

**VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN DER KAPITALVERSICHERUNG AUF DEN
ERLEBENS-, ABLEBENS- UND BESTIMMTEN SCHWEREN KRANKHEITSFALL****Allgemeiner Teil****Begriffsbestimmungen**

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

Bezugsberechtigter

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

Deckungsrückstellung

Die Deckungsrückstellung ergibt sich aus der Summe der einbezahlten Prämien abzüglich der einmaligen Abschlusskosten und der Prämienanteile für Verwaltungskosten, Steuern und Übernahme des Ablebens- und Krankheitsrisikos zuzüglich der Verzinsung mit dem garantierten Rechnungszinssatz. Der Versicherer bildet mit diesem Wert eine Rückstellung in seiner Bilanz zur Deckung des entsprechenden Anspruchs des Bezugsberechtigten (daher der Name "Deckungsrückstellung").

Gewinnbeteiligung

entspricht Ihrem Vertrag gutgeschriebenen Überschüssen, die die garantierten Versicherungsleistungen (im Er-, Ablebens- und Rückkaufsfall sowie im Fall einer bestimmten schweren Krankheit) erhöhen.

Nettoprämie

ist das Jahresausmaß der Versicherungsprämien ohne Versicherungssteuer und allfälliger Unter-jährlichkeitszuschläge

Nettoprämiensumme

ist die Summe der Nettoprämien über die gesamte vereinbarte Prämienzahlungsdauer.

Rückkaufwert

ist die garantierte Leistung des Versicherers, wenn der Vertrag vorzeitig gekündigt ("rückgekauft") wird.

Stornoschlag

ist jener Abschlag, der im Falle eines Rückkaufs bzw. einer Prämienfreistellung von der Deckungsrückstellung zur Abdeckung der anfallenden Kosten einbehalten wird.

Tarif/Geschäftsplan

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

Versicherer

TIROLER VERSICHERUNG V.a.G.
Wilhelm-Greil-Str. 10
6020 Innsbruck

Versicherter

ist die Person, deren Leben bzw. Gesundheit versichert ist.

Versicherungsnehmer

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

Versicherungsprämie

ist das vom Versicherungsnehmer zu zahlende Entgelt.

Versicherungssumme

ist die garantierte Leistung des Versicherers im Er- bzw. Ablebensfall bzw. im Fall einer bestimmten schweren Krankheit.

Besonderer Teil**Inhaltsverzeichnis**

- § 1 Leistungen des Versicherers im Versicherungsfall
- § 2 Pflichten des Versicherungsnehmers
- § 3 Umfang des Versicherungsschutzes
- § 4 Beginn des Versicherungsschutzes
- § 5 Kosten und Gebühren
- § 6 Gewinnbeteiligung
- § 7 Leistungserbringung durch den Versicherer
- § 8 Kündigung der Versicherung - Rückkaufwert
- § 9 Prämienfreistellung
- § 10 Nachteile einer Kündigung oder Prämienfreistellung
- § 11 Vorauszahlung
- § 12 Vinkulierung, Verpfändung und Abtretung
- § 13 Erklärungen
- § 14 Bezugsberechtigung
- § 15 Verjährung
- § 16 Vertragsgrundlagen
- § 17 Anwendbares Recht
- § 18 Rentenoptionsklausel
- § 19 Aufsichtsbehörde
- § 20 Erfüllungsort

Versicherungsbedingungen**§ 1****Leistungen des Versicherers im Versicherungsfall**

1. Bei Ableben des Versicherten leisten wir die für den Ablebensfall vereinbarte Versicherungssumme zuzüglich der bis dahin gutgeschriebenen Gewinnbeteiligung.
2. Im Erlebensfall leisten wir die für den Erlebensfall vereinbarte Versicherungssumme zuzüglich der bis dahin gutgeschriebenen Gewinnbeteiligung.
3. Die für den schweren Krankheitsfall vereinbarte Versicherungssumme zuzüglich der bis dahin gutgeschriebenen Gewinnbeteiligung wird gemäß § 1a dieser Versicherungsbedingungen, wenn die Diagnose gesichert ist, fällig
 - bei erstmaligem Auftreten einer bestimmten schweren Erkrankung oder
 - bei erstmaligem Eintritt der vollständigen und dauerhaften

Fragen zu Vertrag, Schaden, Zahlung?

TIROLER Kundenservice
Tel. 050 30 8000
service@tiroler.at

TIROLER VERSICHERUNG V.a.G.
Wilhelm-Greil-Straße 10
A-6020 Innsbruck

Tel. 0512-5313-0
Fax 0512 5313-1299
mail@tiroler.at | www.tiroler.at

Landesgericht Innsbruck
FN 32927 Y
ATU 317 26 905

Erwerbsunfähigkeit oder

- bei erstmaligem Eintritt der Pflegebedürftigkeit.

Ein Versicherungsschutz für Kinder ist gemäß § 1a (12) dieser Versicherungsbedingungen eingeschlossen.

4. Die Versicherungsleistung wird in Form einer einmaligen Kapitalauszahlung erbracht. Die Versicherung endet mit Auszahlung der Versicherungsleistung. Die Versicherungsleistung zusätzlich der gutgeschriebenen Gewinnbeteiligung wird nur einmal gezahlt, entweder während der Versicherungsdauer, auch wenn sowohl eine oder mehrere schwere Krankheiten als auch Tod eintreten, oder bei Ablauf der Versicherungsdauer.
5. Im Versicherungsfall einer bestimmten schweren Erkrankung oder des Todes des Versicherten wird eine Versicherungsleistung fällig, wenn der Versicherungsfall während der Wirksamkeit des Versicherungsschutzes (Laufzeit des Versicherungsvertrages unter Beachtung der §§ 2 und 4 dieser Versicherungsbedingungen) eingetreten ist.

§ 1a

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

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

1. Herzinfarkt

Ein Herzinfarkt im Sinne dieser Bedingungen ist der Untergang von Herzmuskelzellen infolge unzureichender Blutzufuhr in den betroffenen Bereichen.

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

- Auftreten der typischen pectanginösen Schmerzen
- frische EKG-Veränderungen nach den üblichen Infarktkriterien
- für einen Herzinfarkt typische nachgewiesene Erhöhung von herzspezifischen Markern,
- Nachweis einer Reduzierung der Funktion der linken Herzkammer durch den Herzinfarkt. Diese Reduzierung der Funktion muss z.B. durch eine verminderte Ejektionsfraktion, eine schwere Hypokinesie oder durch Abnormalitäten der Herzwandbewegung nachgewiesen werden.

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

Als Versicherungsfall gilt auch, wenn aufgrund frühzeitiger Diagnosenstellung eines Myokardinfarkts eine Lysetherapie oder Ballondilatation zu Revaskulation durchgeführt wird und die typische Verlaufskontrolle der herzmuskelspezifischen Enzyme dadurch nicht nachweisbar ist.

Zum Beginn Ihres Versicherungsschutzes beachten Sie auch § 4 dieser Versicherungsbedingungen.

2. Bypass-Operation der Koronararterien

a) Eine Bypass-Operation der Koronararterien im Sinne dieser Bedingungen ist die Durchführung der Operation an den Koronararterien unter Eröffnung des Brustraumes mit operativer Korrektur von zwei oder mehr Gefäßabschnitten zur Behebung einer nachgewiesenen Verengung oder eines

Verschlusses von Herzkranzgefäßen. Der Anspruch auf Versicherungsleistung entsteht nach durchgeführter Operation.

- b) Unter diesem Vertrag besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistung, wenn die Operation innerhalb der ersten drei Monate nach Beginn des Versicherungsschutzes durchgeführt wird. Bei Erhöhungen des Versicherungsschutzes gilt dieselbe Wartezeit für den zusätzlichen Versicherungsschutz erneut.

Ausgeschlossen sind nicht-chirurgische Verfahren wie Angioplastie, Laserbehandlung und andere, nichtoperative Verfahren.

Zum Beginn Ihres Versicherungsschutzes beachten Sie auch § 4 dieser Versicherungsbedingungen.

3. Krebs

Krebs im Sinne dieser Bedingungen ist ein histologisch nachgewiesener bösartiger Tumor, der durch unkontrolliertes Wachstum sowie das Eindringen in anderes Gewebe mit Tendenz zur Metastasenbildung gekennzeichnet ist. Unter den Begriff 'Krebs' fallen auch die Tumorformen des Blutes, der blutbildenden Organe und des Lymphsystems einschließlich Leukämie, Lymphome und Morbus Hodgkin. Die Diagnose muss durch Vorlage des histologischen - bzw. für Leukämien und Lymphome zytologischen - Befundes bestätigt sein.

Nicht unter den Versicherungsschutz fallen:

- Morbus Hodgkin und Non-Hodgkin-Lymphome der Klasse 1 (Ann Arbor Klassifikation)
- Leukämie (außer chronisch lymphatischer Leukämie) wenn keine generalisierte Ausbreitung von Leukämiezellen im Blut vorliegt.
- Chronische lymphatische Leukämie mit Schweregrad unterhalb von RAI Klasse 1 oder Binet Klasse A-1.
- Carcinoma in situ (einschließlich) Zervixdysplasie der CIN-Klassifikationen CIN-1, CIN-2 und CIN-3 und der PAP-Klassifikationen PAP-1 bis PAP-4) oder präaligne Formen.
- Hautkrebs und Melanome, die ein histologisch nachgewiesenes Tumorstadium I oder II der TNM Klassifikation oder eine Eindringtiefe von weniger als 1.5 Millimetern nach der Breslow-Methode haben. Liegt aber eine Fernmetastasenbildung vor, so werden wir leisten.
- Kaposi-Sarkom und andere Tumore bei gleichzeitig bestehender HIV-Infektion oder AIDS-Erkrankung.
- Prostatakrebs der histologisch nachgewiesenen TNM-Klassifikation T1 (einschließlich T1 (a), T1 (b) oder einer anderen vergleichbaren Klassifikation).
- Papilläre Mikrokarzinome der Schilddrüse oder der Blase.

Nach diesen Bedingungen besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistung, wenn

- erstmalige Symptome innerhalb der ersten drei Monate nach Beginn des Versicherungsschutzes auftreten; oder
- eine Diagnose von Krebs innerhalb der ersten drei Monate nach Beginn des Versicherungsschutzes erfolgt.

Bei Erhöhungen des Versicherungsschutzes gilt dieselbe Wartezeit für den zusätzlichen Versicherungsschutz erneut.

Zum Beginn Ihres Versicherungsschutzes beachten Sie auch § 4 dieser Versicherungsbedingungen.

4. Schlaganfall

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

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

- a) Das Vorliegen eines Schlaganfalles muss durch CT, MRI oder andere bildgebende Verfahren nachgewiesen werden.
- b) Der Schlaganfall muss zu einem neurologischen Defizit führen, das mindestens einer der folgenden Beeinträchtigungen zur Folge hat:
 - Die versicherte Person ist dauerhaft und irreversibel nicht in der Lage, ohne Hilfsmittel (wie z.B. einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls) eine Entfernung von 200 Metern über einen ebenen Boden gehend zurück zu legen, ohne anzuhalten, sich abzustützen oder sich setzen zu müssen.
 - Die versicherte Person ist dauerhaft und irreversibel nicht in der Lage, -auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße -ohne fremde Hilfe bereits vorbereitete essfertige Nahrung und Getränke aufzunehmen oder muss dauerhaft und irreversibel parenteral ernährt werden.
 - Die versicherte Person ist dauerhaft und irreversibel nicht in der Lage, ohne Hilfsmittel über die Sprache mit der Umwelt zu kommunizieren.
 - Vollständiger dauerhafter und irreversibler Funktionsverlust einer kompletten Gliedmaße in seiner Gesamtheit. Komplette Gliedmaße ist definiert als Arm einschließlich der Hand oder Bein einschließlich des Fußes. Der Funktionsverlust muß neurologisch nachgewiesen werden.
- c) Die Beurteilung, ob die unter b) angeführten Bedingungen an das neurologische Defizit erfüllt sind, darf frühestens 3 Monate nach dem Schlaganfall erfolgen.

Ausgeschlossen sind

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

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

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

Zum Beginn Ihres Versicherungsschutzes beachten Sie auch § 4 dieser Versicherungsbedingungen.

5. Chronisches Nierenversagen

Chronisches Nierenversagen im Sinne dieser Bedingungen ist ein chronisches Nierenversagen im terminalen Stadium, das eine Dialysebehandlung oder eine Nierentransplantation

erforderlich macht. Die Notwendigkeit der Dauerdialysebehandlung muss durch einen nephrologischen Bericht belegt werden. Die Versicherungsleistung erfolgt nach Beginn der Dialysebehandlung bzw. nach erfolgter Transplantation.

Zum Beginn Ihres Versicherungsschutzes beachten Sie auch § 4 dieser Versicherungsbedingungen.

6. Organtransplantation

Eine Organtransplantation im Sinne dieser Bedingungen ist eine durchgeführte Transplantation von Herz (nur komplette Transplantation), Lunge, Leber, Bauchspeicheldrüse (ausgeschlossen ist die Transplantation der Langerhans' Inseln allein), Niere oder Knochenmark von einem Spender auf einen Empfänger, welcher die versicherte Person ist.

Als Versicherungsfall gilt die durchgeführte Organtransplantation.

Zum Beginn Ihres Versicherungsschutzes beachten Sie auch § 4 dieser Versicherungsbedingungen.

7. Multiple Sklerose

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

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

- Bei schubförmigen Verlauf der Erkrankung müssen nachweisbar bereits mindestens zwei Schübe aufgetreten sein; bei chronisch progredientem Verlauf der Erkrankung muss mindestens ein Jahr nach der Diagnose einer chronisch progredienten Multiplen Sklerose vergangen sein. b)
- Die Erkrankung manifestiert sich in neurologischen Defiziten, die mindestens eine der folgenden Beeinträchtigungen zur Folge haben:
 - Die versicherte Person ist dauerhaft und irreversibel nicht in der Lage - auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße - ohne fremde Hilfe bereits vorbereitete essfertige Nahrung und Getränke aufzunehmen oder muss dauerhaft und irreversibel parenteral ernährt werden.
 - Trotz medikamentöser oder anderer möglicher medizinischer Behandlung der Multiplen Sklerose liegt im Rahmen dieser Erkrankung eine irreversible Gehbehinderung vor, die neurologisch nachgewiesen werden muss und für mindestens 6 Monate dauerhaft vorgelegen haben muss.
 - Es liegt ein neurologisch nachgewiesenes Zentralskotom vor.

c) Als Versicherungsfall gilt eine frühestens nach Ablauf von 12 Monaten nach Auftreten der Erkrankung erstellte gesicherte Diagnose durch eine neurologische Fachklinik oder einem Facharzt für Neurologie mit Vorlage von Kernspintographie, zumindest aber sollte ein Computertomogramm des Schädels durchgeführt worden sein. Es müssen irreversible neurologische Ausfälle dokumentiert sein.

Nach diesen Bedingungen besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistung, wenn

- erstmalige Symptome innerhalb der ersten drei Monate nach Beginn des Versicherungsschutzes auftreten; oder

- eine Diagnose von Krebs innerhalb der ersten drei Monate nach Beginn des Versicherungsschutzes erfolgt.

Bei Erhöhungen des Versicherungsschutzes gilt dieselbe Wartezeit für den zusätzlichen Versicherungsschutz erneut.

Zum Beginn Ihres Versicherungsschutzes beachten Sie auch § 4 dieser Versicherungsbedingungen.

8. Lähmung

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

Als Versicherungsfall gilt eine frühestens nach Ablauf von 3 Monaten nach Beginn der Lähmung erstellte gesicherte Diagnose durch eine neurologische Fachklinik oder einen Facharzt für Neurologie.

Der Beginn der Lähmung muss durch eine gesicherte Diagnose, erstellt von einer neurologischen Fachklinik oder einem Facharzt für Neurologie, nachgewiesen werden.

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

Zum Beginn Ihres Versicherungsschutzes beachten Sie auch § 4 dieser Versicherungsbedingungen.

9. Blindheit

a) Blindheit im Sinne dieser Bedingungen ist der klinisch nachgewiesene, irreversible und nicht therapierbare weitgehende Verlust der Sehschärfe (Visus) als Folge einer Krankheit oder eines Unfalles.

b) Leistungspflicht im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die folgenden beiden Bedingungen erfüllt sind:

- Die Sehschärfe auf dem besseren Auge beträgt unter Zuhilfenahme von Hilfsmitteln nicht mehr als 6/60 oder 20/200, oder das Sehfeld auf beiden Augen ist auf maximal 20° beschränkt.
- Nach allgemeiner medizinischer Meinung kann die Sehschärfe oder das Sehfeld durch Hilfsmittel oder Implantate nicht derart verbessert werden, dass die Sehschärfe auf dem schlechteren Auge auf mehr als 6/60 oder 20/200 verbessert würde und das Sehfeld auf einem Auge mehr als 20° betragen würde.

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

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

Zum Beginn Ihres Versicherungsschutzes beachten Sie auch § 4 dieser Versicherungsbedingungen.

10. Vollständige und dauerhafte Erwerbsunfähigkeit (jegliche Tätigkeit)

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

vollständig außerstande ist, ihren Beruf oder irgendeinen anderen Beruf auszuüben.

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

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

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

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

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

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

Zum Beginn Ihres Versicherungsschutzes beachten Sie auch § 4 dieser Versicherungsbedingungen.

11. Pflegebedürftigkeit

Als pflegebedürftig im Sinne dieser Bedingungen gilt, wer infolge Krankheit, Körperverletzung, Kräfteverfalls voraussichtlich auf Dauer so hilflos ist, dass er bei mindestens drei der im folgenden genannten Punkte (a - f), auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel, in erheblichem Umfang tägliche Hilfe durch eine andere Person braucht.

a) Fortbewegung im Zimmer: Auch bei Inanspruchnahme einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls wird die Unterstützung einer anderen Person zur Fortbewegung benötigt.

b) Aufstehen und Zubettgehen: Beim Verlassen des Bettes oder beim Hinlegen wird die Unterstützung einer anderen Person benötigt.

c) An- und Auskleiden: Auch bei Benutzung krankengerechter Kleidung ist die Hilfe einer anderen Person beim An- und Auskleiden erforderlich.

d) Einnahme von Mahlzeiten und Getränken: Auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße ist beim Essen und Trinken die Hilfe einer anderen Person erforderlich.

e) Hygiene: Die Hilfe einer anderen Person ist beim Waschen, Kämmen oder Rasieren nötig, da der Versicherte die dafür notwendigen Körperbewegungen nicht mehr ausführen kann.

f) Verrichten der Notdurft: Die Hilfe einer anderen Person wird benötigt, weil der Versicherte:

- sich nach dem Stuhlgang nicht allein säubern kann
- seine Notdurft nur unter Zuhilfenahme einer Bettschüssel verrichten kann, oder
- der Darm oder die Blase nur mit fremder Hilfe entleert werden kann. Besteht alleine eine Inkontinenz des Darms oder der Blase, die durch Verwendung von Windeln oder speziellen Einlagen ausgeglichen werden kann, liegt hinsichtlich der Verrichtung der Notdurft keine Hilfebedürftigkeit vor.

Die Pflegebedürftigkeit gilt auch dann als eingetreten, wenn der Versicherte aufgrund einer seelischen Erkrankung oder geistigen Behinderung sich oder andere gefährdet und der behandelnde Arzt deshalb tägliche Beaufsichtigung veranlasst.

Als Versicherungsfall gilt der ärztliche Nachweis der dauerhaften schweren Pflegebedürftigkeit.

Zum Beginn Ihres Versicherungsschutzes beachten Sie auch § 4 dieser Versicherungsbedingungen.

12. Versicherungsschutz für Kinder

Eine Leistung wird auch erbracht, wenn bei einem Kind der versicherten Person während der Versicherungsdauer eine der folgenden Krankheiten diagnostiziert wird bzw. einer der folgenden operativen Eingriffe durchgeführt wird:

- Herzinfarkt
- Bypass-Operation
- Krebs
- Schlaganfall
- chronisches Nierenversagen
- Organtransplantation
- Multiple Sklerose
- Querschnittslähmung
- Blindheit

Die Definition der Krankheiten bzw. Operationen entsprechen dabei denjenigen für die versicherte Person.

Keine Leistung erfolgt, wenn der Zustand des Kindes direkt oder indirekt auf einen Unfall des Kindes zurückzuführen ist, bei dem das Kind unter Alkohol- oder Drogeneinfluss stand.

Keine Leistung erfolgt, wenn der Zustand des Kindes oder das Ereignis aus dem der Anspruch abgeleitet wird, direkt oder indirekt auf eine Vorerkrankung zurückzuführen ist.

Eine Vorerkrankung liegt dann vor, wenn das Kind an der Krankheit bereits vor Vertragsabschluss gelitten hat. Dabei spielt es keine Rolle, ob die Krankheit sich durch Symptome bemerkbar gemacht hat oder nicht. Als Vorerkrankung gilt auch, wenn die Krankheit vor dem dritten Geburtstag des Kindes auftritt, selbst wenn das Kind vor Vertragsabschluss nicht daran litt. Bei rechtmäßig adoptierten Kindern gilt als Vorerkrankung eine Krankheit, an der das Kind bereits zum Zeitpunkt der Adoption gelitten hat (wobei es keine Rolle spielt, ob die Krankheit sich durch Symptome bemerkbar gemacht hat oder nicht).

Für jedes Kind besteht Versicherungsschutz in der Höhe von einem Drittel der entsprechenden Leistung bei den bestimmten schweren Krankheiten, maximal jedoch in der Höhe von € 11.000,-.

Die Leistung wird nur dann ausgezahlt, wenn bei dem Kind die entsprechende Krankheit nach dem dritten Lebensjahr und vor Erreichen des 18. Lebensjahres auftritt oder die Operation durchgeführt wird, und es anschließend den 30. Tag nach Eintritt erlebt. Pro Kind kann ein Versicherungsanspruch nur einmal geltend gemacht werden.

Wird ein Versicherungsanspruch für ein Kind geltend gemacht, so wird die versicherte Leistung bei bestimmten schweren Krankheiten in unveränderter Höhe fortgeführt.

§ 2

Pflichten des Versicherungsnehmers

1. Sie sind verpflichtet den Antrag und die damit verbundenen Fragen wahrheitsgemäß und vollständig auszufüllen bzw. zu beantworten. Wenn das Leben einer anderen Person versichert werden soll, ist auch diese für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung aller Fragen verantwortlich.
2. Werden Fragen schuldhaft unrichtig oder unvollständig beantwortet, können wir innerhalb von drei Jahren nach Abschluss, Wiederherstellung oder Änderung des Vertrages zurücktreten. Tritt der Versicherungsfall innerhalb dieser drei Jahre ein, können wir auch nach Ablauf dieser Frist zurücktreten. Wir können den Rücktritt nur innerhalb eines Monats ab Kenntnis der Unrichtigkeit oder Unvollständigkeit der Angaben erklären. Wir können nicht vom Vertrag zurücktreten, wenn wir von der Unrichtigkeit oder Unvollständigkeit der Angaben bzw. vom Eintritt des Versicherungsfalles Kenntnis hatten oder der verschwiegene Umstand keinen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalles hatte. Bei arglistiger Täuschung können wir den Vertrag auch nach der Dreijahresfrist über die gesamte Vertragsdauer anfechten. Wenn wir den Vertrag anfechten oder vom Vertrag zurücktreten leisten wir den Rückkaufswert. Schuldhaft unrichtige oder unvollständige Angaben können darüber hinaus nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen zum Verlust des Versicherungsschutzes führen, sodass wir im Versicherungsfall nur den Rückkaufswert leisten.
3. An Ihren Antrag sind Sie sechs Wochen ab Antragstellung gebunden. Tritt zwischen der Antragstellung und der Annahme des Antrages eine Erhöhung der Gefahr ein, so hat der Versicherungsnehmer, sobald er von der Gefahrenerhöhung Kenntnis erlangt, diese dem Versicherer unverzüglich zur Anzeige zu bringen. Als Erhöhung der Gefahr gilt insbesondere eine erhebliche Erkrankung oder Verletzung der zu versichernden Person.
4. Sie sind verpflichtet, die vereinbarten Versicherungsprämien an uns kostenfrei und rechtzeitig zu bezahlen.
5. Laufende Prämien sind Jahresprämien. Sie können nach Vereinbarung auch in halbjährlichen, viertel-jährlichen oder monatlichen Raten bezahlt werden, dann jedoch mit Zuschlägen (in Höhe von höchstens 3% der Prämie). Im Versicherungsfall (§ 1) werden die offenen Raten des laufenden Versicherungsjahres und etwaige Prämienrückstände in Abzug gebracht.
6. Die erste oder einmalige Prämie wird mit Zustellung der Versicherungspolize, nicht aber vor Versicherungsbeginn fällig und ist sodann innerhalb von zwei Wochen zu bezahlen. Folgeprämien sind innerhalb eines Monats, bei monatlicher Prämienzahlung innerhalb von zwei Wochen, jeweils ab dem in der Versicherungspolize angegebenen Fälligkeitstag zu bezahlen.

7. Wenn Sie die erste oder eine einmalige Prämie nicht rechtzeitig bezahlen, sind wir leistungsfrei und können vom Vertrag zurücktreten, es sei denn Sie waren an der rechtzeitigen Zahlung ohne Verschulden verhindert. Es gilt als Rücktritt unsererseits, wenn wir die erste oder einmalige Prämie nicht innerhalb von drei Monaten vom Fälligkeitstag an gerichtlich geltend machen. Bei einem Rücktritt sind die Kosten der ärztlichen Untersuchung von Ihnen zu bezahlen.
 8. Wenn Sie eine Folgeprämie nicht rechtzeitig bezahlen, erhalten Sie eine schriftliche Mahnung. Bezahlen Sie den Rückstand nicht innerhalb der in der Mahnung festgesetzten Frist von mindestens zwei Wochen, können wir den Vertrag zum Ablauf der festgesetzten Frist kündigen, es sei denn Sie waren an der rechtzeitigen Zahlung ohne Verschulden verhindert. Im Falle unserer Kündigung entfällt oder vermindert sich Ihr Versicherungsschutz auf die prämienfreie Versicherungssumme.
 9. Im übrigen gelten die §§ 38 und 39 VersVG.
 10. Ein etwaiger Versicherungsfall einer bestimmten schweren Erkrankung ist uns vom Versicherungsnehmer sobald wie möglich, jedoch innerhalb von 6 Monaten nach dem Ereignis schriftlich zu melden.
 11. Der Versicherte hat im Versicherungsfall einer bestimmten schweren Erkrankung Ärzte, Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten, bei denen er in Behandlung war oder sein wird, sowie Personenversicherer, Sozialversicherer und Behörden zu ermächtigen, uns auf Verlangen Auskunft zu erteilen. Die Ermächtigung zur Auskunftserteilung bezieht sich ausschließlich auf Daten, Umstände und Erkrankungen, die mit dem Versicherungsfall in ursächlichem Zusammenhang stehen.
3. Wird Österreich in kriegerische Ereignisse verwickelt, von einer nuklearen, biologischen, chemischen oder durch Terrorismus ausgelösten Katastrophe betroffen, bezahlen wir bei dadurch verursachten Versicherungsfällen (Eintritt einer bestimmten schweren Erkrankung oder Ableben des Versicherten) den Wert der Deckungsrückstellung.
 4. Ohne besondere Vereinbarung bezahlen wir nur die Deckungsrückstellung, wenn der Versicherungsfall (Eintritt einer bestimmten schweren Erkrankung oder Ableben des Versicherten)
 - a) in Ausübung einer Tätigkeit als Sonderpilot (z.B. Drachenflieger, Ballonfahrer, Paragleiter, Fallschirmspringer), Hubschrauberpilot, Testpilot, Kunstflugpilot oder Militärpilot (im Kriegseinsatz siehe jedoch § 3 Abs. 3);
 - b) in Ausübung einer gefährlichen Sportart (z.B. Extremklettern, Tiefseetauchen, etc.) oder bei der Teilnahme an Landes-, Bundes- oder internationalen Wettbewerben auf dem Gebiet des Radsports, des nordischen oder alpinen Schisports, des Snowboardens sowie -Freestyleing, Bob-, Schibob-, Skeletonfahrens oder Rodeln sowie am offiziellen Training für diese Veranstaltungen;
 - c) infolge Teilnahme an Wettfahrten oder zugehörigen Trainingsfahrten in einem Land-, Luft- oder Wasserkraftfahrzeug erfolgt.
 5. Die Deckungsrückstellung bezahlen wir, wenn der Versicherungsfall einer bestimmten schweren Erkrankung verursacht wurde
 - a) durch Alkohol- oder Medikamentenmissbrauch, Drogen oder Gift,
 - b) durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit oder Kräfteverfall, durch absichtliche Selbstverletzung oder durch versuchte Selbsttötung. Wird uns nachgewiesen, dass diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen wurden, besteht voller Versicherungsschutz,
 - c) durch energiereiche Strahlen mit einer Härte von mindestens 100 Elektronenvolt, durch Neutronen jeder Energie, durch Laser- oder Maser-Strahlen oder durch künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen,
 - d) durch AIDS oder eine HIV-Infektion (direkt oder indirekt),
 - e) infolge des Versuches oder der Begehung gerichtlich strafbarer Handlungen durch den Versicherten, für die Vorsatz Tatbestandsmerkmal ist,
 - f) infolge des Lenkens eines Kraftfahrzeuges ohne die erforderliche kraftfahrrechtliche Berechtigung, die für das Lenken dieses Kraftfahrzeuges auf Straße mit öffentlichem Verkehr vorgeschrieben ist; dies gilt auch dann, wenn das Kraftfahrzeug nicht auf Straßen mit öffentlichem Verkehr gelenkt wird.
 6. Bei Selbstmord des Versicherten innerhalb von drei Jahren nach Abschluss, Wiederherstellung oder einer die Leistungspflicht des Versicherers erweiternden Änderung des Vertrages leisten wir die Deckungsrückstellung.

§ 3

Umfang des Versicherungsschutzes

1. Der Versicherungsschutz besteht grundsätzlich unabhängig davon auf welcher Ursache der Versicherungsfall beruht.
2. Voller Versicherungsschutz besteht, wenn eine bestimmte schwere Erkrankung eintritt oder das Ableben des Versicherten erfolgt
 - a) als Fluggast eines zum zivilen Luftverkehr zugelassenen Motor-, Strahlantriebs-, Segelflugzeuges oder Hubschraubers (Personenbeförderung),
 - b) als ziviler Fluggast eines zur Personenbeförderung eingesetzten Militärflugzeuges oder Militärhubschraubers,
 - c) als Mitglied der Besatzung eines zum zivilen Luftverkehr zugelassenen Motorflugzeuges (nicht jedoch eines Hubschraubers), eines Strahlantriebs- oder Segelflugzeuges, wenn der Versicherte die behördlich vorgeschriebenen Genehmigungen für die von ihm ausgeübten Tätigkeiten besitzt,
 - d) in Zusammenhang mit einem Fallschirmabsprung, der zur Rettung des eigenen Lebens ausgeführt wird. Als Fluggast gilt, wer weder mit dem Betrieb des Luftfahrzeuges in ursächlichem Zusammenhang steht oder Besatzungsmitglied ist, noch mittels des Luftfahrzeuges eine berufliche Betätigung ausübt.

Wird uns nachgewiesen, dass Selbstmord in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen wurde, besteht hingegen voller Versicherungsschutz.

§ 4

Beginn des Versicherungsschutzes

1. Der Versicherungsschutz beginnt, sobald wir die Annahme Ihres Antrages schriftlich oder durch Zustellung der Versicherungspolizze bestätigen und Sie die erste oder einmalige Prämie rechtzeitig bezahlt haben.

Vor dem in der Versicherungspolizze angegebenen Versicherungsbeginn besteht kein Versicherungsschutz.

2.
 - a) Nach Ablauf von drei Monaten nach dem im Absatz (1) bestimmten Zeitpunkt beginnt der Versicherungsschutz für den Versicherungsfall der schweren Krankheit
 - Herzinfarkt
 - Bypass-Operation der Coronararterien
 - Krebs
 - Schlaganfall
 - Multiple Sklerose
 - b) Nach Ablauf von sechs Monaten nach dem im Absatz (1) bestimmten Zeitpunkt beginnt der Versicherungsschutz für den Versicherungsfall der schweren Krankheit
 - vollständige und dauerhafte Erwerbsunfähigkeit
 - Pflegebedürftigkeit
3. Ihre Lebensversicherung ist mit Sofortschutz ausgestattet. Der Sofortschutz beginnt
 - mit Eingang des Antrages beim Versicherer
 - frühestens jedoch mit dem beantragten Versicherungsbeginn.

Der Sofortschutz endet in allen Fällen

- mit Zustellung der Versicherungsurkunde
- wenn die Annahme des Antrages abgelehnt oder der Sofortschutz gekündigt wird
- spätestens jedoch 6 Wochen nach Antragstellung.

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

Der Sofortschutz erstreckt sich auf die für den Todesfall beantragten Summen, höchstens auf € 100.000,-, auch wenn insgesamt höhere Summen auf das Leben derselben versicherten Person beantragt sind.

Der vorläufige Sofortschutz gilt

- wenn alle mit dem Vertragsabschluss verbundenen Fragen wahrheitsgetreu und vollständig beantwortet wurden. Eine schuldhaft unrichtige oder unvollständige Beantwortung von Fragen bzw. eine arglistige Täuschung berechtigen den Versicherer zum Rücktritt bzw. zur Anfechtung des Vertrages
- wenn die versicherte Person zum Zeitpunkt der Antragstellung voll arbeitsfähig ist und nicht in ärztlicher Behandlung

oder Kontrolle steht

- wenn die Versicherungsbedingungen keine Einschränkungen oder Ausschlüsse vorsehen.

§ 5

Kosten und Gebühren

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

Für prämienerhöhende Vertragsänderungen gelten die Bestimmungen über die Abschluss- und Verwaltungskosten in gleicher Weise.

- a) Abschlusskosten sind alle mit dem Abschluss einer Versicherung verbundenen Kosten, etwa die Kosten für Vermittlung, Beratung, Anforderung von Gesundheitsauskünften und ärztlichen Attesten (soweit sie vom Versicherer getragen werden) etc. Die Abschlusskosten werden zu Beginn Ihres Versicherungsvertrages fällig. Diese werden nach dem so genannten "Zillmerverfahren" verrechnet. Das "Zillmerverfahren" hat wirtschaftlich zur Folge, dass in der Anfangszeit Ihres Vertrages die Deckungsrückstellung und damit auch der "tarifliche" Rückkaufswert oder die prämiensfreie Versicherungsleistung gering ist. Die für Ihren Vertrag geltenden Rückkaufswerte (siehe § 8.2) und prämiensfreien Versicherungssummen (siehe § 9.2) entnehmen Sie den entsprechenden Tabelle Ihrer Versicherungspolizze und Ihres Antrages. Die Abschlusskosten betragen max. 4 % der Nettoprämiensumme. Sie werden in den ersten 5 Jahren unter Berücksichtigung des für Ihren Tarif gültigen Rechnungszinses in gleich hohen Beträgen von Ihrer Versicherungsprämie einbehalten.
- b) Die jährlichen Verwaltungskosten, die in Ihrer Versicherungsprämie enthalten sind, betragen bei einer Versicherungsprämie bis € 10.000,- maximal 0,4 % der Nettoprämiensumme zuzüglich maximal € 10,-, bei einer Versicherungsprämie ab € 10.000,- maximal 0,1 % der Nettoprämiensumme zuzüglich maximal € 40,-. Nach einer eventuellen Prämienfreistellung betragen die jährlichen Verwaltungskosten max. 0,1 % der prämiensfreien Versicherungssumme.
- c) Die Kosten zur Deckung des Ablebens- und Krankheitsrisikos (Risikokosten) richten sich nach dem Alter des Versicherten sowie der für den Todes- bzw. Krankheitsfalles vereinbarten Versicherungssumme und der Vertragslaufzeit. Das für die Berechnung relevante Alter ist die Differenz zwischen dem Kalenderjahr und dem Geburtsjahr. Die Risikokosten errechnen sich jährlich aus der Differenz zwischen der für den Todes- bzw. Krankheitsfall vereinbarten Versicherungssumme und dem Wert der Deckungsrückstellung, multipliziert mit der Eintrittswahrscheinlichkeit gemäß der "österreichischen Sterbetafel für Männer und Frauen 1990/92" bzw. gemäß den Inzidenzen für Dread Disease der General Reinsurance AG (70 % Männer, 30 % Frauen).

Für die Übernahme erhöhter Risiken insbesondere wegen Krankheit, Beruf, Sport, etc. werden wir entsprechend der Erhöhung des Risikos erhöhte Ablebens- bzw. Erkrankungswahrscheinlichkeiten bzw. zusätzliche Risikokosten oder besondere Bedingungen mit Ihnen vereinbaren.

2. Die in § 5 Abs. 1 genannten Kostenbestandteile berücksichtigen wir bereits bei der Kalkulation Ihrer Prämien, sodass diese Kosten nicht gesondert in Rechnung gestellt werden, sondern je nach Tarif mit Ihrer Prämie verrechnet werden. Bei prämienfrei gestellten Verträgen entnehmen wir die Risiko- und Verwaltungskosten der Deckungsrückstellung.
3. Die Rechnungsgrundlagen für die Ermittlung der Kosten nach § 5 Abs. 1 sind Teil der versicherungsmathematischen Grundlagen des jeweiligen Tarifes. Diese können für bestehende Verträge von uns nicht erhöht werden. Ihre korrekte Anwendung ist von der Finanzmarktaufsichtsbehörde (FMA) jederzeit überprüfbar.
4. Für durch Sie veranlasste Mehraufwendungen für Ihren Versicherungsvertrag verrechnen wir angemessene Gebühren. Die Höhe der Gebühren für
 - Mahnungen
 - Ausstellen von Zahlscheinen
 - Ausstellen von Duplikatspolizzen
 - Bearbeitung einer Vinkulierung, Verpfändung oder Abtretung
 - für die Verständigung des Pfandgläubigers
 - Vertragsänderungen
 - Abschriften und Kopien
 - Zweitausfertigung von Finanzamtbestätigungen
 - Eintragungen und Änderungen von Begünstigungsvormerkungen
 - schriftliche Auskünfte
 - sowie schriftliche Auskünfte, die zusätzliche Berechnungen erfordern,
 können Sie bei uns erfragen, unserer Homepage www.tiroler.at entnehmen oder auf Wunsch zugesandt erhalten.
5. Diese Gebühren sind wertgesichert und verändern sich ab 01.01. eines jeden Kalenderjahres in demselben Ausmaß, in dem sich der von der STATISTIK AUSTRIA monatlich verlaubliche Verbraucherpreisindex 2000 oder ein von Amts wegen an seine Stelle tretender Index gegenüber der für den Monat Jänner des Jahres des Inkrafttretens des Tarifes verändert hat. Der Versicherer ist dessen unbeschadet berechtigt, geringere als die sich nach dieser Indexklausel ergebenden Gebühren zu verlangen, ohne dass dadurch das Recht verloren geht, für die Zukunft wieder die indexkonformen Gebühren zu verlangen.
2. Die Versicherungsleistung wird nach Eintritt des Versicherungsfalles und Abschluss der Erhebungen zu Versicherungsfall und Leistungsumfang fällig.
3. Leistungen an ausländische Bezugsberechtigte erbringen wir, sobald uns behördlich nachgewiesen wird, dass wir die Zahlung ohne Gefahr der Haftung für unberichtigte Steuern vornehmen dürfen. Bei Überweisungen außerhalb der Europäischen Union trägt der Empfänger die Gefahr und die Kosten.
4. Im Ablebensfall sind zusätzlich auf Kosten des Bezugsberechtigten eine amtliche Sterbeurkunde und ein Nachweis über die Todesursache des Versicherten vorzulegen.
5. Im Versicherungsfall einer bestimmten schweren Erkrankung sind uns auch vorzulegen:
 - eine Darstellung der Ursache für den Eintritt des Versicherungsfalles und
 - die in § 1a genannten Befunde und
 - ausführliche Berichte der Ärzte, die den Versicherten gegenwärtig behandeln, behandelt und untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art und Verlauf der Krankheit. Ebenso sind uns Berichte von Rehabilitations- und Kurkliniken, in denen Behandlungen vor dem Leistungsfall stattfanden, vorzulegen.
6. Im Versicherungsfall einer bestimmten schweren Erkrankung hat der Versicherte das Recht, außerhalb Österreichs z.B. Ärzte, Fachärzte, Kliniken, Krankenhäuser, Rehabilitationszentren zu Untersuchungen, Diagnosen, Behandlungen, Operationen usw. heranzuziehen. Dann können wir die zur Feststellung unserer Leistungspflicht erforderlichen Nachweise von einem in Österreich niedergelassenen Facharzt oder von einer Fachklinik auf Kosten des Bezugsberechtigten (siehe § 14) erstellen lassen. Wir können weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte verlangen. Die Kosten dieser weiteren Untersuchungen tragen wir.
7. Zusätzlich zu den in Punkt 1 angeführten Dokumenten können weitere ärztliche oder amtliche Nachweise verlangt werden.

§ 6 Gewinnbeteiligung

Im Wege der Gewinnbeteiligung nehmen Sie an den von uns erzielten Überschüssen teil. Ihr Gewinnanteil wird abhängig vom jeweiligen Tarif ermittelt und gutgeschrieben. Die Details können Sie für Ihren Tarif gültigen Bedingungen für die Gewinnbeteiligung entnehmen.

§ 7 Leistungserbringung durch den Versicherer

1. Für die Erbringung von Leistungen aus dem Vertrag verlangen wir die Übergabe der Versicherungspolize. Bei Verlust einer auf Überbringer lautenden Versicherungspolize können wir die Leistungserbringung von einer gerichtlichen Kraftloserklärung abhängig machen.

§ 8 Kündigung der Versicherung - Rückkaufswert

1. Sie können Ihren Versicherungsvertrag schriftlich, sofern die Schriftform vereinbart wurde, ansonsten in geschriebener Form, kündigen:
 - jederzeit mit Wirkung zum Schluss des laufenden Versicherungsjahres
 - innerhalb eines Versicherungsjahres mit 3-monatiger Frist mit Wirkung zum Monatsende.
2. Im Falle der Kündigung Ihres Versicherungsvertrages erhalten Sie den Rückkaufswert zuzüglich der gutgeschriebenen Gewinnbeteiligung.

Der Rückkaufswert ist

- im ersten Versicherungsjahr der jeweils aktuelle Wert der Deckungsrückstellung, erhöht um die rechnermäßigen einmaligen Abschlusskosten, vermindert um einen Abschlag
- nach dem ersten Jahr der jeweils aktuelle Wert der Deckungsrückstellung, vermindert um einen Abschlag.

Dieser Stornoabschlag beträgt nach dem Tarif in den ersten drei Jahren des Vertrages 5 % der Deckungsrückstellung und sinkt danach linear bis zum Ende der vereinbarten Vertragslaufzeit auf 2 % der Deckungsrückstellung. Bei unterjährigen

Rückkäufen werden Rückkaufswert und Abschlag linear zwischen dem Beginn und dem Ende des laufenden Versicherungsjahres interpoliert.

Bei Rückkauf innerhalb der ersten 5 Jahre wird § 176 Abs. 5 VersVG berücksichtigt.

Die Deckungsrückstellung, der Stornoabschlag und der Rückkaufswert zum Ende eines jeden Versicherungsjahres sind in der Polizze und im Antrag angeführt.

§ 9 Prämienfreistellung

1. Sie können Ihren Versicherungsvertrag schriftlich, sofern die Schriftform vereinbart wurde, ansonsten in geschriebener Form, prämienfrei stellen
 - jederzeit mit Wirkung zum Schluss des laufenden Versicherungsjahres
 - innerhalb eines Versicherungsjahres mit 3-monatiger Frist mit Wirkung zum Monatsende, frühestens jedoch mit Wirkung zum Ende des ersten Versicherungsjahres.
2. Bei einer Prämienfreistellung setzen wir Ihre Versicherungssumme nach den geschäftsplanmäßigen Bestimmungen auf eine prämienfreie Versicherungsleistung herab. Dabei wird für die restliche Versicherungsdauer auf Grundlage des Rückkaufswertes (vgl. § 8 Abs. 2) eine verminderte Versicherungssumme ermittelt. Die Versicherungssumme darf € 1.000,- nicht unterschreiten, andernfalls wird der Vertrag rückgekauft und der Rückkaufswert (siehe § 8 Abs. 2) ausbezahlt. Bei Prämienfreistellung innerhalb der ersten 5 Jahre wird § 176 Abs.5 VersVG berücksichtigt.

Die prämienfreien Werte zum Ende eines jeden Versicherungsjahres sind in der Polizze und im Antrag angeführt.

3. Im Falle einer Prämienfreistellung erhalten Sie eine neue Versicherungspolizze mit den angepassten Versicherungssummen und eine aktualisierte Rückkaufswerttabelle.

§ 10 Nachteile einer Kündigung oder Prämienfreistellung

Die Kündigung oder Prämienfreistellung Ihres Versicherungsvertrages ist mit Nachteilen verbunden. Der Rückkaufswert liegt, besonders in den ersten Jahren, unter der Summe der einbezahlten Prämien. Der Rückkauf und die Prämienfreistellung Ihres Versicherungsvertrages sind in den ersten Jahren jedenfalls mit einem Verlust eines wesentlichen Teiles der einbezahlten Prämien verbunden. Über die Laufzeit entwickelt sich der Rückkaufswert progressiv bis er zu Vertragsende die für den Erlebensfall vereinbarte Versicherungssumme erreicht. Die Rückzahlung der einbezahlten Prämien ist ausgeschlossen.

§ 11 Vorauszahlungen

1. Sie können bis zur Höhe des Rückkaufswertes eine Vorauszahlung auf die künftige Leistung beantragen. Für diese Vorauszahlung sind Zinszahlungen in Form von Zusatzprämien zu vereinbaren, für die die Bestimmungen des § 2 anzuwenden sind.
2. Wir werden die Vorauszahlung nicht vorzeitig zurückfordern. Sie können sie jedoch jederzeit zurückbezahlen, andernfalls wird diese im Versicherungsfall bei der Leistung, im Falle des Rückkaufs bei dem Rückkaufswert verrechnet bzw. im Falle

der Prämienfreistellung bei Ermittlung der prämienfreien Versicherungssumme berücksichtigt.

§ 12 Vinkulierung, Verpfändung und Abtretung

1. Im Allgemeinen ist der Versicherungsnehmer der Verfügungsberechtigte. Er kann den Vertrag vinkulieren, verpfänden oder abtreten.
2. Eine Vinkulierung, Verpfändung oder Abtretung ist uns gegenüber nur dann wirksam, wenn sie uns schriftlich, sofern die Schriftform vereinbart wurde, ansonsten in geschriebener Form, angezeigt wird. Eine Vinkulierung bedarf neben der schriftlichen Anzeige zu ihrer Wirksamkeit auch unserer Zustimmung.
3. Bezüglich der Gebühren für Vinkulierungen, Verpfändungen oder Abtretungen verweisen wir auf § 5.

§ 13 Erklärungen

Für alle Ihre Mitteilungen und Erklärungen ist die geschriebene Form erforderlich, sofern und soweit nicht gesondert die Schriftform ausdrücklich und mit gesonderter Erklärung vereinbart wurde. Unter geschriebener Form versteht man die Übermittlung eines Textes in Schriftzeichen, aus dem die Person des Erklärenden hervorgeht (z.B. Telefax oder E-Mail). Schriftform bedeutet, dass dem Erklärungsempfänger das Original der Erklärung mit eigenhändiger Unterschrift des Erklärenden zugehen muss.

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

§ 14 Bezugsberechtigung

1. Sie bestimmen, wer bezugsberechtigt ist. Der Bezugsberechtigte erwirbt das Recht auf die Leistung mit Eintritt des Versicherungsfalles. Bis dahin können Sie die Bezugsberechtigung jederzeit ändern. Änderung und Widerruf der Bezugsberechtigung müssen uns schriftlich, sofern die Schriftform vereinbart wurde, ansonsten in geschriebener Form, angezeigt werden.
2. Sie können auch bestimmen, dass der Bezugsberechtigte das Recht auf die künftige Leistung unwiderruflich und damit sofort erwerben soll. Dann kann das Bezugsrecht nur noch mit dessen Zustimmung geändert werden.
3. Ist die Versicherungspolizze auf den Überbringer ausgestellt, können wir dennoch verlangen, dass der Überbringer der Versicherungspolizze uns seine Berechtigung nachweist.

§ 15 Verjährung

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

geworden, so verjähren die Ansprüche erst nach 10 Jahren ab Fälligkeit der Leistung.

§ 16 Vertragsgrundlagen

Vertragsgrundlagen sind Ihr Antrag, die Versicherungspolizze mit der darin enthaltenen Rückkaufwerttabelle und Prämienfreistellungstabelle samt sonstiger Anlagen, der dem Vertrag zugrunde liegende Tarif und die vorliegenden Versicherungsbedingungen. Soweit nichts Abweichendes vereinbart ist, gelten die gesetzlichen Bestimmungen, insbesondere des Versicherungsvertragsgesetzes, des Allgemeinen Bürgerlichen Gesetzbuches und des Konsumentenschutzgesetzes.

§ 17 Anwendbares Recht

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

§ 18 Rentenoptionsklausel

1. Sie können an Stelle des Kapitals eine Rente beantragen, deren Höhe entsprechend den in diesem Zeitpunkt in Kraft befindlichen Rechnungsgrundlagen (Sterbetafel und Rech-

nungszins) und dem Alter des Rentenempfängers sowie der Art der Rente bestimmt wird. Die Rentenleistung unterliegt den zum Zeitpunkt der Verrentung gültigen tariflichen Grundlagen und Versicherungsbedingungen.

2. Für die Ermittlung der Rente garantieren wir, dass der im Zeitpunkt des Rentenzahlungsbeginnes höchstmögliche Rechnungszins gemäß Höchstzinsverordnung der Finanzmarktaufsicht zur Anwendung kommt.

§ 19 Aufsichtsbehörde

Der Versicherer und der diesem Versicherungsvertrag zugrunde liegende Tarif unterliegen der Kontrolle und Aufsicht durch die Finanzmarktaufsicht (FMA), A-1090 Wien, Otto-Wagner-Platz 5.

§ 20 Erfüllungsort

Erfüllungsort für die Versicherungsleistung ist die TIROLER VERSICHERUNG V.a.G., Wilhelm-Greil-Str. 10, 6020 Innsbruck.