nach Vertragsschluss vorsätzlich vorgenommen wurde,

beschränkt sich die versicherte Leistung bei Tod der versicherten Person auf die reduzierte Versicherungssumme im Verhältnis des erforderlichen zum bisherigen Beitrag.

Bei der vorvertraglichen Falschangabe behalten wir uns ausdrücklich die Anfechtung wegen arglistiger Täuschung vor.

Unser Nachprüfungsrecht

Wir sind berechtigt, den Nichtraucherstatus der versicherten Person bzw. bei Partnersicherungen jeder versicherten Person nachzuprüfen.

Wechsel in den Nichtrauchertarif N – mindestens ein Jahr Nichtraucher

Wenn Sie keinen Nichtrauchertarif vereinbart haben und

- die versicherte Person in den letzten zwölf Monaten vor Antragstellung des Nichtrauchertarifs nicht aktiv geraucht hat und
- auch beabsichtigt, in Zukunft nicht zu rauchen,

können Sie beantragen, in den Nichtrauchertarif N (mindestens ein Jahr Nichtraucher) zu wechseln. Das vereinbarte Garantiekapital bei Tod ändert sich nicht, es kann sich jedoch gegebenenfalls Ihr vertraglich vereinbarter Beitrag ändern. Wir können zum Zeitpunkt der Umstellung auf den Nichtrauchertarif einen Nachweis, z. B. Cotinintest, verlangen.

Bei einem Wechsel in den Nichtrauchertarif N berechnen wir die Beiträge für die neue Versicherung nach versicherungsmathematischen Grundsätzen. Dabei gelten die Rechnungsgrundlagen, die wir bei Abschluss Ihrer Risikolebensversicherung zugrunde gelegt haben. Auf Wunsch informieren wir Sie über die konkreten Auswirkungen.

Wechsel in den Nichtraucherarif NR – mindestens zehn Jahre Nichtraucher

Wenn Sie einen Raucher oder einen Nichtraucherarif N vereinbart haben und

- die versicherte Person in den letzten zehn Jahren vor Antragstellung des Nichtraucherarifs NR (mindestens zehn Jahre Nichtraucher) nicht aktiv geraucht hat und
- auch beabsichtigt, in Zukunft nicht zu rauchen,

können Sie beantragen, in den Nichtraucherarif NR zu wechseln. Das vereinbarte Garantiekapital bei Tod ändert sich nicht, es kann sich jedoch gegebenenfalls Ihr vertraglich vereinbarter Beitrag ändern. Wir können zum Zeitpunkt der Umstellung auf den Nichtraucherarif einen Nachweis, z. B. Cotinintest, verlangen.

Bei einem Wechsel in den Nichtraucherarif NR berechnen wir die Beiträge für die neue Versicherung nach versicherungsmathematischen Grundsätzen. Dabei gelten die Rechnungsgrundlagen, die wir bei Abschluss Ihrer Risikolebensversicherung zugrunde gelegt haben. Auf Wunsch informieren wir Sie über die konkreten Auswirkungen.

II Allgemeine Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz in der Risikolebensversicherung

Wir gewähren Ihnen vorläufigen Versicherungsschutz gemäß den nachfolgenden Allgemeinen Bedingungen.

§ 1 Was ist vorläufig versichert?

1. Der vorläufige Versicherungsschutz erstreckt sich auf die für den Todesfall beantragten Leistungen.
2. Wenn Sie zur Ihrer Risikolebensversicherung eine Unfalltod-Zusatzversicherung beantragt haben, zahlen wir zusätzlich die Unfalltodversicherungssumme, wenn ein Unfall
 - a) während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes eingetreten ist und
 - b) innerhalb eines Jahres nach dem Unfalltage zum Tode der versicherten Person führt.
3. Im Rahmen des vorläufigen Versicherungsschutzes zahlen wir einschließlich der Leistungen aus einer Unfalltod-Zusatzversicherung bei
 - a) den Risiko-A-Tarifen höchstens 125.000 € und
 - b) alle anderen Tarifen höchstens 150.000 €.Diese Begrenzungen gelten auch dann, wenn höhere Leistungen beantragt oder mehrere Anträge auf das Leben derselben Person bei uns gestellt worden sind.

§ 2 Unter welchen Voraussetzungen besteht vorläufiger Versicherungsschutz?

Sofern nichts anderes vereinbart ist, ist Voraussetzung für den vorläufigen Versicherungsschutz, dass

- a) der beantragte Versicherungsbeginn nicht später als zwei Monate nach der Unterzeichnung des Antrags liegt;

- b) der Einlösungsbeitrag für die beantragte Versicherung gezahlt oder uns eine Ermächtigung zum Beitragseinzug erteilt worden ist;
- c) Sie das Zustandekommen der beantragten Versicherung nicht von einer besonderen Bedingung abhängig gemacht haben;
- d) Ihr Antrag nicht von den von uns angebotenen Tarifen und Bedingungen abweicht;
- e) die versicherte Person bei Unterzeichnung des Antrags das 60. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

§ 3 Wann beginnt und endet der vorläufige Versicherungsschutz?

1. Der vorläufige Versicherungsschutz beginnt mit dem Tag, an dem Ihr Antrag bei unserer Hauptverwaltung eingeht.
2. Soweit nichts anderes vereinbart ist, endet der vorläufige Versicherungsschutz, wenn
 - a) der Versicherungsschutz aus der beantragten Versicherung begonnen hat;
 - b) wir Ihren Antrag abgelehnt haben;
 - c) Sie Ihren Antrag angefochten oder zurückgenommen haben;
 - d) Sie von Ihrem Rücktrittsrecht Gebrauch gemacht haben;
 - e) Sie einer Ihnen gemäß § 5 Abs. 1 und 2 VersVG mitgeteilten Abweichung des Versicherungsscheins von Ihrem Antrag widersprochen haben;
 - f) der Einzug des Einlösungsbeitrages aus von Ihnen zu vertretenden Gründen nicht möglich war oder dem Einzug widersprochen worden ist.
3. Jede Vertragspartei kann den Vertrag über den vorläufigen Versicherungsschutz ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Unsere Kündigungserklärung wird jedoch erst nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang bei Ihnen wirksam.

§ 4 In welchen Fällen ist der vorläufige Versicherungsschutz ausgeschlossen?

1. Unsere Leistungspflicht ist ausgeschlossen für die Versicherungsfälle aufgrund von Ursachen, nach denen im Antrag gefragt ist und von denen die versicherte Person vor seiner Unterzeichnung Kenntnis hatte, auch wenn diese im Antrag angegeben wurden. Dies gilt nicht für Umstände, die für den Eintritt des Versicherungsfalles nur mitursächlich geworden sind.
2. Weitere Einschränkungen und Ausschlüsse – insbesondere bei Selbsttötung – ergeben sich aus § 4 und § 5 der Allgemeinen Bedingungen für die Risikolebensversicherung bzw. § 3 der Besonderen Bedingungen für die Unfalltod-Zusatzversicherung zur Risikolebensversicherung, die sinngemäß gelten.

§ 5 Was kostet Sie der vorläufige Versicherungsschutz?

Für den vorläufigen Versicherungsschutz erheben wir keinen Beitrag. Erbringen wir aber Leistungen aufgrund des vorläufigen Versicherungsschutzes, so behalten wir ein Entgelt ein. Das Entgelt entspricht dem Beitrag für einen Beitragszahlungsabschnitt. Wir berechnen Ihnen jedoch nicht mehr als den Tarifbeitrag für die Höchstsumme gemäß § 1 Nr. 3. Bereits gezahlte Beträge rechnen wir an.

§ 6 Wie ist das Verhältnis zur beantragten Versicherung und wer erhält die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz?

1. Soweit in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die Allgemeinen und Besonderen Bedingungen für die beantragte Risikolebensversicherung Anwendung, einschließlich derjenigen für mitbeantragte Zusatzversicherungen. Dies gilt insbesondere für die dort enthaltenen Einschränkungen und Ausschlüsse. Eine Überschussbeteiligung erfolgt jedoch nicht.
2. Haben Sie im Antrag ein Bezugsrecht festgelegt, gilt dieses auch für die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz.

III Allgemeine Bedingungen für die Risikolebensversicherung „XXL plus“

§ 1 Welche Leistungen erbringen wir?

Teil A: Tarifbeschreibung

1.1 Risikolebensversicherung mit konstanter Versicherungssumme:

Wir zahlen die vereinbarte Versicherungssumme bei Tod der versicherten Person während der vereinbarten Versicherungsdauer. Darüber hinaus erhalten Sie zusätzliche Leistungen gemäß Teil B.

1.2 Risikolebensversicherung mit linear fallender Versicherungssumme:

Wir zahlen die jeweils versicherte Summe bei Tod der versicherten Person während der vereinbarten Versicherungsdauer. Die Anfangsversicherungssumme fällt jährlich – erstmalig nach einem Jahr – um einen gleich bleibenden Betrag, der sich durch Teilung der Anfangsversicherungssumme durch die Versicherungsdauer ergibt. Darüber hinaus erhalten Sie zusätzliche Leistungen gemäß Teil B.

1.3 Risikolebensversicherung mit progressiv fallender Versicherungssumme:

Wir zahlen die jeweils versicherte Summe bei Tod der versicherten Person während der vereinbarten Versicherungsdauer. Die Anfangsversicherungssumme fällt jährlich – erstmalig nach einem Jahr – entsprechend dem Verlauf eines Darlehens mit jährlich gleich bleibenden nachschüssigen Zins- und Tilgungszahlungen (Annuitätendarlehen). Darüber hinaus erhalten Sie zusätzliche Leistungen gemäß Teil B.

1.4 Risikolebensversicherung mit variabler Versicherungssumme und jährlicher Beitragsneuberechnung:

Wir zahlen die jeweils versicherte Summe bei Tod der versicherten Person während der vereinbarten Versicherungsdauer. Sie können jeweils bis vier Wochen vor Ablauf des Versicherungsjahres schriftlich bestimmen, welcher Todesfallschutz im nächsten Versicherungsjahr bestehen soll. Es besteht folgende Wahlmöglichkeit:

- a) Anpassung des Beitrags bei gleich bleibender Versicherungssumme;
- b) Anpassung der Versicherungssumme bei gleich bleibendem Beitrag.

Darüber hinaus erhalten Sie zusätzliche Leistungen gemäß Teil B.

1.5 Risikolebensversicherung mit konstanter Versicherungssumme für zwei verbundene Leben:

Wir zahlen die vereinbarte Versicherungssumme bei Tod der zuerst sterbenden versicherten Person während der vereinbarten Versicherungsdauer. Bei gleichzeitigem Tod beider versicherter Personen wird die Versicherungssumme nur einmal gezahlt. Darüber hinaus erhalten Sie zusätzliche Leistungen gemäß Teil B.

1.6 Risikolebensversicherung mit linear fallender Versicherungssumme für zwei verbundene Leben:

Wir zahlen die jeweils versicherte Summe bei Tod der zuerst sterbenden versicherten Person während der vereinbarten Versicherungsdauer. Bei gleichzeitigem Tod beider versicherter Personen wird die Versicherungssumme nur einmal gezahlt. Die Anfangsversicherungssumme fällt jährlich – erstmalig nach einem Jahr – um einen gleich bleibenden Betrag, der sich durch Teilung der Anfangsversicherungssumme durch die Versicherungsdauer ergibt. Darüber hinaus erhalten Sie zusätzliche Leistungen gemäß Teil B.

1.7 Risikolebensversicherung mit progressiv fallender Versicherungssumme für zwei verbundene Leben:

Wir zahlen die jeweils versicherte Summe bei Tod der zuerst sterbenden versicherten Person während der vereinbarten Versicherungsdauer. Bei gleichzeitigem Tod beider versicherter Personen wird die Versicherungssumme nur einmal gezahlt. Die Anfangsversicherungssumme fällt jährlich – erstmalig nach einem Jahr – entsprechend dem Verlauf eines Darlehens mit jährlich gleich bleibenden nachschüssigen Zins- und Tilgungszahlungen (Annuitätendarlehen). Darüber hinaus erhalten Sie zusätzliche Leistungen gemäß Teil B.

1.8 Risikolebensversicherung mit variabler Versicherungssumme und jährlicher Beitragsneuberechnung für zwei verbundene Leben:

Wir zahlen die jeweils versicherte Summe bei Tod der zuerst sterbenden versicherten Person während der vereinbarten Versicherungsdauer. Bei gleichzeitigem Tod beider versicherter Personen wird die Versicherungssumme nur einmal gezahlt. Sie können jeweils bis vier Wochen vor Ablauf des Versicherungsjahres schriftlich bestimmen, welcher Todesfallschutz im nächsten Versicherungsjahr

bestehen soll. Es besteht folgende Wahlmöglichkeit:

- a) Anpassung des Beitrags bei gleich bleibender Versicherungssumme;
- b) Anpassung der Versicherungssumme bei gleich bleibendem Beitrag.

Darüber hinaus erhalten Sie zusätzliche Leistungen gemäß Teil B.

2. Optionale Leistung bei Unfalltod

Falls Sie zusätzliche Leistungen bei Unfalltod beantragt haben, gelten für Sie zusätzlich die Besonderen Bedingungen für die Unfalltod-Zusatzversicherung zur Risikolebensversicherung (Abschnitt VI).

Teil B: Zusätzliche Leistungen

I. Zusatzleistungen der XXL plus-Tarife

1. Bei den unter Teil A § 1 Nr. 1.1 bis 1.8 definierten Risikoversicherungen zahlen wir bei einem Vertrag mit laufender Beitragszahlung eine Sofortleistung in Höhe von 10 % der zu diesem Zeitpunkt aktuellen Versicherungssumme, wenn

- bei der versicherten Person bzw. bei den versicherten Personen eine der im Folgenden definierten ernsthaften Krankheiten fachärztlich diagnostiziert wird und
- Sie die Sofortleistung unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von sechs Monaten nach der Diagnose beantragen.

Bei einer Krebserkrankung im Sinne dieser Bedingungen ist die Wartezeit unter Nr. 6 a) zu beachten.

2. Mit dem Antrag auf Sofortleistung sind uns Befundberichte von Fachärzten – einschließlich Fremdbefunden und Krankenhausberichten – einzureichen, aus denen hervorgeht, dass bei dem Versicherten eine ernsthafte Krankheit im Sinne dieser Bedingungen vorliegt. Sollten zur Prüfung unserer Leistungspflicht weitere Unterlagen erforderlich sein, sind wir berechtigt, Auskünfte der den Versicherten zusätzlich behandelnden Ärzte sowie sonstige notwendige Nachweise einzuholen.

Wir können von unabhängigen Ärzten und Sachverständigen unserer Wahl auf unsere Kosten eine Begutachtung verlangen. Diese Begutachtung wird in Deutschland durchgeführt. Wenn die versicherte Person im Ausland ist, übernehmen wir die Reise- und Aufenthaltskosten, wenn diese vorher mit uns abgestimmt wurden.

3. Die Sofortleistung wird nicht gezahlt, wenn
 - die ernsthafte Krankheit im Sinne dieser Bedingungen auf die in den §§ 4 und 5 genannten Umstände oder
 - auf Umstände, deren Nichtanzeige uns zum Rücktritt nach § 6 berechtigt, zurückzuführen ist oder
 - wir zur Anfechtung nach § 6 berechtigt sind.
4. Während der Vertragsdauer zahlen wir die Sonderleistung
 - einmalig, wenn die versicherte Person – bei verbundenen Leben eine der versicherten Personen – während der Vertragslaufzeit an Krebs im Sinne dieser Bedingungen erkrankt und
 - einmalig, wenn die versicherte Person – bei verbundenen Leben eine der versicherten Personen – während der Vertragslaufzeit einen Herzinfarkt im Sinne dieser

Bedingungen oder einen Schlaganfall im Sinne dieser Bedingungen erleidet.

Insgesamt zahlen wir die Sofortleistung während der Vertragslaufzeit - unabhängig von der Anzahl der versicherten Personen - höchstens zweimal.

Wenn der Versicherungsschutz durch Ausüben der Verlängerungsoption (gemäß § 1, Teil B, Unterpunkt II) verlängert wird, werden Sofortleistungen, die während der Laufzeit des Ursprungsvertrages erfolgt sind, angerechnet.

5. Stirbt der Versicherte bzw. einer der Versicherten bei Verträgen für zwei verbundene Leben innerhalb von 28 Tagen nach der Diagnose einer ernsthaften Krankheit im Sinne dieser Bedingungen, so zahlen wir nur die Todesfallleistung, aber nicht die Sofortleistung, sofern der Vertrag zu diesem Zeitpunkt noch besteht.
6. Ernsthafte Krankheiten im Sinne dieser Bedingungen sind:

a) Krebs

Krebs im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn ein invasiv wachsender Krebs, der sich durch ein eigenständiges Wachstum auszeichnet und bereits in das umliegende Gewebe eingedrungen ist oder Metastasen (Fernableger) gebildet hat, eindeutig festgestellt wurde. Bei Krebsvorstufen und Krebsfrühformen wie zum Beispiel das Carcinoma in situ (Cis) oder Gebärmuttermundveränderungen wie die Zervixdysplasie (CIN I-III, PAP 1-4) wird daher nicht von uns geleistet. Unter dem Begriff „Krebs“ verstehen wir auch bösartige Tumore des Blutes (Leukämien), der blutbildenden Organe und des Lymphsystems (Morbus Hodgkin, maligne Lymphome). Die Diagnose muss durch Vorlage des histopathologischen Befundes bestätigt werden.

Wir leisten auch, wenn die Krebserkrankung durch einen Alkohol-, Drogen-, oder Medikamentenmissbrauch verursacht wurde oder eine Einnahme von Gift zu Grunde lag.

Nicht unter den Versicherungsschutz fallen:

- Chronisch lymphatische Leukämie mit einem Schweregrad unter RAI Klasse I oder Binet Klasse A1;
- Hautkrebs, der nicht dem schwarzen Hautkrebs (dem malignen Melanom) zugeordnet werden kann, wie zum Beispiel der weiße Hautkrebs;
- Schwarzer Hautkrebs (malignes Melanom) in den frühen Stufen T1 und T2. Liegen bereits Metastasen vor, dann leisten wir auch in diesen frühen Stufen;
- Prostatakrebs Stadium T1;
- Schilddrüsenkrebs, wenn er als papillär eingestuft wurde und die Stufen T1-T3 aufweist. Liegen bereits Metastasen des Krebses außerhalb der Schilddrüse vor oder ist der Tumor in andere Organe eingewachsen, dann leisten wir auch in diesen Stufen;
- Harnblasenkarzinom des Stadiums T1;
- Non- Hodgkin- Lymphome des Stadium 1 (nach der Ann Arbor Klassifikation).

Der feingewebliche Nachweis kann nicht ersetzt werden durch Testverfahren, die lediglich auf dem Nachweis von zirkulierenden Tumorzellen oder Tumor-assoziierten Molekülen in Körperflüssigkeiten wie Blut, Speichel, Urin oder Stuhl beruhen.

Nach diesen Bedingungen besteht kein Anspruch auf die Sofortleistung (sog. Wartezeit), wenn

- erstmalige Symptome innerhalb der ersten sechs Monate ab dem Abschluss des Versicherungsvertrages auftreten oder
- eine Diagnose von Krebs innerhalb der ersten sechs Monate ab dem Abschluss des Versicherungsvertrages erfolgt.

Der Abschluss des Versicherungsvertrages ist der Zeitpunkt zu dem wir Ihren Antrag auf Abschluss des Versicherungsvertrages angenommen haben, frühestens jedoch der mit Ihnen vereinbarte Versicherungsbeginn.

b) Herzinfarkt (STEMI)

Ein Herzinfarkt (Myokardinfarkt) im Sinne dieser Bedingungen ist das erste Auftreten eines Herzinfarktes (STEMI), d.h. das Absterben eines Teils des Herzmuskels infolge unzureichender Blutzufuhr zum Herzmuskel.

Die Diagnose und der Zeitpunkt des Auftretens müssen durch einen Kardiologen nach den Regeln der deutschen Gesellschaft für Kardiologie bzw. den entsprechenden in einem anderen EU-Staat angewandten Regeln, nachgewiesen werden.

Die Diagnose muss von einem Internisten, Kardiologen oder Herzchirurgen durch

- Vorliegen typischer klinischer Symptome (z.B. anhaltende typische Angina Pectoris-Symptomatik, retrosternale Brustschmerzen, Ruhebeschwerden) und
- Vorliegen frischer infarkttypischer EKG-Veränderungen und
- Charakteristischer Anstieg der herzspezifischen Enzyme z.B. der Troponine

nachgewiesen sein.

NSTEMI, Angina Pectoris (anfallsartiger Brustschmerz durch vorübergehende Durchblutungsstörung des Herzens) und andere akute Koronarsyndrome (Beschwerden des Herzens) sind ausgeschlossen.

c) Schlaganfall

Ein Schlaganfall (Hirnfarkt, zerebraler Insult, apoplektischer Insult, Apoplex, Gehirnschlag) im Sinne dieser Bedingungen ist eine plötzlich auftretende Erkrankung des Gehirns, hervorgerufen durch eine akute Minderdurchblutung oder eine Hirnblutung.

Beides führt durch einen Blut- und Sauerstoffmangel zum Absterben von Gehirnzellen und zu neurologischen Störungen.

Mindestens eins der folgenden Symptome muss durch einen Neurologen klinisch nachgewiesen werden:

- halbseitige Lähmung (Hemiplegie / Hemiparese)
- Sprachstörungen (Aphasie)
- Sehstörungen
- Schluckstörungen
- Epilepsie
- Einschränkung der alltäglichen Fähigkeiten auf unter 60 Punkte nach dem Barthel-Index (Index zur Bewertung von alltäglichen Fähigkeiten).

Zusätzlich muss mittels CCT oder MRT zu den Ausfällen passende Läsionen nachgewiesen werden und nach aktuellem medizinischem Wissensstand nicht behebbar sein und voraussichtlich auf Dauer fortbestehen bzw. mindestens **zwölf** Monate durchgehend bestanden haben.

Leistungspflicht besteht nicht bei vorübergehenden neurologischen Ausfallserscheinungen, z.B. im Rahmen einer transitorischen ischämischen Attacke (TIA) oder einer schweren Migräne mit entsprechenden neurologischen Defiziten.

II. Verlängerung der Risikoversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung

1. Sie können bis drei Jahre vor Vertragsablauf einmalig eine Verlängerung Ihres Versicherungsvertrags ohne erneute Gesundheitsprüfung beantragen. Die Verlängerung erfolgt in dem bestehenden Versicherungsvertrag. Mit der Verlängerung der Vertragslaufzeit erlischt das Recht auf weitere Verlängerungen dieses Vertrages.

Der Versicherungsvertrag darf um höchstens 15 Jahre verlängert werden, wobei sich die ursprüngliche Versicherungsdauer maximal verdoppeln kann. Die gesamte Versicherungsdauer des verlängerten Versicherungsvertrags darf nicht mehr als 45 Jahre betragen. Die versicherte Person – bei verbundene Leben die ältere versicherte Person – darf bei Ablauf des Versicherungsvertrags nicht älter als 70 Jahre sein.

2. Gegebenenfalls eingeschlossene Zusatzversicherungen werden nicht verlängert. Ist Ihr Versicherungsvertrag beitragsfrei gestellt, kann keine Verlängerung erfolgen.
3. Ihr Recht auf Verlängerung ohne erneute Gesundheitsprüfung erlischt, sobald erstmals Leistungen aus einer gegebenenfalls eingeschlossenen Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung beantragt werden.
4. Mit der Verlängerung ändert sich der Beitrag nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik. In der Regel führt dies zu einer Erhöhung des Beitrags. Die Verlängerung wird zur nächsten Beitragsfälligkeit wirksam, nachdem uns Ihre Erklärung zur Verlängerung zugegangen ist. Eventuell bestehende Leistungseinschränkungen bzw. Risikozuschläge gelten auch für die neue Versicherungsdauer.

III. Sofortleistungen bei schweren Unfallverletzungen

1. Bei den nachfolgend beschriebenen schweren Verletzungen in Folge eines Unfalls, die nicht innerhalb von einem Monat nach dem Unfallereignis zum Tode führen, erhalten Sie eine Sofortleistung in Höhe von 25 % der zu diesem Zeitpunkt aktuellen Versicherungssumme, maximal 25.000 €:
 - a) Querschnittslähmung nach Schädigung des Rückenmarks,
 - b) Amputation einer Hand oder eines Fußes,
 - c) Verbrennungen II. oder III. Grades von mehr als 20 % der Körperoberfläche,
 - d) Schädel-Hirn-Trauma II. oder III. Grades,
 - e) dauerhafte Sehkräftminderung auf beiden Augen um jeweils mindestens 60 %,

f) Kombination aus mindestens zwei der folgenden Verletzungen (es müssen mindestens zwei der vier nachstehenden Kategorien betroffen sein):

- f1) Bruch eines Oberarm-, Unterarm-, Oberschenkel- oder Unterschenkelknochens,
- f2) Wirbelkörperbruch,
- f3) Beckenbruch,
- f4) gewebezerstörender Schaden an Herz, Lunge, Leber, Milz oder Niere.

2. Tritt der Tod infolge des Unfalls innerhalb eines Jahres nach dem Unfallzeitpunkt ein, verrechnen wir die ausbezahlte Sofortleistung mit der Todesfallversicherungssumme.
3. Die Sofortleistung in Folge eines schweren Unfalls kann einmalig während der Vertragslaufzeit in Anspruch genommen werden, auch wenn für die versicherte Person mehrere Verträge bei unserem Unternehmen bestehen.
4. Bei Tarifen auf verbundene Leben mit zwei versicherten Personen sind nach der Zahlung einer Sofortleistung keine Sofortleistungen gemäß § 1, Teil B, Unterpunkt III aus diesem Vertrag für die mitversicherte Person möglich.
5. Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

IV. Leistungen bei schwerer Krankheit mit einer prognostizierten Lebenserwartung von maximal zwölf Monaten

1. Bei Nachweis einer schweren Krankheit im Sinne von Nr. 2 mit einer nachgewiesenen prognostizierten Lebenserwartung von maximal **zwölf** Monaten, die nach Zustandekommen des Vertrags und mindestens **zwölf** Monate vor dem Ende der Versicherungsdauer gestellt wird, zahlen wir die Versicherungssumme, die zum Zeitpunkt der Diagnose der schweren Krankheit gültig ist. Die gültige Versicherungssumme ist zu jeder Zeit die Summe, die auf Ihrem Versicherungsschein angegeben ist oder die nachträglich zwischen Ihnen und uns vereinbart worden ist. Diese Leistung muss spätestens **zwölf** Monate vor dem Ende der Versicherungsdauer beantragt werden.
2. Schwere Krankheit im Sinne dieser Bedingungen ist jede fortschreitende, unheilbare Krankheit, die nach Ansicht des behandelnden Facharztes und unseres Gesellschaftsarztes innerhalb von **zwölf** Monaten zum Tode führen wird, und bei der keine weitere Behandlung und/oder nur eine rein schmerzlindernde (palliative) Therapie erfolgen kann. In Zweifelsfällen sind wir berechtigt, die Stellungnahmen eines unabhängigen Facharztes einzuholen.
3. Mit Zahlung der Versicherungssumme für die schwere Krankheit mit einer prognostizierten Lebenserwartung von maximal **zwölf** Monaten endet Ihr Vertrag. Bei Verträgen auf verbundene Leben endet Ihr Vertrag, sobald die Versicherungssumme für die schwere Krankheit mit prognostizierter Lebenserwartung von maximal **zwölf** Monaten für eine der beiden versicherten Personen ausgezahlt wird. Für die überlebende mitversicherte Person ist nach der Beendigung des Vertrages durch die Zahlung der Versicherungssumme der Abschluss einer Anschlussversicherung innerhalb von drei Monaten,

gemäß § 1, Teil B, Unterpunkt VIII (Anschlussversicherung bei einer Risikolebensversicherung auf verbundene Leben) möglich.

4. Eingeschlossene Zusatzversicherungen enden mit der Auszahlung der Versicherungssumme. Ab dem Zeitpunkt der Auszahlung können keine weiteren Ansprüche aus einer Zusatzversicherung geltend gemacht werden.
5. Die vorgezogene Leistung bei schwerer Krankheit wird dann nicht gewährt, wenn die schwere Krankheit auf Umstände gemäß den §§ 4 und 5 zurückzuführen ist oder auf Umstände, deren Nichtanzeige zum Rücktritt bzw. zur Anfechtung nach § 6 berechtigt.

V. Soforthilfe

1. Nach Vorlage der Sterbeurkunde der versicherten Person – bei verbundene Leben einer der beiden versicherten Personen – durch den Berechtigten (Todesfallbegünstigter, Zessionar oder Bevollmächtigter), leisten wir eine Soforthilfe in Höhe von 10 % der zu diesem Zeitpunkt aktuellen Versicherungssumme, maximal 5.000 €, sofern der Vertrag seit dem Vertragsbeginn mindestens drei Jahre beitragspflichtig bestanden hat und die Beiträge bis zum Todesfallzeitpunkt in voller Höhe gezahlt sind. Sobald die Leistungsprüfung abgeschlossen ist und die Versicherungsleistung ausgezahlt werden kann, verrechnen wir die Soforthilfe mit der Versicherungssumme.
2. Sollte nach Abschluss der Leistungsprüfung ein Rücktritt bzw. eine Anfechtung gemäß § 6 des Vertrages erforderlich sein, wird die Sofortleistung nicht zurück verlangt. Gleiches gilt, wenn eine Ablehnung der Versicherungsleistung nach § 4 erforderlich ist.
3. Die Soforthilfe kann einmalig in Anspruch genommen werden, auch wenn für die versicherte Person mehrere Verträge bei unserem Unternehmen bestehen.

VI. Pflege-Bonus

1. Versicherungsleistungen und ihre Voraussetzungen

Wir erbringen einmalig eine Zahlung in Höhe von 10 % der zu diesem Zeitpunkt aktuellen Versicherungssumme, maximal jedoch 25.000 €, wenn die versicherte Person nach Maßgabe dieser Bedingungen während der Versicherungsdauer pflegebedürftig wird. Eine Beantragung des Pflege-Bonus ist nur möglich, solange die versicherte Person lebt. Die Versicherungsleistung bei Tod der versicherten Person während der Versicherungsdauer bleibt hiervon unberührt, sofern die pflegebedürftige versicherte Person **zwölf** Monate nach Fälligkeit des Pflege-Bonus überlebt. Andernfalls gilt die Auszahlung des Pflege-Bonus als Vorauszahlung und reduziert die Versicherungsleistung bei Tod der versicherten Person. Der Pflege-Bonus kann pro Vertrag einmalig in Anspruch genommen werden.

2. Vorliegen von Pflegebedürftigkeit

Pflegebedürftigkeit ist gegeben, wenn die versicherte Person sechs Monate ununterbrochen infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls so hilflos gewesen ist, dass sie für Verrichtungen des täglichen Lebens in erheblichem Umfang täglich die Hilfe einer anderen Person bedurfte und mindestens eine der nachfolgenden Voraussetzungen zutrifft.

Pflegebedürftigkeit liegt auch vor, wenn die sechs Monate noch nicht erreicht sind, aber voraussichtlich erreicht werden.

Die versicherte Person benötigt Hilfe beim

- a) Fortbewegen im Zimmer: Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – 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 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 krankengerechter Kleidung – sich nicht ohne Hilfe einer anderen Person an- oder auskleiden kann;
- d) Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken: Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße – nicht ohne Hilfe einer anderen Person essen oder trinken kann;
- e) Waschen, Kämmen oder Rasieren: Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person von einer anderen Person gewaschen, gekämmt oder rasiert werden muss, da sie selbst nicht mehr fähig ist, die dafür erforderlichen Körperbewegungen auszuführen;
- f) Verrichten der Notdurft: Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person die Unterstützung einer anderen Person benötigt, weil sie
 - sich nach dem Stuhlgang nicht allein säubern kann,
 - ihre Notdurft nur unter Zuhilfenahme einer Bettschüssel verrichten kann oder weil
 - der Darm bzw. die Blase nur mit fremder Hilfe entleert werden kann.

Besteht allein eine Inkontinenz des Darms bzw. der Blase, die durch die Verwendung von Windeln oder speziellen Einlagen ausgeglichen werden kann, und kann die versicherte Person diese Hilfsmittel selbstständig verwenden, liegt hinsichtlich der Verrichtung der Notdurft kein Hilfebedarf vor.

3. Nachweis- und Mitwirkungspflichten, wenn eine Leistung wegen Pflegebedürftigkeit verlangt wird

Nachweise für den Eintritt von Pflegebedürftigkeit

Wird eine Leistung wegen Pflegebedürftigkeit verlangt, informieren wir Sie umgehend über die von uns zur Leistungsüberprüfung benötigten Unterlagen:

- a) ausführliche Berichte der Ärzte, die die versicherte Person gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens sowie Art und Umfang der Pflegebedürftigkeit;
- b) eine Bescheinigung der Person oder der Einrichtung, die mit der Pflege betraut ist, über Art und Umfang der Pflege.

Entstehende Kosten hat der Anspruchsteller zu tragen.

Weitere Nachweise, Entbindung von der Schweigepflicht

Wir können außerdem weitere medizinische Auskünfte, Aufklärungen, Vor-Ort-Prüfungen und zusätzliche Untersuchungen sowie weitere notwendige Nachweise verlangen, wobei wir hierzu entsprechende Gutachter, Ärzte und sachverständige Dienstleister einsetzen können. Die Kosten werden von uns getragen. Wir können verlangen, dass die erforderlichen ärztlichen Untersuchungen in der Bundesrepublik Deutschland durchgeführt werden. In diesem Fall übernehmen wir die vorher mit uns abgestimmten Reise- und Aufenthaltskosten.

In diesem Zusammenhang kann es auch erforderlich sein, im Einzelfall Ärzte, Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten, bei denen die versicherte Person in Behandlung war oder sein wird, Personenversicherer sowie frühere und derzeitige gesetzliche Krankenkassen der versicherten Person zu befragen. Dazu ist in der Regel eine Schweigepflichtenentbindungserklärung der versicherten Person erforderlich. Hat die versicherte Person die Schweigepflichtenentbindungserklärung im Versicherungsantrag erteilt, wird sie vor Einholung einer solchen Auskunft von uns unterrichtet werden; die versicherte Person kann der Einholung einer solchen Auskunft widersprechen. Im Übrigen kann die versicherte Person jederzeit veranlassen, dass die Auskunftserhebung nur bei Einzeleinwilligung erfolgt.

Folgen der Verletzung der Mitwirkungspflicht

Solange eine Mitwirkungspflicht von Ihnen, der versicherten Person oder dem Anspruchsteller vorsätzlich nicht erfüllt wird, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Dies gilt insbesondere dann, wenn Sie einer Auskunftserhebung, die für die Leistungsprüfung erforderlich ist, widersprechen oder eine Einzeleinwilligung nicht erteilen. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Dies gilt nicht, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die Mitwirkungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt haben. Der Anspruch auf Leistung wegen Pflegebedürftigkeit bleibt jedoch insoweit bestehen, als die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist. Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit tritt nur ein, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

VII. Zusatzleistungen wenn die versicherte Person auf einer Auslandsreise verstirbt

1. Verstirbt die versicherte Person – bei verbundenen Leben eine der versicherten Personen – auf einer Auslandsreise, erstatten wir die Kosten für die Überführung aus dem Ausland auf direktem Wege bis zu ihrem ständigen Wohnsitz in Österreich per Luft- oder Kraftfahrzeug. Die Kosten eines Überführungssarges einschließlich der Einbalsamierung sind bis zu 1.000€ versichert, soweit dies gesetzliche Regelungen am Sterbeort oder Bestimmungen des überführenden Luftfahrtunternehmens vorschreiben. Dem in Österreich ausführenden Bestatter werden Kosten für die Überführung vom ersten Bestimmungsort in

Österreich zum ständigen Wohnsitz der versicherten Person bis zu 200 € erstattet.

Für die mitreisenden Personen übernehmen wir durch den Tod der versicherten Person entstandene zusätzliche Kosten; insgesamt allerdings höchstens 2.000 €.

Insgesamt übernehmen wir Kosten aus dieser Zusatzleistung bis zu einer Höhe von maximal 10.000 €.

2. Der ständige Wohnsitz ist der Ort in Österreich, an dem sich die versicherte Person überwiegend aufhält. Ausland sind alle Länder der Erde außer Österreich. Als Ausland gilt nicht ein Land, in dem die versicherte Person einen Erst- oder Zweitwohnsitz hat. Eine Auslandsreise ist jede vorübergehende Abwesenheit vom ständigen Wohnsitz bis maximal 45 Tage.
3. Beträgt die geplante Abwesenheit mehr als 45 Tage, so besteht von Anfang an kein Anspruch auf die Zusatzleistungen. Darüber hinaus ist die Gesamt-Aufenthaltsdauer im Ausland pro Kalenderjahr auf insgesamt 90 Tage begrenzt. Kein Anspruch auf die Zusatzleistungen besteht zudem:
 - wenn wir gemäß § 6 zum Rücktritt bzw. zur Anfechtung berechtigt sind;
 - wenn der Tod der versicherten Person durch innere Unruhen verursacht wird, und die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;
 - bei Ableben der versicherten Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen;
 - bei Selbsttötung der versicherten Person.
4. Bestehen bei unserer Gesellschaft mehrere Risikolebensversicherungen, können die Zusatzleistungen nur aus einem dieser Verträge verlangt werden. Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger eintritt, kann der Erstattungsanspruch gegen uns nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden. Bestreitet der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, können Sie sich auch unmittelbar an uns halten.
5. Zur Leistungsregulierung benötigen wir zusätzlich folgende Unterlagen:
 - Kopien des Schriftwechsels mit dem Bestatter;
 - die Originalrechnung des mit der Überführung beauftragten Unternehmens in deutscher Sprache bzw. in beglaubigter Kopie;
 - Unterlagen und Originalrechnungen für die zusätzlich entstehenden Kosten der mitreisenden Person.

VIII. Anschlussversicherung bei einer Risikolebensversicherung auf verbundene Leben

1. Endet die Risikoversicherung auf verbundene Leben durch Tod einer versicherten Person, kann innerhalb von drei Monaten nach dem Todestag im Rahmen unserer für das Neugeschäft offenen Tarife für die überlebende versicherte Person eine neue Versicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung abgeschlossen werden, sofern die Restlaufzeit der bisherigen Versicherung mindestens ein Jahr beträgt, die bisherige Versicherung nicht beitragsfrei ist und die überlebende versicherte Person noch keine Zusatzleistungen gemäß § 1, Teil B, Unterpunkt I (Zusatzleistungen der XXL plus Tarife) beansprucht hat.

2. Es handelt sich dabei um eine neue Versicherung mit eigenen Versicherungsbedingungen nach Maßgabe eines zu diesem Zeitpunkt geltenden Tarifs entsprechend der Wahl der jeweiligen verbleibenden versicherten Person. Die neue Versicherung kann für die überlebende versicherte Person der ursprünglichen Versicherung abgeschlossen werden, wobei die Versicherungsdauer spätestens zu den entsprechenden Terminen wie bei der ursprünglichen Versicherung enden und die versicherte Todesfallleistung die bisherige Höhe nicht überschreiten darf. Die neue Versicherungssumme folgt bezüglich des weiteren Versicherungssummenverlaufs dem Ursprungsvertrag. War die versicherte Person bisher als Raucher versichert, gilt dies auch für den neuen Vertrag. Für den neuen Vertrag gelten die gleichen Feststellungen der Gesundheitsprüfung wie bei Abschluss der ursprünglichen Versicherung. Die Regelungen bei Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht in den Versicherungsbedingungen der ursprünglichen Versicherung finden auch auf die neue Versicherung Anwendung. Solange wir wegen Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht durch die jeweilige versicherte Person vom ursprünglichen Vertrag zurücktreten, diesen kündigen, anpassen oder den ursprünglichen Vertrag wegen Anfechtung aufheben können, stehen uns diese Rechte auch für den neuen Vertrag mit der jeweiligen versicherten Person zu.

IX. Kinder-Bonus

1. Die Todesfall-Leistung erhöht sich um 50 Prozent bei Eintritt eines der folgenden Ereignisse:
 - Geburt eines Kindes der versicherten Person,
 - Adoption eines minderjährigen Kindes durch die versicherte Person.Der erhöhte Todesfallschutz beginnt ab dem Tag der Geburt oder der Adoption eines Kindes und endet nach Ablauf von sechs Monaten. Der Kinderbonus gilt bei Tarifen auf verbundene Leben nur für ein Kind der verstorbenen versicherten Person.
2. Auch bei Eintritt mehrerer Ereignisse wird die Todesfall-Leistung nur einmal erhöht, wenn zwischen den einzelnen Ereignissen nicht mehr als sechs Monate vergangen sind.
3. Die Erhöhungs-Leistung ist auf 100.000 € begrenzt.
4. Uns sind geeignete Nachweise dafür vorzulegen, dass die jeweiligen Voraussetzungen für die Erhöhung der Todesfall-Leistung eingetreten sind (z.B. Geburtsurkunde oder Adoptionsurkunde).
5. Diese Zusatzleistung wird nicht gewährt, wenn wir gemäß § 6 zum Rücktritt bzw. zur Anfechtung berechtigt sind bzw. eine Ablehnung gemäß §§ 4 und 5 erforderlich ist.

X. Bau-Bonus

1. Die Todesfall-Leistung erhöht sich um 50 % bei Eintritt eines der folgenden Ereignisse:
 - Bau einer selbstgenutzten Immobilie,
 - Erwerb einer selbstgenutzten Immobilie.Der erhöhte Todesfallschutz beginnt ab dem Tag des unterschriebenen Kaufvertrages (Notar) und endet nach Ablauf von sechs Monaten. Der Bau-Bonus gilt bei Tarifen

auf verbundene Leben nur wenn die verstorbene versicherte Person Eigentümer / Miteigentümer laut Kaufvertrag ist.

2. Auch bei Eintritt mehrerer Ereignisse wird die Todesfall-Leistung nur einmal erhöht, wenn zwischen den einzelnen Ereignissen nicht mehr als sechs Monate vergangen sind.
3. Die Erhöhungs-Leistung ist auf 100.000 € begrenzt.
4. Uns sind geeignete Nachweise dafür vorzulegen, dass die jeweiligen Voraussetzungen für die Erhöhung der Todesfall-Leistung eingetreten sind (z. B. Kaufvertrag).
5. Diese Zusatzleistung wird nicht gewährt, wenn wir gemäß § 6 zum Rücktritt bzw. zur Anfechtung berechtigt sind bzw. eine Ablehnung gemäß §§ 4 und 5 erforderlich ist.

XI. Versicherungsschutz bei Tod eines Kindes

1. Bei den unter Teil A § 1 Nr. 1.1 bis 1.8 definierten Risikoversicherungen besteht während der vereinbarten Versicherungsdauer Versicherungsschutz für alle unverheirateten Kinder der versicherten Person bzw. der beiden versicherten Personen bei verbundenen Leben, wenn die Kinder zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles mindestens 3 Jahre alt sind, jedoch das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Als Kinder gelten alle leiblichen und adoptierten Kinder.
2. Für jedes unter Nr. 1 genannte Kind besteht Versicherungsschutz in Höhe von 2 % der zu diesem Zeitpunkt aktuellen Versicherungssumme maximal 4.500 € auch bei Bestehen mehrerer Versicherungsverträge derselben oder einer anderen versicherten Person.
3. Wir zahlen die vereinbarte Versicherungssumme dann, wenn der Versicherungsfall nach Ablauf einer Wartezeit von sechs Monaten nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetreten ist. Der Abschluss des Versicherungsvertrages ist der Zeitpunkt zu dem wir Ihren Antrag auf Abschluss des Versicherungsvertrages angenommen haben, frühestens jedoch der mit Ihnen vereinbarte Versicherungsbeginn.
4. Wird ein Versicherungsanspruch für ein unter Nr. 1 genanntes Kind geltend gemacht, so wird der Vertrag unverändert fortgeführt. Die Prämien sind in unveränderter Höhe zu entrichten.

XII. Assistance-Leistungen

Die nachstehenden Leistungen gewähren wir ohne gesonderte Beitragsberechnung. Bestehen bei unserer Gesellschaft mehrere Lebensversicherungen, können diese Leistungen nur aus einer Versicherung beantragt werden.

1. 24-Stunden-Hilfe

Über unser 24-Stunden-Service-Telefon stehen wir Ihnen an sieben Tagen in der Woche unter der Rufnummer 0049 611 2787-336 rund um die Uhr zur Verfügung. Die Ländervorwahl 0049 für Deutschland gilt in den meisten Ländern; im Einzelfall erkundigen Sie sich bitte vor Ort nach der Ländervorwahl. Bitte beachten Sie, dass durch den Anruf Kosten entstehen.

Wir helfen Ihnen in den nachstehend beschriebenen Situationen und informieren, falls gewünscht, die von Ihnen benannten Personen oder Institutionen.

Im Ausland helfen wir Ihnen bei Verständigungsproblemen mit Ärzten, Rechtsanwälten und Behörden im Zusammenhang mit den von uns zu erbringenden Leistungen.

Die Hilfeleistungen können allerdings nur übernommen werden, wenn den von uns beauftragten Dienstleistern die dazu erforderlichen Auskünfte und Einverständniserklärungen erteilt werden.

2. Medikamentenversand

Befindet sich die versicherte Person im Ausland infolge von Krankheit oder Unfall in Lebensgefahr, und sind für eine medizinisch notwendige Behandlung erforderliche Arzneimittel, Hilfsmittel oder Geräte vor Ort nicht erhältlich, organisieren wir die Zusendung.

3. Änderungen des Reiseverlaufs

Können während einer Reise aufgrund des Todes der versicherten Person mitreisende Familienangehörige die Heimreise nicht wie geplant antreten, organisieren wir für diese die Änderung des Reiseablaufs.

Für die Heimreise von betreuungsbedürftigen Personen organisieren wir im Bedarfsfall eine Begleitperson.

4. Krankenbesuch

Muss die versicherte Person während einer Auslandsreise aufgrund einer Krankheit oder eines Unfalls im Krankenhaus behandelt werden, und es besteht Lebensgefahr, organisieren wir den Besuch einer nahestehenden Person.

5. Kinderbetreuung und Haushaltshilfe

Im Falle des Todes der versicherten Person organisieren wir eine Kinderbetreuung oder Haushaltshilfe zur Versorgung und Beaufsichtigung der im Haushalt der versicherten Person lebenden Kinder.

6. Haustierbetreuung

Im Falle des Todes der versicherten Person organisieren wir die Unterbringung ihrer Haustiere. Wurden die Tiere auf einer Reise mitgeführt, organisieren wir zusätzlich den Heimtransport.

Als Haustiere gelten Hunde, Katzen und andere heimische Kleintiere, jedoch keine Exoten.

7. Leistungen bei Todesfall auf Reisen

Bei Tod der versicherten Person organisieren wir die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz.

Ereignete sich der Todesfall im Ausland, organisieren wir – nach Abstimmung mit den Angehörigen – die Bestattung im Ausland oder die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz.

8. Hilfestellung bei der gesamten Abwicklung im Todesfall für die Angehörigen

Im Todesfall der versicherten Person stellen wir bei Bedarf einen kompetenten Bestattungs-Berater zur Verfügung und organisieren Bestattungen an jedem Ort Österreichs inklusive sämtlichen Bestattungsleistungen, wie Abholung, Versorgung, Bekleidung und Einbettung des Verstorbenen sowie Organisation aller notwendigen Formalitäten und Behördengänge. Darüber hinaus bieten wir eine Organisa-

tion der Beisetzung und - bei Bedarf - der anschließenden Feierlichkeiten.

9. Vermittlung einer psychologischen Hilfestellung für Bezugsberechtigte

Wir organisieren eine individuelle, persönliche Trauerbegleitung für Angehörige zur psychologischen Unterstützung nach Eintritt des Todesfalls der versicherten Person.

Einschränkungen während einer beitragsfreien Zeit

Der Anspruch auf die Zusatzleistungen gemäß Absatz I bis Absatz XII entfällt für den Zeitraum, in dem der Vertrag gemäß § 8 bzw. § 9 in eine beitragsfreie Versicherung umgewandelt wird.

§ 2 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?

Wir beteiligen Sie und die anderen Versicherungsnehmer gemäß § 153 des deutschen Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) an den Überschüssen (Überschussbeteiligung). Die Überschüsse werden nach den Vorschriften des deutschen Handelsgesetzbuches (HGB) ermittelt und jährlich im Rahmen unseres Jahresabschlusses festgestellt. Der Jahresabschluss wird von einem unabhängigen Wirtschaftsprüfer geprüft und ist unserer Aufsichtsbehörde einzureichen.

1. Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer

- a) Überschüsse können aus drei verschiedenen Quellen entstehen, dem Risikoergebnis, den Kapitalerträgen und dem übrigen Ergebnis.

Wir beteiligen unsere Versicherungsnehmer in ihrer Gesamtheit an diesen Überschüssen; dabei beachten wir die deutsche Verordnung über die Mindestbeitragsrückerstattung in der Lebensversicherung (Mindestzuführungsverordnung) in der jeweils geltenden Fassung.

Überschüsse entstehen dann, wenn Sterblichkeit und Kosten niedriger sind, als bei der Tarifikalkulation angenommen. An diesen Überschüssen werden die Versicherungsnehmer angemessen beteiligt und zwar nach der derzeitigen Fassung der Mindestzuführungsverordnung am Risikoergebnis (Sterblichkeit) grundsätzlich zu mindestens 90 % und am übrigen Ergebnis (einschließlich Kosten) grundsätzlich zu mindestens 50 %.

Weitere Überschüsse können aus den Erträgen der Kapitalanlagen entstehen. Von den anzurechnenden Nettoerträgen derjenigen Kapitalanlagen, die für künftige Versicherungsleistungen vorgesehen sind, erhalten die Versicherungsnehmer insgesamt mindestens den in der Mindestzuführungsverordnung genannten Prozentsatz. In der derzeitigen Fassung der Mindestzuführungsverordnung sind grundsätzlich 90 % vorgeschrieben. Aus diesem Betrag werden zunächst die Beträge finanziert, die für die garantierten Versicherungsleistungen benötigt werden. Aus den verbleibenden Mitteln wird die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer dotiert.

- b) Die verschiedenen Versicherungsarten tragen unterschiedlich zum Überschuss bei. Wir haben deshalb gleichartige Versicherungen zu Gruppen zusammengefasst. Kriterium für die Bildung einer solchen Gruppe ist vor allem das versicherte Risiko. Danach werden Risikoversicherungen, Kapitallebensversicherungen, Rentenversicherungen sowie die Berufsunfähigkeitsversicherungen eigenen Gruppen zugeordnet. Die Verteilung des Überschusses für die Versicherungsnehmer auf die einzelnen Gruppen orientiert sich daran, in welchem Umfang sie zu seiner Entstehung beigetragen haben. Den Überschuss führen wir der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zu, soweit er nicht in Form der sog. Direktgutschrift bereits unmittelbar den überschussberechtigten Versicherungen gutgeschrieben wird. Diese Rückstellung dient dazu, Ergebnisschwankungen im Zeitablauf zu glätten. Sie darf grundsätzlich nur für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer verwendet werden. Nur in Ausnahmefällen und mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde können wir hiervon nach § 140 Absatz 1 des deutschen Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) abweichen, soweit die Rückstellung nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfällt. Nach der derzeitigen Fassung des § 140 Absatz 1 VAG können wir die Rückstellung, im Interesse der Versicherungsnehmer auch zur Abwendung eines drohenden Notstandes, zum Ausgleich unvorhersehbarer Verluste aus den überschussberechtigten Versicherungsverträgen, die auf allgemeine Änderungen der Verhältnisse zurückzuführen sind, oder – sofern die Rechnungsgrundlagen aufgrund einer unvorhersehbaren und nicht nur vorübergehenden Änderung der Verhältnisse angepasst werden müssen – zur Erhöhung der Deckungsrückstellung heranziehen.

2. Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung Ihres Vertrages

- a) Ihre Versicherung gehört zum Gewinnverband R39 (Raucher) bzw. N39 (Nichtraucher) in der Bestandsgruppe 112. Die Mittel für die Überschussanteile werden bei der Direktgutschrift zu Lasten des Ergebnisses des Geschäftsjahres finanziert, ansonsten der Rückstellung für Beitragsrückerstattung entnommen. Die Höhe der Überschussanteilsätze wird jedes Jahr vom Vorstand unseres Unternehmens auf Vorschlag des verantwortlichen Aktuars festgelegt. Wir veröffentlichen die Überschussanteilsätze in unserem Geschäftsbericht. Den Geschäftsbericht können Sie bei uns jederzeit anfordern.
- b) Die Bemessungsgrößen für die Überschussanteile werden nach versicherungsmathematischen Regeln mit den Rechnungsgrundlagen der Tarifikalkulation ermittelt. Bei der Tarifikalkulation sind wir von der Sterbetafel InterRisk 2022TM/F für Raucher bzw. Nichtraucher ausgegangen. Hierbei werden aus den geschlechterspezifischen Tafeln unter Ansetzung von Mischungsverhältnissen für Männer bzw. Frauen geschlechtsunabhängige Unisextafeln erzeugt. Als Rechnungszins wurde 0,25 % angesetzt.

- c) Bei Versicherungen mit laufender Beitragszahlung besteht die Überschussbeteiligung aus einem Sofortrabatt, der in Prozent des Bruttobeitrags gemäß Zahlweise bemessen wird. Die Zuteilung erfolgt in anteiliger Höhe gleichbleibend für das ganze Versicherungsjahr zu Beginn eines jeden Monats. Die innerhalb eines Zahlungsabschnitts fällig werdenden monatlichen Überschussanteile werden zu Beginn dieses Zahlungsabschnitts mit den Bruttobeiträgen verrechnet. Ein Rechtsanspruch auf die Überschussanteile entsteht allerdings erst mit ihrer Zuteilung. Beitragsfreie Versicherungen sind nicht überschussberechtig.

3. Gewinngruppen

Verträge mit Verrechnung

Wartezeit: keine

Risikoüberschuss: in Prozent des Jahresbeitrags

Überschussystem: Verrechnung; die Überschüsse werden mit den Beiträgen verrechnet

4. Warum können wir die Höhe der Überschussbeteiligung nicht garantieren?

Die Höhe der Überschussbeteiligung hängt von vielen Einflüssen ab. Diese sind nicht vorhersehbar und von uns nur begrenzt beeinflussbar. Wichtigster Einflussfaktor ist dabei die Entwicklung des versicherten Risikos und der Kosten. Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung kann also nicht garantiert werden. Sie kann auch Null Euro betragen.

§ 3 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

1. Ihr Versicherungsschutz beginnt, sobald wir die Annahme Ihres Antrages schriftlich oder durch Zustellung des Versicherungsscheins erklärt und Sie den ersten Beitrag (Einlösungsbeitrag) rechtzeitig (vgl. § 7 Nr. 3 und 4) bezahlt haben. Vor dem mit Ihnen vereinbarten, im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn besteht jedoch kein Versicherungsschutz.
2. Ein bei Antragstellung ggf. vereinbarter vorläufiger Versicherungsschutz wird hierdurch nicht berührt.

§ 4 Was gilt bei Wehrdienst, Unruhen, Krieg oder Einsatz bzw. Freisetzen von ABC-Waffen/-Stoffen?

1. Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, auf welcher Ursache der Versicherungsfall beruht. Wir gewähren Versicherungsschutz insbesondere auch dann, wenn die versicherte Person in Ausübung des Wehr- oder Polizeidienstes oder bei Inneren Unruhen den Tod gefunden hat, sofern sie nicht auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat.
2. Bei Ableben der versicherten Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen sind wir allerdings von der Verpflichtung zur Leistung frei. Nach Ablauf des ersten Versicherungsjahres entfällt diese Einschränkung unserer Leistungspflicht, wenn die versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen

stirbt, denen sie während eines Aufenthaltes außerhalb der Republik Österreich ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war.

3. Bei Ableben der versicherten Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit dem vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder dem vorsätzlichen Einsatz oder der vorsätzlichen Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei, sofern der Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet sind, das Leben einer Vielzahl von Personen zu gefährden. Nr. 2 Satz 2 bleibt unberührt.

§ 5 Was gilt bei Selbsttötung des Versicherten?

1. Bei vorsätzlicher Selbsttötung leisten wir, wenn seit Abschluss des Versicherungsvertrags bzw. seit Wiederherstellung der Versicherung drei Jahre vergangen sind.
2. Bei vorsätzlicher Selbsttötung vor Ablauf der Dreijahresfrist besteht Versicherungsschutz nur dann, wenn uns nachgewiesen wird, dass die Tat in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden ist. Anderenfalls sind wir von der Leistung frei.
3. Nr. 1 und Nr. 2 gelten entsprechend bei einer unsere Leistungspflicht erweiternden Änderung oder bei einer Wiederherstellung der Versicherung. Die Frist nach Nr. 1 beginnt mit der Änderung oder Wiederherstellung der Versicherung bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu zu laufen.

§ 6 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

1. Wir übernehmen den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, dass Sie alle personenbezogenen Daten (z.B. Alter und Geschlecht der versicherten Person) richtig angeben und alle in Verbindung mit dem Versicherungsschutz gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet haben (vorvertragliche Anzeigepflicht). Das gilt insbesondere für die Fragen nach gegenwärtigen oder früheren Erkrankungen, gesundheitlichen Störungen und Beschwerden sowie sonstigen risikoe erhöhenden Umständen (z.B. Rauchen).
2. Soll das Leben einer anderen Person versichert werden, ist auch diese – neben Ihnen – für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung der Fragen verantwortlich.
3. Wenn Umstände, die für die Übernahme des Versicherungsschutzes Bedeutung haben, von Ihnen oder der versicherten Person (vgl. Nr. 2) schuldhaft nicht oder nicht richtig angegeben worden sind, können wir innerhalb von drei Jahren seit Vertragsabschluss vom Vertrag zurücktreten. Tritt der Versicherungsfall innerhalb dieser drei Jahre ein, können wir auch noch nach Ablauf dieser Frist zurücktreten. Wegen unterbliebener Anzeige eines Umstandes, nach welchem nicht ausdrücklich gefragt wurde, können wir, wenn die Umstände anhand von uns in mündlicher Form gestellter Fragen anzuzeigen waren, nur im Falle vorsätzlich oder grob fahrlässig unterbliebener Anzeige bzw., wenn die Umstände anhand von uns in geschriebe-

ner Form gestellter Fragen anzuzeigen waren, nur im Falle arglistiger Verschweigung zurücktreten.

Wir können den Rücktritt nur innerhalb eines Monats ab Kenntnis der Unrichtigkeit oder Unvollständigkeit der Angaben erklären. Haben wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles erklärt, bleibt unsere Leistungspflicht bestehen, wenn uns nachgewiesen wird, dass die nicht oder nicht richtig angegebenen Umstände keinen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalles oder den Umfang unserer Leistungspflicht gehabt haben.

4. Wir können den Versicherungsvertrag auch anfechten, falls durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt auf unsere Annahmeentscheidung Einfluss genommen worden ist. Handelt es sich um Angaben der versicherten Person (vgl. Nr. 2), so können wir Ihnen gegenüber die Anfechtung erklären, auch wenn Sie von der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht keine Kenntnis hatten.
5. Nr. 1 bis Nr. 4 gelten bei einer unsere Leistungspflicht erweiternden Änderung oder bei einer Wiederherstellung der Versicherung entsprechend. Die jeweilige Frist beginnt mit der Änderung oder Wiederherstellung der Versicherung bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu zu laufen.
6. Ist die Versicherung auf Ihr Leben abgeschlossen, gilt nach Ihrem Ableben ein Bezugsberechtigter (vgl. § 13 Nr. 1) als bevollmächtigt, eine Rücktritts- oder Anfechtungserklärung nach Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht entgegenzunehmen, sofern Sie uns keine andere Person als Bevollmächtigten genannt haben. Ist auch ein Bezugsberechtigter nicht mehr vorhanden oder kann sein Aufenthalt nicht ermittelt werden, so können wir den Inhaber des Versicherungsscheines zur Entgegennahme als bevollmächtigt ansehen.
7. Wenn wir den Vertrag anfechten oder vom Vertrag zurücktreten, erlischt er, ohne dass ein Rückkaufswert anfällt. Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.
8. Auf unser Anpassungs- und Kündigungsrecht, geregelt in § 41 VersVG, verzichten wir dann, wenn die Verletzung der Anzeigepflicht schuldlos, also nicht von Ihnen zu vertreten war.

§ 7 Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?

1. Die Beiträge zu Ihrer Risikolebensversicherung können Sie je nach Vereinbarung durch Monats-, Vierteljahres-, Halbjahres- oder Jahresbeiträge (laufende Beiträge) entrichten. Die Versicherungsperiode umfasst bei Jahreszahlung ein Jahr, bei unterjähriger Beitragszahlung entsprechend der Zahlungsweise einen Monat, ein Vierteljahr bzw. ein halbes Jahr.
2. Wenn Sie Ihre Beiträge vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich zahlen erhalten Sie hierfür einen entsprechenden Vorauszahlungsrabatt: 2 % bei vierteljährlicher, 3 % bei halbjährlicher und 5 % bei jährlicher Beitragszahlung.
3. Der erste Beitrag (Einlösungsbeitrag) wird frühestens mit Zustellung des Versicherungsscheins, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten, im Versicherungsschein angegebene-

nen Versicherungsbeginn fällig und ist sodann innerhalb von zwei Wochen zu zahlen. Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) werden zu Beginn der vereinbarten Versicherungsperiode fällig.

4. Für die Rechtzeitigkeit der Beitragszahlung genügt es, wenn Sie fristgerecht alles getan haben, damit der Beitrag bei uns eingeht. Ist die Einziehung des Beitrags von einem Konto vereinbart, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn der Beitrag zu dem in Nr. 3 genannten Termin eingezogen werden kann und Sie einer berechtigten Einziehung nicht widersprechen. Konnte der fällige Beitrag ohne Ihr Verschulden von uns nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach unserer schriftlichen Zahlungsaufforderung erfolgt. Haben Sie zu vertreten, dass der Beitrag wiederholt nicht eingezogen werden kann, sind wir berechtigt, künftig die Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens zu verlangen.
5. Bei Fälligkeit der Versicherungsleistung werden wir etwaige Beitragsrückstände verrechnen.
6. Die Übermittlung Ihrer Beiträge erfolgt auf Ihre Gefahr und Ihre Kosten. Zahlungen der Beiträge an uns können nur wirksam auf ein von uns benanntes Konto entrichtet werden. Ein Versicherungsvermittler ist nicht zur Entgegennahme von Zahlungen bevollmächtigt.
7. Sie können verlangen, dass die Beiträge bis zu drei Monate gestundet werden, wenn seit Beginn der Versicherung zwölf Monate vergangen sind, die Beiträge für das erste Versicherungsjahr vollständig gezahlt wurden und ein Deckungskapital vorhanden ist, das der Höhe der gestundeten Beiträge entspricht. Für eine Stundung der Beiträge ist eine Vereinbarung in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) mit uns erforderlich. Nach Vereinbarung können Sie die nicht gezahlten Beiträge in einem Betrag oder innerhalb eines Zeitraums von sechs Monaten in monatlichen Raten nachzahlen.
8. Es gilt als vereinbart, dass wir bei einer nicht nur vorübergehenden, nicht vorhersehbaren Änderung des Leistungsbedarfs gegenüber den zugrunde gelegten technischen Berechnungsgrundlagen und dem daraus errechneten Beitrag, eine Beitragserhöhung vornehmen können (siehe § 172 VersVG).

§ 8 Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?

1. Wenn Sie den Einlösungsbeitrag nicht rechtzeitig zahlen, 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 unseren Anspruch auf den Einlösungsbeitrag nicht innerhalb von drei Monaten vom Fälligkeitstag an gerichtlich geltend machen. Bei einem Rücktritt sind die Kosten der ärztlichen Untersuchung von Ihnen zu bezahlen.
2. Wenn ein Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt worden ist oder eingezogen werden konnte, erhalten Sie auf Ihre Kosten eine schriftliche Mahnung. Darin setzen wir Ihnen eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen. Wird der Rückstand nicht innerhalb der gesetzten Frist beglichen

und haben Sie dies zu vertreten, können wir den Vertrag kündigen. Im Falle der Kündigung stellen wir Ihre Versicherung beitragsfrei oder Ihr Versicherungsschutz entfällt vollständig, falls die beitragsfreie Fortführung der Versicherung nicht möglich ist. Auf diese und alle weiteren Rechtsfolgen werden sie in der Mahnung ausdrücklich hingewiesen.

§ 9 Wann können Sie Ihre Versicherung kündigen oder beitragsfrei stellen?

Kündigung

1. Sie können Ihre Versicherung jederzeit zum Schluss der Versicherungsperiode ganz oder teilweise in geschriebener Form kündigen.
2. Kündigen Sie Ihre Versicherung nur teilweise, ist die Kündigung unwirksam, wenn die verbleibende beitragspflichtige Versicherungssumme unter einen Mindestbetrag von 10.000 € sinkt. Wenn Sie in diesem Fall Ihre Versicherung beenden wollen, müssen Sie diese also ganz kündigen.
3. Mit der Kündigung erlischt die Versicherung. Wenn Sie Ihre Versicherung kündigen, haben Sie weder einen Anspruch auf einen Rückkaufswert noch auf eine Rückzahlung der Beiträge.

Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung

4. Anstelle einer Kündigung nach Nr. 1 können Sie zum dort genannten Termin auch verlangen, ganz oder teilweise von der Beitragszahlungspflicht befreit zu werden. In diesem Fall setzen wir die Versicherungssumme ganz oder teilweise auf eine beitragsfreie Summe herab, die nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik für den Schluss der laufenden Versicherungsperiode errechnet wird.

Der aus Ihrer Versicherung für die Bildung der beitragsfreien Summe zur Verfügung stehende Betrag mindert sich um einen Abzug gemäß § 173 Abs. 2 VersVG in Verbindung mit § 176 Abs. 5 VersVG sowie um rückständige Beiträge. Der Abzug beträgt 80 % des Deckungskapitals. Mit diesem Abzug wird die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versichertenbestandes ausgeglichen; zudem wird damit ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital vorgenommen. Weitere Erläuterungen sowie versicherungsmathematische Hinweise zum Abzug finden Sie im Anhang zu den Versicherungsbedingungen.

Ist in Ihre Versicherung eine Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung mit Berufsunfähigkeitsrente eingeschlossen, wird nach diesem Verfahren eine beitragsfreie Leistung aus der Hauptversicherung und eine beitragsfreie Berufsunfähigkeitsrente finanziert. Dabei bleibt das Verhältnis zwischen der Leistung aus der Hauptversicherung und Berufsunfähigkeitsrente unverändert.

5. Haben Sie die vollständige Befreiung von der Beitragszahlungspflicht verlangt und erreicht die nach Nr. 4 zu berechnende beitragsfreie Versicherungssumme den Mindestbetrag von 5.000 € nicht, erlischt die Versicherung. Eine teilweise Befreiung von der Beitragszahlungspflicht können Sie nur verlangen, wenn die verbleibende beitragspflichtige Versicherungssumme mindestens 10.000 € beträgt.

6. Die Beitragsfreistellung Ihrer Versicherung ist mit Nachteilen verbunden. Der für die Bildung einer beitragsfreien Leistung zur Verfügung stehende Betrag erreicht während der Versicherungsdauer nicht die Summe der eingezahlten Beiträge, da Abschluss- und Vertriebskosten sowie Verwaltungskosten (vgl. § 10) und eine Risikodeckung finanziert werden müssen. Nähere Informationen zur beitragsfreien Versicherungssumme und ihrer Höhe können Sie der Ihrem Versicherungsschein bzw. Angebot beigefügten Tabelle entnehmen.

§ 10 Wie werden die Kosten Ihres Vertrages verrechnet?

1. Mit Ihrem Vertrag sind Kosten verbunden. Diese sind in Ihren Beitrag einkalkuliert. Es handelt sich um Abschluss- und Vertriebskosten sowie übrige Kosten. Zu den Abschluss- und Vertriebskosten gehören insbesondere Abschlussprovisionen für den Versicherungsvermittler. Außerdem umfassen die Abschluss- und Vertriebskosten die Kosten für die Antragsprüfung und Ausfertigung der Vertragsunterlagen, Sachaufwendungen, die im Zusammenhang mit der Antragsbearbeitung stehen sowie Werbeaufwendungen. Zu den übrigen Kosten gehören insbesondere die Verwaltungskosten.

Die Höhe der einkalkulierten Abschluss- und Vertriebskosten sowie der übrigen Kosten und der darin enthaltenen Verwaltungskosten können Sie Ihrem Angebot entnehmen.

2. Wir wenden auf Ihren Vertrag das Verrechnungsverfahren nach § 4 der deutschen Deckungsrückstellungsverordnung an. Dies bedeutet, dass wir die ersten Beiträge zur Tilgung eines Teils der Abschluss- und Vertriebskosten heranziehen. Dies gilt jedoch nicht für den Teil der ersten Beiträge, der für Leistungen im Versicherungsfall, Kosten des Versicherungsbetriebs in der jeweiligen Versicherungsperiode und aufgrund von gesetzlichen Regelungen für die Bildung einer Deckungsrückstellung bestimmt ist. Der auf diese Weise zu tilgende Betrag ist nach der deutschen Deckungsrückstellungsverordnung auf 2,5 % der von Ihnen während der Laufzeit des Vertrages zu zahlenden Beiträge beschränkt.
3. Die restlichen Abschluss- und Vertriebskosten werden über die gesamte Beitragszahlungsdauer verteilt, die übrigen Kosten über die gesamte Vertragslaufzeit.
4. Die beschriebene Kostenverrechnung hat zur Folge, dass in der Anfangszeit Ihres Vertrages keine Beträge zur Bildung der beitragsfreien Versicherungssumme vorhanden sind (siehe § 9). Nähere Informationen können Sie der Ihrem Versicherungsschein bzw. Angebot beigefügten Tabelle entnehmen.

§ 11 Was ist zu beachten, wenn eine Versicherungsleistung verlangt wird?

1. Leistungen aus dem Versicherungsvertrag erbringen wir gegen Vorlage des Versicherungsscheins. Zusätzlich können wir verlangen, dass uns die Auskunft nach § 16 vorgelegt wird.

2. Der Tod der versicherten Person ist uns unverzüglich – möglichst innerhalb von drei Tagen – anzuzeigen. Außer dem Versicherungsschein sind uns einzureichen:
 - eine amtliche, Alter und Geburtsort enthaltende Sterbeurkunde;
 - ein ausführliches, ärztliches oder amtliches Zeugnis über die Todesursache sowie über Beginn und Verlauf der Krankheit, die zum Tode der versicherten Person geführt hat.
3. Zur Klärung unserer Leistungspflicht können wir notwendige weitere Nachweise und Auskünfte verlangen und erforderliche Erhebungen selbst anstellen. Die mit den Nachweisen verbundenen Kosten trägt derjenige, der die Versicherungsleistung beansprucht.
4. Falls Sie Leistungen bei Berufsunfähigkeit beantragt haben, sind im Versicherungsfall besondere Mitwirkungspflichten zu beachten.
5. Unsere Leistungen überweisen wir dem Empfangsberechtigten auf seine Kosten. Bei Überweisungen in Länder außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraumes trägt der Empfangsberechtigte auch die damit verbundene Gefahr.

§ 12 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?

1. Den Inhaber des Versicherungsscheins können wir als berechtigt ansehen, über die Rechte aus dem Versicherungsvertrag zu verfügen, insbesondere Leistungen in Empfang zu nehmen. Wir können aber verlangen, dass uns der Inhaber des Versicherungsscheins seine Berechtigung nachweist.
2. In den Fällen des § 13 Nr. 3 brauchen wir den Nachweis der Berechtigung nur dann anerkennen, wenn uns die schriftliche Anzeige des bisherigen Berechtigten vorliegt.

§ 13 Wer erhält die Versicherungsleistung?

1. Die Leistung aus dem Versicherungsvertrag erbringen wir an Sie als unseren Versicherungsnehmer oder an Ihre Erben, falls Sie uns keine andere Person benannt haben, die bei Eintritt des Versicherungsfalles die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag erwerben soll (Bezugsberechtigter). Gegebenenfalls bedarf es hierzu zusätzlich einer Zustimmung Dritter. Bis zum Eintritt des Versicherungsfalles können Sie das Bezugsrecht jederzeit widerrufen.
2. Sie können ausdrücklich bestimmen, dass der Bezugsberechtigte sofort und unwiderruflich die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag erwerben soll. Sobald wir Ihre Erklärung erhalten haben, kann dieses Bezugsrecht nur noch mit Zustimmung des von Ihnen Benannten aufgehoben werden.
3. Die Einräumung und der Widerruf eines Bezugsrechts (vgl. Nr. 1 und 2) sind uns gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn sie uns vom bisherigen Berechtigten schriftlich angezeigt worden sind. Das Gleiche gilt für die Abtretung und Verpfändung von Ansprüchen aus dem Versicherungsvertrag, soweit derartige Verfügungen überhaupt rechtlich möglich sind. Eine Vinkulierung bedarf neben der schriftlichen Anzeige zu ihrer Wirksamkeit auch unserer Zustimmung.

§ 14 Was gilt für Mitteilungen, die sich auf das Versicherungsverhältnis beziehen?

1. Mitteilungen, die das Versicherungsverhältnis betreffen, müssen – soweit in diesen Bedingungen oder den für den Vertrag geltenden gesetzlichen Bestimmungen nicht anders geregelt – mindestens in geschriebener Form erfolgen. Der geschriebenen Form wird durch einen Text in Schriftzeichen, aus dem die Person des Erklärenden hervorgeht (z.B. Telefax oder E-Mail) entsprochen. Mitteilungen, für die diese Bedingungen oder die für den Vertrag geltenden gesetzlichen Bestimmungen Schriftform (Schriftlichkeit) verlangen, müssen dem Empfänger im Original mit eigenhändiger Unterschrift des Erklärenden zugehen. Für uns bestimmte Mitteilungen sind direkt an unsere Hauptverwaltung in Deutschland zu richten und werden wirksam, sobald sie uns zugegangen sind. Versicherungsvermittler sind zur Entgegennahme nicht bevollmächtigt.
2. Wenn Sie sich für längere Zeit außerhalb der Republik Österreich aufhalten, sollten Sie uns auch in Ihrem Interesse eine im Inland ansässige Person benennen, die bevollmächtigt ist, unsere Mitteilungen für Sie entgegenzunehmen (Zustellungsbevollmächtigter).

§ 15 Was gilt bei Änderung Ihrer Postanschrift und Ihres Namens?

1. Eine Änderung Ihrer Postanschrift müssen Sie uns unverzüglich mitteilen. Andernfalls können für Sie Nachteile entstehen, da wir eine an Sie zu richtende Willenserklärung mit eingeschriebenem Brief an Ihre uns zuletzt bekannte Anschrift senden können. In diesem Fall wird unsere Erklärung zu dem Zeitpunkt wirksam, in dem sie Ihnen ohne die Änderung der Anschrift bei regelmäßiger Beförderung zugegangen wäre. Dies gilt auch, wenn Sie die Versicherung in Ihrem Gewerbebetrieb genommen und Ihre gewerbliche Niederlassung verlegt haben.
2. Bei Änderung Ihres Namens gilt Nr. 1 entsprechend.

§ 16 Welche weiteren Auskunftspflichten haben Sie?

1. Sofern wir aufgrund gesetzlicher Regelungen zur Erhebung, Speicherung, Verarbeitung und Meldung von Informationen und Daten zu Ihrem Vertrag verpflichtet sind, müssen Sie uns die hierfür notwendigen Informationen, Daten und Unterlagen
 - bei Vertragsabschluss,
 - bei Änderung nach Vertragsabschluss oder
 - auf Nachfrage
 unverzüglich – d. h. ohne schuldhaftes Zögern – zur Verfügung stellen. Sie sind auch zur Mitwirkung verpflichtet, soweit der Status dritter Personen, die Rechte an ihrem Vertrag haben, für Datenerhebungen und Meldungen maßgeblich ist.
2. Notwendige Informationen im Sinne von Nr. 1 sind beispielsweise Umstände, die für die Beurteilung
 - Ihrer persönlichen steuerlichen Ansässigkeit,

- der steuerlichen Ansässigkeit dritter Personen, die Rechte an ihrem Vertrag haben und
- der steuerlichen Ansässigkeit des Leistungsempfängers maßgebend sein können.

Dazu zählen insbesondere die deutsche oder ausländische(n) Steueridentifikationsnummer(n), das Geburtsdatum, der Geburtsort und der Wohnsitz.

3. Falls Sie uns die notwendigen Informationen, Daten und Unterlagen nicht oder nicht rechtzeitig zur Verfügung stellen, gilt Folgendes: Bei einer entsprechenden gesetzlichen Verpflichtung melden wir Ihre Vertragsdaten an die zuständigen in- oder ausländischen Steuerbehörden. Dies gilt auch dann, wenn ggf. keine steuerliche Ansässigkeit im Ausland besteht.
4. Eine Verletzung Ihrer Auskunftspflichten gemäß Nr. 1 und 2 kann dazu führen, dass wir unsere Leistung nicht zahlen. Dies gilt solange, bis Sie uns die für die Erfüllung unserer gesetzlichen Pflichten notwendigen Informationen zur Verfügung gestellt haben.

§ 17 Welche Kosten können wir Ihnen gesondert in Rechnung stellen?

1. Falls aus besonderen von Ihnen veranlassten Gründen ein zusätzlicher Verwaltungsaufwand verursacht wird, können wir die in solchen Fällen durchschnittlich entstehenden Kosten als pauschalen Abgeltungsbetrag in Rechnung stellen.

Dies gilt beispielsweise bei:

- Ausfertigung einer Ersatzurkunde oder von Abschriften des Versicherungsscheines;
 - schriftlicher Fristsetzung bei Nichtzahlung von Folgebeiträgen;
 - Mahnverfahren wegen Beitragsrückständen (§§ 38, 39 VersVG);
 - Rückläufeln im Lastschriftverfahren;
 - Angebotserstellung von Vertragsänderungen und deren Durchführung;
 - Bearbeitung von Abtretung, Verpfändung oder Vinkulierung.
2. Sofern Sie uns nachweisen, dass die dem pauschalen Abgeltungsbetrag zugrunde liegenden Annahmen in Ihrem Fall entweder dem Grunde nach nicht zutreffen oder der Höhe nach wesentlich niedriger zu beziffern sind, entfällt der Abgeltungsbetrag bzw. wird – im letzteren Falle – entsprechend herabgesetzt.

§ 18 Welche Sanktionen führen zum Ausschluss des Versicherungsschutzes?

1. Es besteht – unbeschadet der übrigen Vertragsbestimmungen – Versicherungsschutz und Anspruch auf jegliche Leistungen nur, soweit und solange dem keine auf die Vertragsparteien anwendbaren Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Europäischen Union, der Vereinten Nationen oder der Bundesrepublik Deutschland entgegenstehen.

2. Dies gilt auch für Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Vereinigten Staaten von Amerika und des Vereinigten Königreichs, soweit dem nicht Rechtsvorschriften der Europäischen Union oder der Bundesrepublik Deutschland entgegenstehen.

§ 19 Was sind die Vertragsgrundlagen, welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung und wer ist die zuständige Aufsichtsbehörde?

1. Vertragsgrundlagen sind Ihr Antrag, das zu Ihrem Antrag gehörende Angebot inkl. Modellrechnung, der Versicherungsschein, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie die gegebenenfalls für Ihren Vertrag geltenden besonderen Versicherungsbedingungen. Für den Vertrag gelten die Rechnungsgrundlagen unseres Tarifwerkes bei Vertragsabschluss.
2. Auf Ihren Vertrag findet österreichisches Recht Anwendung.
3. Wir als Versicherer und der diesem Versicherungsvertrag zugrunde liegende Tarif unterliegen der Kontrolle und Aufsicht durch die deutsche Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), D-53117 Bonn, Graurheindorfer Str. 108.

§ 20 Wo ist der Gerichtsstand?

1. Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach unserem Sitz oder der für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung. Sind Sie eine natürliche Person, ist auch das Gericht örtlich zuständig, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben. Ist Ihre Versicherung durch die Vermittlung eines Versicherungsagenten zustande gekommen, kann auch das Gericht des Ortes angerufen werden, an dem der Agent zur Zeit der Vermittlung seine gewerbliche Niederlassung oder, wenn er eine solche nicht unterhielt, seinen Wohnsitz hatte.
2. Sind Sie eine natürliche Person, müssen Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie bei dem Gericht erhoben werden, das für Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts zuständig ist. Sind Sie eine juristische Person, bestimmt sich das zuständige Gericht nach Ihrem Sitz oder Ihrer Niederlassung.
3. Verlegen Sie Ihren Wohnsitz in einen Staat außerhalb der Europäischen Union, Islands, Norwegens oder der Schweiz, sind die Gerichte des Staates zuständig, in dem wir unseren Sitz haben.
4. Sind der Wohnsitz oder der gewöhnliche Aufenthalt des Versicherungsnehmers im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen den Versicherungsnehmer nach dem Sitz des Versicherers oder seiner für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung.

§ 21 Welche außergerichtlichen Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren stehen zur Verfügung?

Die Zufriedenheit unserer Kunden steht für uns im Mittelpunkt. Sollten Sie dennoch einmal nicht zufrieden sein, können Sie sich gerne an uns wenden. Dies gibt uns die Möglichkeit, für Sie eine Lösung zu finden und unseren Service zu optimieren.

Die InterRisk Lebensversicherungs-AG Vienna Insurance Group ist Mitglied im Verein Versicherungsombudsmann e. V. Sie können damit das kostenlose außergerichtliche Streitschlichtungsverfahren in Anspruch nehmen.

Den Ombudsmann der Versicherungen erreichen Sie unter Versicherungsombudsmann e.V., Postfach 080632, D-10006 Berlin oder im Internet unter www.versicherungsombudsmann.de.

Generell steht Ihnen auch die BaFin als zuständige deutsche Aufsichtsbehörde in Beschwerdefällen zur Verfügung. Die Anschrift der BaFin finden Sie unter § 19 Nr. 3.

Von der Inanspruchnahme des kostenlosen außergerichtlichen Streitschlichtungsverfahrens unberührt bleibt die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten.

IV Anhang der Allgemeinen Bedingungen zur Kündigung und Beitragsfreistellung Ihrer Risikolebensversicherung

Die Kündigung oder Beitragsfreistellung Ihrer Risikolebensversicherung ist mit Nachteilen verbunden.

Im Falle einer Kündigung haben Sie keinen Anspruch auf einen Rückkaufswert. Auch die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

Im Falle einer Beitragsfreistellung stehen nicht unbedingt Mittel in der Höhe der eingezahlten Beiträge für die Bildung einer beitragsfreien Versicherungssumme zur Verfügung, da aus diesen auch Abschluss- und Vertriebskosten sowie Kosten für die Verwaltung des gebildeten Kapitals finanziert werden und der in den Allgemeinen Bedingungen erwähnte Abzug erfolgt. Bei seiner Kalkulation werden folgende Umstände berücksichtigt:

Veränderung der Risikolage

Die Kalkulation von Versicherungsprodukten basiert darauf, dass die Risikogemeinschaft sich gleichmäßig aus versicherten Personen mit einem hohen und einem geringeren Risiko zusammensetzt. Da Personen mit einem geringen Risiko die Risikogemeinschaft eher verlassen als Personen mit einem hohen Risiko, wird in Form eines kalkulatorischen Ausgleichs sichergestellt, dass der Risikogemeinschaft durch die vorzeitige Vertragskündigung kein Nachteil entsteht.

Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital

Wir bieten Ihnen im Rahmen des vereinbarten Versicherungsschutzes Garantien und Optionen. Dies ist möglich, weil ein Teil des dafür erforderlichen Risikokapitals (Solvenzmittel) durch den Versichertenbestand zur Verfügung gestellt wird. Bei Neuabschluss eines Vertrages

partizipiert dieser an bereits vorhandenen Solvenzmitteln. Während der Laufzeit muss der Vertrag daher Solvenzmittel zur Verfügung stellen. Bei Vertragskündigung gehen diese Solvenzmittel dem verbleibenden Bestand verloren und müssen deshalb im Rahmen des Abzugs ausgeglichen werden. Der interne Aufbau von Risikokapital ist regelmäßig für alle Versicherungsnehmer die günstigste Finanzierungsmöglichkeit von Optionen und Garantien, da eine Finanzierung über externes Kapital wesentlich teurer wäre.

V Besondere Bedingungen für die Nachversicherungsgarantie zur Risikolebensversicherung

- Sie haben innerhalb von drei Jahren ab dem Beginn des Versicherungsvertrages das Recht, den Versicherungsschutz für die versicherte(n) Person(en) einmal oder mehrmals ohne erneute Gesundheitsprüfung zu erhöhen. Die einzelne Nachversicherungssumme beträgt mindestens 2.500 € und höchstens 100 % der ursprünglich vereinbarten Versicherungssumme. Die Gesamtversicherungssumme darf jedoch 250.000 € nicht übersteigen.
 - Diese Nachversicherungsgarantie bezieht sich nicht auf eingeschlossene Zusatzversicherungen sowie auf Erhöhungsverträge, die durch Inanspruchnahme der Nachversicherungsgarantie zustande gekommen sind.
 - Die im Rahmen des Versicherungsvertrages getroffenen besonderen Vereinbarungen sowie die Regelungen zur vorvertraglichen Anzeigepflicht der Allgemeinen Bedingungen erstrecken sich auch auf die Erhöhung der Versicherungsleistung.
- Tritt bei der/den versicherten Person(en) eines der folgenden Ereignisse ein, können Sie darüber hinaus die Versicherungssumme innerhalb von zwölf Monaten nach Eintritt des Ereignisses ohne erneute Gesundheitsprüfung zusätzlich erhöhen:
 - Geburt eines Kindes;
 - Adoption eines minderjährigen Kindes;
 - Heirat oder Schließung/Eingehung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft;
 - Ehescheidung oder Aufhebung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft;
 - Tod des Ehepartners oder eingetragenen Lebenspartners;
 - erfolgreicher Abschluss einer allgemein anerkannten Berufsausbildung, eines Hochschulstudiums oder einer Höherqualifikation (z.B. Meisterprüfung, Fachwirt, Facharzt-Anerkennung, Promotion);
 - Steigerung des monatlichen Bruttoeinkommens aus nicht selbstständiger Tätigkeit um mindestens 10 % im Vergleich zu den letzten zwölf Monaten vor der Erhöhung (jeweils ohne Berücksichtigung von Sonderzahlungen, Bonuszahlungen oder Tantiemen). Bei beruflich Selbstständigen: Steigerung des durchschnittlichen Gewinns vor Steuern des letzten Kalenderjahres um mindestens 25 % im Vergleich

zum durchschnittlichen Gewinn vor Steuern der zwei davorliegenden Kalenderjahre;

- Wegfall oder Reduzierung der betrieblichen Altersversorgung, z.B. bei Arbeitgeberwechsel in eine vergleichbare oder bessere Position;
- erstmaliger Wechsel in die berufliche Selbstständigkeit, falls die versicherte Person aus dieser Berufstätigkeit ihr hauptsächliches Erwerbseinkommen bezieht;
- Kauf oder Baubeginn einer Immobilie mit einem Verkehrswert von mindestens 50.000 € zur Eigennutzung;
- Aufnahme eines Immobilienkredites.

Das Vorliegen dieser Ereignisse ist uns durch entsprechende Unterlagen (z.B. Urkunden) nachzuweisen.

Die einzelne Nachversicherungssumme beträgt mindestens 2.500 € und höchstens 100 % der ursprünglich vereinbarten Versicherungssumme, jedoch nicht mehr als 50.000 €. Die Gesamtsumme der Nachversicherungen ist auf 100.000 € begrenzt.

- b) Sind Zusatzversicherungen eingeschlossen, so werden ihre Versicherungsleistungen in demselben Verhältnis erhöht wie die Versicherungsleistungen der Hauptversicherung.
 - c) Alle im Rahmen des Versicherungsvertrages getroffenen Vereinbarungen erstrecken sich auch auf die Erhöhung der Versicherungsleistungen. Die Erhöhung der Versicherungsleistungen aus dem Versicherungsvertrag setzt die Fristen der Allgemeinen Bedingungen bezüglich der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht und der Selbsttötung für den Grundvertrag nicht erneut in Lauf.
3. Jede einzelne Nachversicherung gilt für sich als Abschluss eines neuen Versicherungsvertrages mit den dann gültigen Versicherungsbedingungen, Tarifen und gesetzlichen Bestimmungen.
Für die Berechnung des Beitrags sind das am jeweiligen Erhöhungstermin erreichte rechnermäßige Alter der versicherten Person(en) (Differenz zwischen dem Beginnjahr der Versicherung und dem jeweiligen Geburtsjahr der versicherten Person(en)), die restliche Versicherungsdauer und eventuell vereinbarte Beitragszuschläge maßgeblich.
 4. Das Recht auf Nachversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung besteht nicht, wenn aufgrund der Antragsprüfung ein Beitragszuschlag oder eine Leistungseinschränkung bzw. der Ausschluss der Nachversicherungsgarantie vereinbart ist.
 5. Bei Versicherungen mit Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung ruht das Recht auf Nachversicherung für Zeiten der Berufsunfähigkeit.
 6. Das Recht auf Nachversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung erlischt, wenn
die versicherte Person (bei verbundenen Leben die ältere versicherte Person) älter als 49 Jahre ist oder
die Restlaufzeit weniger als zwei Jahre beträgt.

VI Besondere Bedingungen für die Unfalltod-Zusatzversicherung zur Risikolebensversicherung

Sofern für Ihre Risikolebensversicherung zusätzlich eine Unfalltod-Zusatzversicherung vereinbart wurde, gelten für unser Vertragsverhältnis zusätzlich die nachfolgenden Besonderen Bedingungen. Soweit in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die Allgemeinen Bedingungen für die Risikolebensversicherung sinngemäß Anwendung.

§ 1 Was ist versichert?

1. Stirbt die versicherte Person an den Folgen eines Unfalls, so wird die vereinbarte Versicherungssumme aus der Unfalltod-Zusatzversicherung fällig, wenn
 - a) der Unfall sich nach Inkrafttreten der Zusatzversicherung ereignet hat und
 - b) der Tod eingetreten ist
 - während der Dauer der Zusatzversicherung,
 - innerhalb eines Jahres nach dem Unfall und
 - vor dem Ende des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person ihr 75. Lebensjahr vollendet hat; verstirbt die versicherte Person nach diesem Zeitpunkt, so leisten wir dennoch, wenn die versicherte Person den Unfall bei Benutzung eines dem öffentlichen Personenverkehr dienenden Verkehrsmittels erlitten hat und das Verkehrsmittel dem Ereignis, das den Unfalltod der versicherten Person verursacht hat, selbst ausgesetzt war.
2. Bei der Versicherung für zwei verbundene Leben wird die Unfalltod-Zusatzversicherungssumme für jede versicherte Person gezahlt, für die die Unfalltod-Zusatzversicherung eingeschlossen ist, wenn die versicherten Personen gleichzeitig durch denselben Unfall sterben. Als gleichzeitig gilt auch, wenn die versicherten Personen innerhalb von 14 Tagen an den Folgen des Unfalls sterben und die sonstigen Voraussetzungen nach Nr. 1 erfüllt sind.

§ 2 Was ist ein Unfall im Sinne dieser Bedingungen?

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet, die innerhalb von zwölf Monaten zum Tode führt.

§ 3 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

1. Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, wie es zu dem Unfalltod gekommen ist.
2. Soweit nichts anderes vereinbart ist, fallen jedoch nicht unter den Versicherungsschutz:
 - a) Unfälle durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, auch soweit diese auf Trunkenheit beruhen, sowie durch Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere

- Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen; wir werden jedoch leisten, wenn diese Störungen oder Anfälle durch ein unter diese Versicherung fallendes Unfallereignis verursacht waren;
- b) Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie vorsätzlich eine Straftat ausführt oder versucht;
- c) Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht sind; wir werden jedoch leisten, wenn die versicherte Person in Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen stirbt, denen sie während eines Aufenthaltes außerhalb der Republik Österreich ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war;
- d) Unfälle durch Innere Unruhen, wenn die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;
- e) Unfälle der versicherten Person
- als Luftfahrzeugführer (auch Luftsportgeräteführer), soweit dieser nach österreichischem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt, sowie als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeuges,
 - bei einer mit Hilfe eines Luftfahrzeuges auszuübenden beruflichen Tätigkeit,
 - bei der Benutzung von Raumfahrzeugen;
- f) Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeuges an Fahrtveranstaltungen einschließlich der dazugehörenden Übungsfahrten beteiligt, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt;
- g) Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht sind;
- h) Gesundheitsschädigungen durch Strahlen; wir werden jedoch leisten, wenn es sich um Folgen eines unter die Versicherung fallenden Unfallereignisses handelt;
- i) Gesundheitsschädigungen durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe, die die versicherte Person an ihrem Körper vornimmt oder vornehmen lässt; wir werden jedoch leisten, wenn die Eingriffe oder Heilmaßnahmen, auch strahlendiagnostische und -therapeutische, durch einen unter diese Versicherung fallenden Unfall veranlasst waren;
- j) Infektionen; wir werden jedoch leisten, wenn die Krankheitserreger durch eine unter diese Versicherung fallende Unfallverletzung in den Körper gelangt sind; nicht als Unfallverletzungen gelten dabei Haut- oder Schleimhautverletzungen, die als solche geringfügig sind und durch die Krankheitserreger sofort oder später in den Körper gelangen; für Tollwut und Wundstarrkrampf entfällt diese Einschränkung; für Infektionen, die durch Heilmaßnahmen verursacht sind, gilt i) Satz 2 entsprechend;
- k) Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund; wir werden jedoch leisten, wenn es sich um Folgen eines unter die Versicherung fallenden Unfallereignisses handelt;
- l) Unfälle infolge psychischer Reaktionen, gleichgültig, wodurch diese verursacht sind;

- m) Selbsttötung, und zwar auch dann, wenn die versicherte Person die Tat in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen hat; Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn jener Zustand durch ein unter die Versicherung fallendes Unfallereignis hervorgerufen wurde;
- n) Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder den vorsätzlichen Einsatz oder die vorsätzliche Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen verursacht sind, sofern der Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet sind, das Leben einer Vielzahl von Personen zu gefährden.

§ 4 Welche Rolle spielen Erkrankungen und Gebrechen der versicherten Person?

Haben zur Herbeiführung des Todes neben dem Unfall Krankheiten oder Gebrechen zu mindestens 25 % mitgewirkt, so vermindert sich unsere Leistung entsprechend dem Anteil der Mitwirkung.

§ 5 Was ist zur Vermeidung von Rechtsnachteilen nach dem Unfalltod der versicherten Person zu beachten?

1. Der Unfalltod der versicherten Person ist uns unverzüglich – möglichst innerhalb von drei Tagen – mitzuteilen. An Unterlagen sind uns die notwendigen Nachweise zum Unfallhergang und zu den Unfallfolgen einzureichen.
2. Zur Klärung unserer Leistungspflicht können wir notwendige weitere Nachweise und Auskünfte verlangen.
3. Uns ist das Recht zu verschaffen, ggf. eine Obduktion durch einen von uns beauftragten Arzt vornehmen zu lassen.
4. Wird vorsätzlich oder grob fahrlässig entweder die Mitteilungs- und Aufklärungspflicht (Nr. 1 und Nr. 2) verletzt oder die Zustimmung zur Obduktion (Nr. 3) verweigert, sind wir von unserer Leistungspflicht befreit. Bei grob fahrlässigem Verhalten bleiben wir zur Leistung insoweit verpflichtet, als dieses Verhalten ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist. Bei vorsätzlichem Verhalten bleiben wir in diesen Fällen zur Leistung insoweit nur verpflichtet, wenn das Verhalten nicht geeignet war, unsere Interessen ernsthaft zu beeinträchtigen.

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

Wir sind verpflichtet, innerhalb eines Monats zu erklären, ob und in welcher Höhe wir einen Anspruch anerkennen. Die Frist beginnt mit dem Eingang der notwendigen Nachweise und Auskünfte.

§ 7 Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?

1. Diese Zusatzversicherung bildet mit der Risikolebensversicherung, zu der sie abgeschlossen worden ist (Hauptversicherung), eine Einheit; sie kann ohne die Hauptversicherung nicht fortgesetzt werden. Wenn der Versicherungsschutz aus der Hauptversicherung endet, erlischt auch diese Zusatzversicherung. Bei Risikolebensversicherungen mit Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung besteht die Unfalltod-Zusatzversicherung auch dann fort, wenn die Hauptversicherung wegen Berufsunfähigkeit der versicherten Person ganz oder teilweise beitragsfrei wird.
2. Wird die versicherte Leistung der Hauptversicherung herabgesetzt, vermindert sich auch der Versicherungsschutz aus dieser Zusatzversicherung – soweit möglich – im selben Verhältnis.
3. Wenn unsere Leistungspflicht aus der Hauptversicherung erloschen oder auf die beitragsfreie Leistung beschränkt war, danach aber zusammen mit dieser Zusatzversicherung ganz oder teilweise wieder auflebt, können aus dem wieder in Kraft getretenen Teil keine Ansprüche aufgrund solcher Unfälle geltend gemacht werden, die während der Unterbrechung des vollen Versicherungsschutzes eingetreten sind.
4. Eine Zusatzversicherung mit laufender Beitragszahlung können Sie zum Schluss der Versicherungsperiode für sich allein kündigen. Aus der gekündigten Zusatzversicherung können Sie keinen Rückkaufswert erhalten. Auch die Rückzahlung der Beiträge ist nicht möglich.
5. Eine Zusatzversicherung für die keine Beiträge mehr zu zahlen sind (beitragsfreie Zusatzversicherung) können Sie nur zusammen mit der Hauptversicherung kündigen. Nr. 4 Satz 2 und 3 gilt entsprechend.
6. Die Zusatzversicherung können Sie nur zusammen mit der Hauptversicherung in eine beitragsfreie Versicherung umwandeln.

Bei Beitragsfreistellung einer Versicherung mit abgekürzter Beitragszahlungsdauer bleibt eine beitragsfreie Unfalltod-Zusatzversicherung mit herabgesetzter Summe versichert, sofern die für die Hauptversicherung vorgesehene Mindestversicherungssumme erreicht wird. Das Verhältnis zwischen der herabgesetzten Versicherungssumme der Unfalltod-Zusatzversicherung und der Versicherungssumme der Hauptversicherung bleibt hierbei erhalten. Auf das im Fall abgekürzter Beitragszahlung vorhandene Deckungskapital als Zeitwert der Versicherung erfolgt hierbei ein Abzug in Höhe von 50 %. Erläuterungen sowie versicherungsmathematische Hinweise zum Abzug finden Sie im Anhang zu den Allgemeinen Bedingungen für die Risikolebensversicherung.

In allen übrigen Fällen erlischt bei Beitragsfreistellung die Unfalltod-Zusatzversicherung. Ein Anspruch auf einen Rückkaufswert besteht nicht.

7. Die Zusatzversicherung ist grundsätzlich gesondert am Überschuss beteiligt. Sie gehört zur gleichen Bestandsgruppe wie die Hauptversicherung. Jede Versicherung mit abgekürzter Beitragszahlungsdauer erhält Anteile an den Überschüssen dieser Bestandsgruppe. Die Höhe dieser Anteile wird vom Vorstand unseres Unternehmens auf

Vorschlag des verantwortlichen Aktuars unter Beachtung der gesetzlichen und aufsichtsrechtlichen Rahmenbedingungen jährlich festgelegt und im Geschäftsbericht veröffentlicht.

8. Soweit in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die Allgemeinen Bedingungen für die Risikolebensversicherung sinngemäß Anwendung.

VII Besondere Bedingungen für die Risikoversicherung mit planmäßiger Erhöhung der Beiträge und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung

Sofern für Ihre Risikoversicherung eine planmäßige Erhöhung der Beiträge und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung vereinbart wurde (Dynamikplan), gelten für unser Vertragsverhältnis zusätzlich die nachfolgenden Besonderen Bedingungen. Soweit in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die Allgemeinen Bedingungen sinngemäß Anwendung.

§ 1 Nach welchem Maßstab erfolgt die planmäßige Erhöhung der Beiträge und Versicherungsleistungen?

1. In Ihrem Versicherungsschein ist im Einzelnen vereinbart, nach welchem der folgenden Maßstäbe sich die Beiträge bzw. die Versicherungsleistungen Ihrer Versicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung erhöhen.
Der Beitrag für diese Versicherung einschließlich etwaiger Zusatzversicherungen erhöht sich jährlich um den vereinbarten Prozentsatz des Vorjahresbeitrags.
2. Die Beitragserhöhung bewirkt eine Erhöhung der Versicherungsleistungen.
3. Die Erhöhungen erfolgen bis fünf Jahre vor dem Ablauf der Beitragszahlungsdauer, jedoch nicht länger, als bis die versicherte Person - bei Tarifen auf verbundene Leben die ältere versicherte Person - das rechnungsmäßige Alter (Differenz zwischen dem Beginnjahr der Versicherung und dem Geburtsjahr der versicherten Person) von 55 Jahren erreicht hat.
4. Wird bei den planmäßigen Erhöhungen der Risiko-Lebensversicherung eine der nachstehenden Versicherungssummen erstmalig überschritten, sind weitere Erhöhungen nur nach der Einreichung zusätzlicher Untersuchungen - auf unsere Kosten - möglich. Das Ergebnis dieser zusätzlichen Untersuchungen kann aber auch zum Ausschluss der Dynamikvereinbarung führen.

Es gelten folgende Grenzen bei den planmäßigen Erhöhungen:

- Versicherungssumme 300.001 EUR: Ärztliche Untersuchung mit HIV-Test und kleinem Labor
- Versicherungssumme 600.001 EUR: Zusätzliche Laboruntersuchungen des Blutes, EKG in Ruhe und Belastung.

§ 2 Zu welchem Zeitpunkt erhöhen sich Beiträge und Versicherungsleistungen?

1. Die Erhöhungen des Beitrags und der Versicherungsleistungen erfolgen jeweils zu Beginn eines Versicherungsjahres.
2. Sie erhalten rechtzeitig vor dem Erhöhungstermin eine Mitteilung über die Erhöhung. Der Versicherungsschutz aus der jeweiligen Erhöhung beginnt am Erhöhungstermin.

§ 3 Wonach errechnen sich die erhöhten Versicherungsleistungen?

1. Die Erhöhung der Versicherungsleistungen errechnet sich nach dem am Erhöhungstermin erreichten rechnermäßigen Alter der versicherten Person(en), der restlichen Versicherungs- und Beitragszahlungsdauer, einem eventuell vereinbarten Beitragszuschlag, dem bei Abschluss des Vertrages gültigen Tarif und den ursprünglichen Annahmbedingungen. Die Versicherungsleistungen erhöhen sich nicht im gleichen Verhältnis wie die Beiträge.
2. Sind Zusatzversicherungen eingeschlossen, so werden ihre Versicherungsleistungen im selben Verhältnis wie die der Hauptversicherung erhöht.

§ 4 Welche sonstigen Bestimmungen gelten für die Erhöhung der Versicherungsleistungen?

1. Alle im Rahmen des Versicherungsvertrages getroffenen Vereinbarungen, auch die Bezugsrechtsverfügung, erstrecken sich ebenfalls auf die Erhöhung der Versicherungsleistungen. Entsprechende Anwendung findet auch der Paragraph – „Wie werden die Abschluss- und Vertriebskosten verrechnet?“ – der Allgemeinen Bedingungen.
2. Die Erhöhung der Versicherungsleistungen aus dem Versicherungsvertrag setzt die Fristen der Allgemeinen Bedingungen bezüglich der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht und der Selbsttötung nicht erneut in Lauf.
3. Im Hinblick auf die Überschussbeteiligung gelten die getroffenen Vereinbarungen der zugrunde liegenden Haupt- bzw. Zusatzversicherung. Die Erhöhungen werden hierbei wie neu abgeschlossene Verträge behandelt, deren Versicherungs- bzw. Leistungsdauer jeweils gleich der restlichen Versicherungs- bzw. Leistungsdauer der Grundversicherung ist.

§ 5 Wann werden Erhöhungen ausgesetzt?

1. Die Erhöhung entfällt rückwirkend, wenn Sie ihr bis zum Ende des ersten Monats nach dem Erhöhungstermin widersprechen oder den ersten erhöhten Beitrag nicht innerhalb von zwei Monaten nach dem Erhöhungstermin zahlen.
2. Unterbliebene Erhöhungen können Sie mit unserer Zustimmung nachholen.
3. Sollten Sie mehr als zweimal hintereinander von der Erhöhungsmöglichkeit keinen Gebrauch machen, so erlischt Ihr Recht auf weitere Erhöhungen; es kann jedoch mit unserer Zustimmung neu begründet werden.
4. Ist in Ihrer Versicherung das Berufsunfähigkeitsrisiko mit eingeschlossen, erfolgen keine Erhöhungen, solange wegen Berufsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit Ihre Beitragszahlungspflicht ganz oder teilweise entfällt.