

# Versicherungsbedingungen für die Risikoversicherung mit und ohne Krankheitsschutz

Fassung 2024

## Inhaltsverzeichnis

§ 1	Leistungen des Versicherers im Versicherungsfall
§ 2	Pflichten des Versicherungsnehmers
§ 3	Umfang des Versicherungsschutzes
§ 4	Beginn des Versicherungsschutzes
§ 5	Bestimmungen über die Prämie
§ 6	Kosten und Gebühren
§ 7	Gewinnbeteiligung
§ 8	Leistungserbringung durch den Versicherer
§ 9	Angaben zur Steuerpflicht
§ 10	Kündigung der Versicherung
§ 11	Vinkulierung, Verpfändung und Abtretung
§ 12	Erklärungen
§ 13	Bezugsberechtigung
§ 14	Verjährung
§ 15	Vertragsgrundlagen
§ 16	Anwendbares Recht
§ 17	Aufsichtsbehörde
§ 18	Erfüllungsort

## Begriffsbestimmungen

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

<b>Bezugsberechtigter</b>	ist die Person, die für den Empfang der Leistung des Versicherers genannt ist.
<b>Deckungsrückstellung</b>	Die Deckungsrückstellung ergibt sich aus der Summe der einbezahlten Prämien abzüglich der Versicherungssteuer, der laufenden Abschlusskosten und der Prämienanteile für Verwaltungskosten, allfälliger Prämienanteile für Zusatzversicherungen und der Prämienanteile für die Übernahme des Ablebens- und Krankheitsrisikos zuzüglich Gewinnbeteiligung zuzüglich der Verzinsung mit dem garantierten Rechnungszinssatz, den Sie der Versicherungspolizze entnehmen können. Der Versicherer bildet mit diesem Wert eine Rückstellung in seiner Bilanz zur Deckung des entsprechenden Anspruchs des Begünstigten (daher der Name "Deckungsrückstellung").
<b>Gewinnbeteiligung</b>	sind die Ihrem Versicherungsvertrag zugewiesenen Überschüsse, die Ihre Deckungsrückstellung erhöhen.
<b>Nettoprämie</b>	ist das Jahresausmaß der Versicherungsprämie inkl. der Prämien für allfällige Zusatzversicherungen ohne Versicherungssteuer.
<b>Nettoprämiensumme</b>	ist die Summe aller Nettoprämien über die gesamte vereinbarte Prämienzahlungsdauer.
<b>Nichtraucher</b>	ist eine Person, die in den letzten 12 Monaten vor Antragstellung keine Zigaretten oder andere Tabakwaren geraucht hat, keine elektrischen oder elektronischen Verdampfer genutzt hat oder Nikotin in anderer Form konsumiert hat.
<b>Tarif/Geschäftsplan</b>	ist eine detaillierte Aufstellung jener Bestimmungen und versicherungsmathematischen Formeln, anhand derer die Leistung des Versicherers und die Gegenleistung des Versicherungsnehmers (Versicherungsprämie) zu berechnen sind, die der Finanzmarktaufsichtsbehörde (FMA) vorgelegt wurden.
<b>Versicherer</b>	TIROLER VERSICHERUNG V.a.G. („Wir“) Wilhelm-Greil-Str. 10 6020 Innsbruck
<b>Versicherte Person</b>	ist die Person, deren Leben versichert ist.
<b>Versicherungsnehmer</b>	ist der Vertragspartner des Versicherers und Träger der Rechte und Pflichten aus dem Versicherungsvertrag („Sie“).
<b>Versicherungsprämie</b>	ist das vom Versicherungsnehmer zu zahlende Entgelt.
<b>Versicherungssumme</b>	ist die garantierte Leistung des Versicherers im Ablebens- bzw. Krankheitsfall.

## § 1

### Leistungen des Versicherers im Versicherungsfall

- Bei Ableben der versicherten Person leisten wir die für den Ablebensfall vereinbarte Versicherungssumme bzw. die vereinbarte versicherte Pension.
- Für den Fall, dass auch der Eintritt einer bestimmten schweren Erkrankung (vgl. (3)) mitversichert ist, leisten wir die für den Krankheitsschutz vereinbarte Versicherungssumme.
- Als bestimmte schwere Erkrankung gilt, wenn bei der versicherten Person durch einen Arzt Krankheiten festgestellt werden oder aufgrund ärztlicher Diagnose Operationen vorgenommen werden, die nachstehend angeführt sind.

#### Herzinfarkt

- Herzinfarkt im Sinne dieser Bedingungen ist ein akutes Ereignis, das innerhalb eines umschriebenen Herzmuskelbereichs zu einem Untergang von Herzmuskelzellen infolge eines Verschlusses eines oder mehrerer Herzkranzgefäße geführt hat. Voraussetzung für unsere Leistungspflicht bei Vorliegen eines Herzinfarktes ist, dass
  - für einen Herzinfarkt typische klinische Symptome vorliegen und
  - neu aufgetretene EKG (Elektrokardiographie)-Veränderungen, die mit einem akuten Herzinfarkt vereinbar sind, nachgewiesen werden und
  - ein vorübergehender Anstieg von herzspezifischem Troponin über den vom bestimmenden Labor zu Grunde gelegten Referenzwert für Herzinfarkte vorliegt und
  - ein durch den Herzinfarkt verursachter Funktionsverlust des Herzens durch eine verminderte Auswurfleistung (Ejektionsfraktion) der linken Herzkammer unter 50% oder durch regionale Wandbewegungsstörungen frühestens ein Monat nach dem akuten Ereignis nachweisbar ist und
  - kein Fall vorliegt, der gemäß Abs. (2) vom Versicherungsschutz ausgeschlossen ist.

- (2) Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind
- alle Ereignisse, die nicht von einem Kardiologen oder Internisten als Herzinfarkt bestätigt wurden,
  - Herzinfarkte unbestimmten Alters,
  - Anstiege von herzspezifischem Troponin, die direkt durch einen Eingriff am Herzen verursacht wurden, z.B. durch eine koronare Angiographie oder eine koronare Angioplastie.

#### **Bypass-Operation der Koronararterien**

- (1) Bypass-Operation der Koronararterien bezeichnet die Durchführung einer Koronararterien-Bypass-Transplantation zur Korrektur einer nachgewiesenen Verengung oder eines Verschlusses mindestens eines Herzkranzgefäßes. Voraussetzung für unsere Leistungspflicht bei einer Bypass-Operation der Koronararterien ist, dass
- die Operation bereits durchgeführt wurde und
  - die Wartezeit nach Abs. (2) abgelaufen ist.
- (2) Für den Versicherungsschutz für eine Bypass-Operation der Koronararterien besteht eine Wartezeit von drei Monaten; das heißt, es besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistung, wenn die Operation innerhalb der ersten drei Monate nach Beginn des Versicherungsschutzes durchgeführt wird.

#### **Krebs**

Krebs im Sinne dieser Bedingungen ist ein bösartiges Zellwachstum (z.B. Tumor), das 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.

Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person anhand eines histopathologischen Befunds eines der folgenden Tumorkriterien nachgewiesen wurde:

- ein solider Tumor im Stadium I nach UICC 8. Edition, wenn für die Behandlung eine Chemo-, Strahlen- oder Immuntherapie (CAR-T oder Immun-Checkpoint- Inhibitor) erforderlich ist; die Notwendigkeit einer Chemo-, Strahlen- oder Immuntherapie ist durch einen qualifizierten Facharzt zu bestätigen;
- ein solider Tumor im Stadium II oder höher nach UICC 8. Edition;
- ein Gehirntumor im Stadium II oder höher nach WHO;
- Leukämie oder malignes Lymphom;

Sie erhalten keine Leistung bei Diagnose eines der folgenden Tumorkriterien:

- papilläre und follikuläre Schilddrüsenkarzinome im Stadium I oder weniger nach UICC 8. Edition), unabhängig von deren Therapie oder Behandlung;
- Basalzell- und Plattenepithelkarzinome der Haut sowie Dermatofibrosarkoma protuberans (DFSP);
- Prostatakarzinome im Stadium I oder weniger nach UICC 8. Edition, unabhängig von deren Therapie oder Behandlung;
- nicht invasive papilläre Karzinome der Blase Ta und Tis (Carcinoma in situ) nach TNM UICC 8. Edition;
- ein Tumor in einem früheren, als dem jeweils beschriebenen Stadium, also insbesondere solche im Stadium 0, Ois, in situ (Tis) oder Ta, alle prämaligen Erkrankungen oder nicht invasiven Krebserkrankungen (z.B. CIN 1 bis CIN 3 bei Gebärmutterhalsveränderungen);
- Krebs, der lediglich durch Testverfahren, die auf dem Nachweis von zirkulierenden Tumorzellen oder tumorassoziierten Molekülen in Körperflüssigkeiten wie Blut, Speichel, Urin oder Stuhl (Liquid Biopsy) nachgewiesen wurde, ohne einen histopathologischen Befund vorliegen zu haben.

#### **Benigner (gutartiger) Gehirntumor**

Ein benigner Gehirntumor im Sinne dieser Bedingungen ist ein gutartiger Tumor des Schädels, im Gehirn, der Hirnnerven, der Hirnhäute oder der Hirnanhangdrüse. Der Anspruch auf Versicherungsleistung entsteht, wenn der Tumor

- operativ behandelt wurde oder bei dem eine operative Behandlung notwendig, aber nicht möglich ist bzw. nicht vorgenommen wird, oder
- welcher mit Strahlen- oder Immuntherapie (CAR-T oder Immun-Checkpoint-Inhibitor) behandelt wurde.

Sie erhalten keine Leistung bei Diagnose eines der folgenden Befunde:

- Granulome (entzündungsbedingte Gewebeneubildungen)
- Missbildungen innerhalb oder außerhalb der Arterien oder Venen des Gehirns
- Hamatome und Tumore der Wirbelsäule
- Neurinome (gutartige Nervenfasertumore)
- Hypophysenadenome (Tumore in der Hirnanhangdrüse)
- Angiome (Gefäßneu- oder -fehlbildungen)
- Zysten
- Abszesse

#### **Schlaganfall**

Der Schlaganfall ist eine durch eine Blutung, einen Infarkt von Hirngewebe oder eine Embolie verursachte Schädigung des Gehirns.

Der Schlaganfall muss zum plötzlichen Auftreten bleibender neurologischer Ausfallerscheinungen geführt haben.

Die bleibende neurologische Schädigung muss nachweislich mindestens sechs Wochen nach dem Schlaganfall angedauert haben und noch bestehen.

Kein Versicherungsschutz besteht bei

- Zerebralen Symptomen als Folge von Migräne sowie Hirnschäden als Folge von Traumen oder einer Hypoxie;
- Gefäßerkrankungen, die die Augen bzw. den Sehnerv beeinträchtigen sowie ischaemischen Störungen des vestibulären Systems.

Der Anspruch auf die Versicherungsleistung entsteht mit der gesicherten Diagnose durch eine neurologische Fachklinik oder einen Facharzt; sie kann frühestens sechs Wochen nach dem Schlaganfall erbracht werden.

#### **Nierenversagen**

Dauerhaftes Versagen der Funktion beider Nieren (terminale Niereninsuffizienz), das eine Dialyse oder eine Nierentransplantation erfordert.

Der Anspruch auf die Versicherungsleistung entsteht nach dem Beginn der Dialysebehandlung oder nach erfolgter Nierentransplantation.

#### **Organtransplantation**

Die tatsächliche Durchführung einer Transplantation einer der folgenden Organe: des Herzens, der Lunge, der Leber, der Bauchspeicheldrüse, einer Niere oder des Knochenmarks beim Versicherten (Organempfänger). Als Herztransplantation gilt auch die Implantation eines künstlichen Herzens.

Der Anspruch auf die Versicherungsleistung entsteht nach erfolgter Organtransplantation. Geleistet wird auch, wenn der Versicherte in eine offizielle Warteliste für den Erhalt eines solchen Transplantats aufgenommen wird.

## **Multiple Sklerose**

Entmarkungskrankheit des Zentralnervensystems mit irreversiblen typischen neurologischen Ausfällen (multi- oder monofokal) und typischen Krankheitsherden. Die Diagnose einer multiplen Sklerose muss durch einen Facharzt für Neurologie bestätigt werden, wobei mindestens mäßiggradige dauerhafte neurologische Störungen vorliegen. Es müssen typische Symptome der Demyelinisierung und eine Beeinträchtigung der motorischen oder sensorischen Funktion vorliegen. Die Diagnose muss durch geeignete bildgebende Verfahren (Computertomographie und/oder Kernspintomographie) gesichert sein. Der EDSS-Score muss mehr als 5 betragen und die neurologischen Ausfälle müssen über einen Zeitraum von mindestens 6 Monaten angedauert haben.

## **Lähmungen**

Vollständige und dauernde Lähmung mindestens zweier Gliedmaßen (beider Beine, beider Arme oder eines Armes und eines Beines).

Der Anspruch auf die Versicherungsleistung entsteht mit der gesicherten Diagnose durch eine neurologische Fachklinik oder einen Facharzt für Neurologie. Als gesichert im Sinne der Bedingungen kann jedenfalls nur eine frühestens drei Monate nach Auftreten der Erkrankung erstellte Diagnose gelten.

## **Blindheit**

Durch Krankheitsgeschehen oder Unfall erworbener dauerhafter und nicht mehr behebbarer Verlust des Sehvermögens auf beiden Augen, wobei die Sehschärfe auf dem besseren Auge unter Zuhilfenahme von Hilfsmitteln 3/60 oder weniger beträgt. Die Diagnose des vollständigen Verlustes des Sehvermögens kann frühestens 6 Monate nach Erkrankungsbeginn oder Unfallereignis erfolgen. Die Diagnose muss durch einen Facharzt für Augenheilkunde gestellt werden.

## **Erwerbsunfähigkeit**

Erwerbsunfähigkeit, die Leistungspflicht im Sinne dieser Bedingungen auslöst, liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als Ihrem Alter entsprechenden Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, wenigstens 6 Monate hindurch vollständig und voraussichtlich dauerhaft außerstande ist, ihren Beruf oder irgendeinen anderen Beruf auszuüben.

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

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

Beruf im Sinne von „irgendein“ Beruf bedeutet in diesem Zusammenhang, dass dieser Beruf auf dem Arbeitsmarkt in nicht nur geringfügigem Maß existiert und von jedem Gesunden uneingeschränkt ganz oder teilweise ausgeführt werden kann. Damit bleiben beispielsweise Tätigkeiten unberücksichtigt, die Behinderte in eigens dafür eingerichteten Werkstätten oder Heimen ausführen. Die Verhältnisse am Arbeitsmarkt können bei der Beurteilung der vollständigen Erwerbsunfähigkeit nicht berücksichtigt werden. Eine Bescheinigung über die Erwerbsunfähigkeit von den Sozialversicherungsträgern ist nicht zwingend ein Nachweis der Erwerbsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen. Alle Bestimmungen, die sich in diesen Bedingungen auf die Berufsunfähigkeit beziehen, gelten sinngemäß.

## **Pflegebedürftigkeit**

Der Umfang und der Beginn der Pflegebedürftigkeit richten sich nach dem Bundespflegegeldgesetz (BPGG) nach Maßgabe des Pflegegeldbescheides.

Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt bei Pflegebedürftigkeit für Personen, deren Pflegebedarf gemäß § 4 BPGG durchschnittlich mehr als 160 Stunden monatlich beträgt, vor.

Gemäß den gesetzlichen Bestimmungen des BPGG (Stand 01.07.2022) entspricht das der Pflegegeldstufe 4.

## **Kindermitversicherung**

Im Falle einer Versicherung mit festem Auszahlungstermin entfällt die nachfolgend beschriebene Kindermitversicherung.

Die Kinder des Versicherten (auch künftige und adoptierte) sind mitversichert, wenn bei einem Kind eine der folgenden Krankheiten diagnostiziert wird bzw. eine der folgenden operativen Eingriffe durchgeführt wird:

- Herzinfarkt
- Koronare Bypass-Operation
- Krebs
- Schlaganfall
- Nierenversagen
- Organtransplantation
- Multiple Sklerose
- Lähmungen
- Blindheit

Die Kindermitversicherung gilt auch für den Fall der vollständigen Erwerbsunfähigkeit und der Pflegebedürftigkeit.

Die Definition der vollständigen Erwerbsunfähigkeit, Pflegebedürftigkeit, Krankheiten bzw. Operationen entspricht dabei derjenigen für die Versicherten.

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 bis zu einem Drittel der Versicherungssumme, max. € 11.000,00 pro Kind.

Die Leistung wird nur dann ausbezahlt, 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 noch 28 Tage überlebt.

Der Versicherungsfall der vollständigen Erwerbsunfähigkeit sowie der Pflegebedürftigkeit muss ebenso nach dem dritten Lebensjahr und vor Erreichen des 18. Lebensjahres auftreten. Für jedes mitversicherte Kind wird höchstens einmal eine Versicherungsleistung erbracht. Der Versicherungsschutz für den Versicherten bleibt auch nach einer Leistung für ein mitversichertes Kind aufrecht, die Folgeprämie wird weiterhin in unveränderter Höhe vorgeschrieben.

## **§ 2**

### **Pflichten des Versicherungsnehmers**

#### **(a) Anzeigepflicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages**

- (1) Sie sind verpflichtet, den Antrag und die damit verbundenen Fragen wahrheitsgemäß und vollständig auszufüllen bzw. zu beantworten.
- (2) Wenn das Leben einer anderen Person versichert werden soll, ist auch diese für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung aller Fragen verantwortlich.
- (3) Dieser Tarif berücksichtigt bei der Berechnung der vertraglichen Werte die Rauchgewohnheiten der versicherten Person(en). Deshalb sind Sie verpflichtet, uns Ihre Rauchgewohnheiten bekannt zu geben und allenfalls die Nichtrauchererklärung bei Antragstellung zu unterfertigen.

Im Falle einer abgegebenen Nichtrauchererklärung sind Sie verpflichtet, uns Änderungen Ihrer Rauchgewohnheiten unverzüglich schriftlich bekannt zu geben. Ab dem nächsten Monatsersten nach Zugang der Mitteilung bei uns, werden die vertraglichen Werte mit den Rechnungsgrundlagen für Raucher neu berechnet. Bei Verletzung der nachträglichen Anzeigepflicht, also bei unberechtigter Inanspruchnahme der Rechnungsgrundlagen für Nichtraucher, vermindert sich im Leistungsfall die Versicherungssumme im Verhältnis der erforderlichen Prämie zur bisherigen Prämie.

- (4) Werden Fragen schuldhaft unrichtig oder unvollständig beantwortet, können wir innerhalb von drei Jahren seit Abschluss oder Wiederherstellung vom Versicherungsvertrag zurücktreten. Im Falle einer risikohöhernden Änderung können wir innerhalb von drei Jahren nur von dieser Änderung zurücktreten. Wir können den Rücktritt nur innerhalb eines Monats ab Kenntnis der Unrichtigkeit oder Unvollständigkeit der Angaben erklären.
- (5) Wir können nicht vom Versicherungsvertrag 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.
- (6) Bei arglistiger Täuschung können wir den Versicherungsvertrag auch nach der Dreijahresfrist über die gesamte Vertragsdauer anfechten.
- (7) Wenn wir den Versicherungsvertrag anfechten oder vom Versicherungsvertrag zurücktreten, erbringen wir keine Versicherungsleistung.
- (8) Schuldhaft unrichtige oder unvollständige Angaben können darüber hinaus nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen zum Verlust des Versicherungsschutzes führen, sodass wir im Versicherungsfall keine Versicherungsleistung erbringen.
- (9) An Ihren Antrag sind Sie sechs Wochen gebunden. Die Frist beginnt mit dem Tag der Antragstellung.

#### **(b) Prämien, Zahlungsverzug und dessen Folgen**

- (1) Sie sind verpflichtet, die vereinbarten Versicherungsprämien (einmalige oder laufende Prämien) an uns kostenfrei und rechtzeitig zu zahlen.
- (2) Laufende Prämien können nach Vereinbarung in jährlichen, halbjährlichen, vierteljährlichen oder monatlichen Raten bezahlt werden.
- (3) Bei Eintritt des Versicherungsfalles werden etwaige Prämienrückstände in Abzug gebracht.
- (4) Die erste oder einmalige Prämie wird mit Zustellung der Versicherungspolizze, nicht aber vor Versicherungsbeginn fällig und ist sodann innerhalb von 14 Tagen zu bezahlen.
- (5) Wenn Sie die erste oder eine einmalige Prämie nicht rechtzeitig bezahlen, können wir vom Versicherungsvertrag zurücktreten. Es gilt als Rücktritt unsererseits, wenn wir die erste oder einmalige Prämie nicht innerhalb von drei Monaten vom Fälligkeitstag an gerichtlich geltend machen.
- (6) Ist die erste oder einmalige Prämie bei Eintritt des Versicherungsfalles und nach Ablauf der in (4) genannten Frist noch nicht gezahlt, sind wir leistungsfrei; es sei denn, dass Sie an der rechtzeitigen Zahlung der Prämie ohne Verschulden verhindert waren.
- (7) Folgeprämien sind innerhalb eines Monats, bei monatlicher Prämienzahlung innerhalb von zwei Wochen, jeweils ab dem in der Versicherungspolizze angegebenen Fälligkeitstag zu zahlen.
- (8) Wenn Sie eine Folgeprämie nicht rechtzeitig zahlen, erhalten Sie eine Mahnung, mit welcher Ihnen eine Frist von mindestens zwei Wochen zur Zahlung gesetzt wird.
- (9) Zahlen Sie den Rückstand nicht innerhalb der in der Mahnung festgesetzten Frist, können wir den Versicherungsvertrag zum Ablauf der festgesetzten Frist kündigen. Die Wirkungen der Kündigung entfallen, wenn Sie innerhalb eines Monats nach Kündigung die Zahlung nachholen, sofern der Versicherungsfall nicht schon eingetreten ist.
- (10) Zahlen Sie den Rückstand nicht innerhalb der in der Mahnung festgesetzten Frist und tritt nach Ablauf der Frist der Versicherungsfall ein, so sind wir leistungsfrei, es sei denn, Sie waren an der rechtzeitigen Zahlung ohne Verschulden verhindert.
- (11) Im Falle unserer Kündigung entfällt Ihr Versicherungsschutz.

### **§ 3**

#### **Umfang des Versicherungsschutzes**

- (1) Der Versicherungsschutz besteht grundsätzlich unabhängig davon, auf welcher Ursache der Versicherungsfall beruht.
- (2) Bei Selbstmord des Versicherten innerhalb von drei Jahren nach Abschluss oder Wiederherstellung des Versicherungsvertrages erbringen wir keine Versicherungsleistung. Dies gilt auch bei Selbstmord innerhalb von drei Jahren nach einer die Leistungspflicht des Versicherers erweiternden Änderung für die neu hinzukommende Versicherungssumme für den Ablebensfall.  
Wird uns nachgewiesen, dass Selbstmord in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen wurde, besteht hingegen voller Versicherungsschutz.
- (3) Bei Ableben infolge Teilnahme an kriegerischen Handlungen oder Unruhen auf Seiten der Unruhestifter erbringen wir keine Versicherungsleistung.
- (4) Wird Österreich in kriegerische Ereignisse verwickelt, von einer nuklearen, biologischen, chemischen oder durch Terrorismus ausgelösten Katastrophe betroffen, erbringen wir keine Versicherungsleistung.

### **§ 4**

#### **Beginn des Versicherungsschutzes**

- (1) Der Versicherungsschutz beginnt, sobald wir die Annahme Ihres Antrages in geschriebener Form oder durch Zustellung der Versicherungspolizze erklärt und Sie die erste oder einmalige Prämie rechtzeitig (siehe § 2 (b) (4)) bezahlt haben. Vor dem in der Versicherungspolizze angegebenen Versicherungsbeginn besteht kein Versicherungsschutz.
- (2) Ihr Versicherungsvertrag ist mit vorläufigem Sofortschutz ausgestattet.

Der vorläufige Sofortschutz erstreckt sich auf die für den Versicherungsfall beantragten Versicherungssummen, höchstens auf € 150.000,00 für den Ablebensfall und höchstens auf € 75.000,00 für den Fall des Eintrittes einer bestimmten schweren Erkrankung, auch wenn insgesamt höhere Versicherungssummen für diese Versicherungsfälle beantragt sind.

Der vorläufige Sofortschutz gilt,

- wenn die versicherte Person zum Zeitpunkt der Antragstellung voll arbeitsfähig ist,
- wenn der Versicherte nicht in ärztlicher Behandlung oder Kontrolle steht und
- soweit die Versicherungsbedingungen keine Einschränkungen oder Ausschlüsse (siehe § 3) vorsehen.

Der vorläufige Sofortschutz beginnt mit Eingang Ihres Antrages in der TIROLER VERSICHERUNG V.a.G., Wilhelm-Greil-Str. 10, 6020 Innsbruck, frühestens aber mit dem beantragten Versicherungsbeginn. Für Verträge mit ärztlicher Untersuchung erhöht sich der vorläufige Sofortschutz, sobald alle erforderlichen Unterlagen bei der TIROLER VERSICHERUNG V.a.G., Wilhelm-Greil-Str. 10, 6020 Innsbruck einlangen, auf höchstens € 225.000,00 im Ablebensfall und auf höchstens € 150.000,00 für den Fall des Eintrittes einer bestimmten schweren Erkrankung.

Der vorläufige Sofortschutz endet mit Zustellung der Versicherungspolizze oder der Ablehnung Ihres Antrages oder mit unserer Erklärung, dass der vorläufige Sofortschutz beendet ist, spätestens jedoch 6 Wochen nach Antragstellung.

Für den vorläufigen Sofortschutz berechnen wir keine gesonderte Prämie. Wenn wir aufgrund des vorläufigen Sofortschutzes leisten, verrechnen wir die auf die erbrachte Leistung entfallende erste Jahresprämie bzw. einmalige Prämie. Die erbrachte Leistung ist durch die Sofortschutz-Höchstsumme begrenzt.

## § 5 Bestimmungen über die Prämie

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

## § 6 Kosten und Gebühren

- (1) Die Versicherungssteuer wird entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen von Ihren Versicherungsprämien in Abzug gebracht. Weiters verrechnen wir Abschlusskosten (vgl. (a)), Verwaltungskosten (vgl. (b)), Kosten für allfällige Zusatzversicherungen gemäß den Bedingungen für die entsprechende(n) Zusatzversicherung(en) und Kosten zur Deckung des Ablebens- bzw. Krankheitsrisikos (Risikokosten) (vgl. (c)).
  - (a) Abschlusskosten sind alle mit dem Abschluss einer Versicherung verbundenen Kosten, etwa die Kosten für Vermittlung, Beratung, Anforderung von Gesundheitsauskünften, ärztlichen Attesten etc. Die Abschlusskosten betragen maximal 15 % der Nettoprämie.
  - (b) Die jährlichen Verwaltungskosten betragen maximal 1,75 ‰ der Nettoprämiensumme zuzüglich maximal € 12,00. Bei Versicherungsverträgen gegen Einmalprämie betragen die jährlichen Verwaltungskosten maximal 1,75 ‰ der Nettoprämiensumme.
  - (c) Die Kosten zur Deckung des Ablebens- bzw. Krankheitsrisikos (Risikokosten) richten sich nach dem Alter und den Rauchgewohnheiten der versicherten Person sowie der für den Eintritt des versicherten Ereignisses vereinbarten Versicherungssumme bzw. der vereinbarten versicherten Pension und der Vertragslaufzeit. Das für die Berechnung relevante Alter ist die Differenz zwischen dem Berechnungstichtag und dem Geburtsdatum und wird auf ganze Monate berechnet. Die Risikokosten errechnen sich monatlich aus der Differenz zwischen der für das versicherte Ereignis vereinbarten Versicherungssumme bzw. dem Kapitalwert der vereinbarten versicherten Pension und dem Wert der Deckungsrückstellung, multipliziert mit der Ihrem Alter entsprechenden monatlichen Wahrscheinlichkeit für den Eintritt des versicherten Risikos gemäß der in Ihrer Versicherungspolizze angeführten Sterbetafel.  
Für die Übernahme erhöhter Risiken insbesondere wegen Krankheit, Beruf, Sport etc. werden wir entsprechend der Erhöhung des Risikos erhöhte Wahrscheinlichkeiten bzw. zusätzliche Risikokosten oder besondere Bedingungen mit Ihnen vereinbaren.
- (2) Die in (1) genannten Kostenbestandteile entnehmen wir monatlich aliquot der Deckungsrückstellung. Ebenso werden die Kosten für Zusatzversicherungen monatlich der Deckungsrückstellung entnommen.
- (3) Die Rechnungsgrundlagen für die Ermittlung der Kosten nach (1) sind Teil der versicherungsmathematischen Grundlagen und können für bestehende Versicherungsverträge von uns nicht erhöht werden (ausgenommen § 5). Ihre korrekte Anwendung ist von der Finanzmarktaufsichtsbehörde (FMA) jederzeit überprüfbar.
- (4) Die Gebühren für durch Sie veranlasste Mehraufwendungen (§ 41b VersVG) finden Sie im Offert, welches Ihrem Antrag zugrunde liegt, in den „Informationen über Kosten und Gebühren gemäß § 2 Abs. 5 LV-InfoV“ bzw. können Sie bei uns erfragen, unserer Homepage [www.tiroler.at](http://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 verlaublich verbrauchte Verbraucherpreisindex 2000 oder ein von Amts wegen an seine Stelle tretender Index gegenüber dem 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.

## § 7 Gewinnbeteiligung

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

## § 8 Leistungserbringung durch den Versicherer

- (1) Für die Erbringung von Leistungen aus dem Versicherungsvertrag verlangen wir die Übergabe der Versicherungspolizze. Bei Verlust einer auf den Überbringer lautenden Versicherungspolizze können wir die Leistungserbringung von einer gerichtlichen Kraftloserklärung abhängig machen. Zusätzlich sind auf Rechnung des Bezugsberechtigten eine amtliche Sterbeurkunde und ein Nachweis über die Todesursache des Versicherten vorzulegen.
- (2) Zusätzlich zu den in (1) angeführten Dokumenten können weitere ärztliche oder amtliche Nachweise verlangt werden.
- (3) Die Versicherungsleistung wird nach Eintritt des Versicherungsfalles und Abschluss der Erhebungen zu Versicherungsfall und Leistungsumfang und nach Vorliegen aller erforderlichen Unterlagen (insbesondere Identitätsnachweise etc.) ausbezahlt.

## § 9 Angaben zur Steuerpflicht

- (1) Sie sind verpflichtet, uns alle Angaben und alle Änderungen der Angaben unverzüglich bekannt zu geben, die für die Beurteilung Ihrer persönlichen Steuerpflicht oder jener des Leistungsempfängers relevant sein können, insbesondere
  - (i) Name,
  - (ii) Geburtsdatum, Geburtsort und Geburtsland,
  - (iii) Adresse Ihres Wohnsitzes,
  - (iv) Staat oder Staaten, in dem oder in denen Sie steuerlich ansässig sind,
  - (v) Steueridentifikationsnummer(n),
  - (vi) Anzahl der Tage und gewöhnlicher Aufenthalt im Ausland,
  - (vii) entsprechende Daten allfälliger Treugeber.Versicherungsnehmer, die keine natürliche Person sind, sind anstelle der Angaben gemäß Punkt (ii), (iii) und (vi) verpflichtet, uns über
  - (viii) ihren Sitz,
  - (ix) den Ort der tatsächlichen Geschäftsleitung und Organisation,
  - (x) die für die Beurteilung der Steuerpflicht relevante Eigentümerstruktur, insbesondere beherrschende Personen im Sinne von § 92 GMSG, BGBl I Nr. 116/2015 und Art 1 lit ee des FATCA-Abkommens, BGBl III Nr. 16/2015 in der jeweils geltenden Fassung, und zu jenen beherrschenden Personen, die gemäß § 89 GMSG meldepflichtig sind, die Angaben gemäß diesen Punkten (i) bis (xi),
  - (xi) ihren Status als aktive oder passive Non-Financial Entity im Sinne der §§ 93 bis 95 GMSG, und über für die Beurteilung der Steuerpflicht relevanten Änderungen dieser Angaben zu informieren.

- (2) Leistungen erbringen wir nur Zug um Zug gegen Identifikation und falls von uns verlangt, gegen Abgabe einer Erklärung des Leistungsberechtigten, die die Angaben laut (1) enthält, sowie entsprechender Nachweise (insbesondere Reisepass).
- (3) Wenn und insoweit die Gefahr einer Haftung für Steuern durch uns besteht, sind wir berechtigt, den entsprechenden Teil der Versicherungsleistung bis zum Wegfall der Gefahr einzubehalten und an die jeweils zuständigen in- oder ausländischen Steuerbehörden abzuführen. Wir sind nicht verpflichtet, Kosten des Leistungsempfängers, die zur Erlangung einer allfälligen Rückerstattung der abgeführten Beträge von Steuerbehörden anfallen, zu ersetzen.

## **§ 10 Kündigung der Versicherung**

Sie können Ihren Versicherungsvertrag in geschriebener Form, sofern nicht Schriftform vereinbart ist, kündigen:

- 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.

## **§ 11 Vinkulierung, Verpfändung und Abtretung**

- (1) Im Allgemeinen sind Sie der Verfügungsberechtigte. Sie können Ihren Versicherungsvertrag vinkulieren, verpfänden oder abtreten.
- (2) Eine Vinkulierung, Verpfändung oder Abtretung ist uns gegenüber nur dann wirksam, wenn sie uns schriftlich angezeigt wird.
- (3) Bezüglich der Gebühren für Vinkulierungen, Verpfändungen und Abtretungen verweisen wir auf § 6 (4).

## **§ 12 Erklärungen**

- (1) 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.  
Schriftform bedeutet das Original der Erklärung mit eigenhändiger Unterschrift des Erklärenden oder eine qualifizierte elektronische Signatur gemäß § 4 Signatur- und Vertrauensdienstegesetz. Für geschriebene Form ist keine Unterschrift oder qualifizierte elektronische Signatur erforderlich, wenn aus der Erklärung die Person des Erklärenden hervorgeht.  
Haben wir mit Ihnen ausdrücklich und gesondert eine elektronische Kommunikation gemäß § 5a VersVG vereinbart, so regelt diese die Form und die Übermittlung von Erklärungen.  
Wenn wir uns auf die Unwirksamkeit einer nicht in der vereinbarten Schriftform abgegebenen Erklärung berufen wollen, so haben wir dies dem Erklärenden unverzüglich nach dem Zugang der Erklärung mitzuteilen. Dem Erklärungsempfänger steht es dann frei, das Formgebrechen sodann binnen 14 Tagen durch Absendung einer schriftlichen Erklärung fristwährend zu beseitigen.
- (2) Sie können jederzeit Abschriften der Erklärungen fordern, die Sie mit Bezug auf den Versicherungsvertrag abgegeben haben. Die Kosten dieser Abschriften haben Sie zu tragen und auf Verlangen vorzuschließen (siehe dazu die Information über Gebühren gemäß § 6 (4) oben).

## **§ 13 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 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 Versicherungspolize auf den Überbringer ausgestellt, können wir dennoch verlangen, dass der Überbringer der Versicherungspolize uns seine Berechtigung nachweist.

## **§ 14 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.

## **§ 15 Vertragsgrundlagen**

Vertragsgrundlagen sind Ihr Antrag, das dem Antrag zugrunde liegende Offert, die Versicherungspolize und die vorliegenden Versicherungsbedingungen. Soweit nichts Abweichendes vereinbart ist, gelten die gesetzlichen Bestimmungen, insbesondere des Versicherungsvertragsgesetzes, des Allgemeinen Bürgerlichen Gesetzbuches und des Konsumentenschutzgesetzes.

## **§ 16 Anwendbares Recht**

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

## **§ 17 Aufsichtsbehörde**

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

## **§ 18 Erfüllungsort**

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

## **Auszug aus dem Bundesgesetz zur Umsetzung des gemeinsamen Meldestandards für den automatischen Austausch von Informationen über Finanzkonten (Gemeinsamer Meldestandard-Gesetz – GMSG) (BGBl. I Nr. 116/2015)**

### **§ 89 Meldepflichtige Person**

Der Ausdruck „meldepflichtige Person“ bedeutet eine Person eines teilnehmenden Staates, jedoch nicht

1. eine Kapitalgesellschaft, deren Aktien regelmäßig an einer oder mehreren anerkannten Wertpapierbörsen gehandelt werden,
2. eine Kapitalgesellschaft, die ein verbundener Rechtsträger einer Kapitalgesellschaft nach Z 1 ist,
3. einen staatlichen Rechtsträger,
4. eine internationale Organisation,
5. eine Zentralbank oder
6. ein Finanzinstitut.

### **§ 92 Beherrschende Personen**

- (1) Der Ausdruck „beherrschende Personen“ bedeutet die natürlichen Personen, die einen Rechtsträger beherrschen.
- (2) Im Fall eines Trusts bedeutet dieser Ausdruck den oder die Treugeber, den oder die Treuhänder, (gegebenenfalls) den Protektor oder die Protektoren, den oder die Begünstigten oder die Begünstigtenklasse(n) sowie jede/alle sonstige(n) natürliche(n) Person(en), die den Trust tatsächlich beherrscht bzw. beherrschen.
- (3) Im Fall eines Rechtsgebildes, das kein Trust ist, bedeutet dieser Ausdruck Personen in gleichwertigen oder ähnlichen Positionen wie den in Abs. 2 erwähnten.
- (4) Der Ausdruck „beherrschende Personen“ ist auf eine Weise auszulegen, die mit den FATF-Empfehlungen vereinbar ist.

### **§ 93 NFE (Non-Financial Entity)**

Der Ausdruck „NFE“ bedeutet einen Rechtsträger, der kein Finanzinstitut ist.

### **§ 94 Passiver NFE**

Der Ausdruck „passiver NFE“ bedeutet

- a) einen NFE, der kein aktiver NFE ist, oder
- b) ein Investmentunternehmen gemäß § 59 Abs. 1 Z 2, das kein Finanzinstitut eines teilnehmenden Staates ist.

### **§ 95 Aktiver NFE**

Der Ausdruck „aktiver NFE“ bedeutet einen NFE, der eines der folgenden Kriterien erfüllt:

1. Weniger als 50 % der Bruttoeinkünfte des NFE im vorangegangenen Kalenderjahr sind passive Einkünfte und weniger als 50 % der Vermögenswerte, die sich während des vorangegangenen Kalenderjahrs im Besitz des NFE befanden, sind Vermögenswerte, mit denen passive Einkünfte erzielt werden oder erzielt werden sollen.
2. Die Aktien des NFE werden regelmäßig an einer anerkannten Wertpapierbörse gehandelt oder der NFE ist ein verbundener Rechtsträger eines Rechtsträgers, dessen Aktien regelmäßig an einer anerkannten Wertpapierbörse gehandelt werden.
3. Der NFE ist ein staatlicher Rechtsträger, eine internationale Organisation, eine Zentralbank oder ein Rechtsträger, der im Alleineigentum einer oder mehrerer der vorgenannten Institutionen steht.
4. Im Wesentlichen alle Tätigkeiten des NFE bestehen im (vollständigen oder teilweisen) Besitzen der ausgegebenen Aktien einer oder mehrerer Tochtergesellschaften, die eine andere Geschäftstätigkeit als die eines Finanzinstituts ausüben, sowie in der Finanzierung und Erbringung von Dienstleistungen für diese Tochtergesellschaften, mit der Ausnahme, dass ein Rechtsträger nicht die Kriterien für diesen Status erfüllt, wenn er als Anlagefonds tätig ist (oder sich als solchen bezeichnet), wie zum Beispiel ein Beteiligungskapitalfonds, ein Wagniskapitalfonds, ein Fonds für fremdfinanzierte Übernahmen („Leveraged-Buyout-Fonds“) oder ein Anlageinstrument, dessen Zweck darin besteht, Gesellschaften zu erwerben oder zu finanzieren und anschließend Anteile an diesen Gesellschaften als Anlagevermögen zu halten.
5. Der NFE betreibt noch kein Geschäft und hat auch in der Vergangenheit kein Geschäft betrieben, legt jedoch Kapital in Vermögenswerten an mit der Absicht, ein anderes Geschäft als das eines Finanzinstituts zu betreiben; der NFE fällt jedoch nach dem Tag, der auf einen Zeitraum von 24 Monaten nach dem Gründungsdatum des NFE folgt, nicht unter diese Ausnahmeregelung.
6. Der NFE war in den vergangenen fünf Jahren kein Finanzinstitut und veräußert derzeit seine Vermögenswerte oder führt eine Umstrukturierung durch mit der Absicht, eine andere Tätigkeit als die eines Finanzinstituts fortzusetzen oder wieder aufzunehmen.
7. Die Tätigkeit des NFE besteht vorwiegend in der Finanzierung und Absicherung von Transaktionen mit oder für verbundene Rechtsträger, die keine Finanzinstitute sind, und er erbringt keine Finanzierungs- oder Absicherungsleistungen für Rechtsträger, die keine verbundenen Rechtsträger sind, mit der Maßgabe, dass der Konzern dieser verbundenen Rechtsträger vorwiegend eine andere Geschäftstätigkeit als die eines Finanzinstituts ausübt.
8. Der NFE erfüllt alle der folgenden Anforderungen:
  - a) Er wird in seinem Ansässigkeitsstaat ausschließlich für religiöse, gemeinnützige, wissenschaftliche, künstlerische, kulturelle, sportliche oder erzieherische Zwecke errichtet und betrieben, oder er wird in seinem Ansässigkeitsstaat errichtet und betrieben und ist ein Berufsverband, eine Vereinigung von Geschäftsleuten, eine Handelskammer, ein Arbeitnehmersverband, ein Landwirtschafts- oder Gartenbauverband, eine Bürgervereinigung oder eine Organisation, die ausschließlich zur Wohlfahrtsförderung betrieben wird.
  - b) Er ist in seinem Ansässigkeitsstaat von der Steuer auf Einkommen befreit.
  - c) Er hat keine Anteilseigner oder Mitglieder, die Eigentums- oder Nutzungsrechte an seinen Einkünften oder Vermögenswerten haben.
  - d) Nach dem geltenden Recht des Ansässigkeitsstaats oder den Gründungsunterlagen des NFE dürfen seine Einkünfte und Vermögenswerte nicht an eine Privatperson oder einen nicht gemeinnützigen Rechtsträger ausgeschüttet oder zu deren Gunsten verwendet werden, außer in Übereinstimmung mit der Ausübung der gemeinnützigen Tätigkeit des NFE, als Zahlung einer angemessenen Vergütung für erbrachte Leistungen oder als Zahlung in Höhe des Marktwerts eines vom NFE erworbenen Vermögensgegenstands.
  - e) Nach dem geltenden Recht des Ansässigkeitsstaats oder den Gründungsunterlagen des NFE müssen bei seiner Abwicklung oder Auflösung alle seine Vermögenswerte an einen staatlichen Rechtsträger oder eine andere gemeinnützige Organisation verteilt werden oder fallen der Regierung des Ansässigkeitsstaats des NFE oder einer seiner Gebietskörperschaften anheim.

## **Auszug aus dem Abkommen zwischen der Republik Österreich und den Vereinigten Staaten von Amerika über die Zusammenarbeit für eine erleichterte Umsetzung von FATCA (BGBl. III Nr. 16/2015)**

### **Art. 1 Abs. 1 lit ee**

Der Ausdruck „beherrschende Personen“ bedeutet die natürlichen Personen, welche die Kontrolle über einen Rechtsträger ausüben. Im Falle eines Trusts bedeutet dieser Ausdruck den Treugeber, die Treuhänder, (gegebenenfalls) den Protektor, die Begünstigten oder die Gruppe der Begünstigten sowie jede andere natürliche Person, welche letztlich die tatsächliche Herrschaft über den Trust ausübt, und im Falle einer anderen rechtlichen Einrichtung bedeutet dieser Ausdruck die Personen in gleichwertiger oder ähnlicher Stellung. Der Ausdruck „beherrschende Personen“ ist in Übereinstimmung mit den Empfehlungen der Arbeitsgruppe Finanzielle Maßnahmen gegen Geldwäsche („Financial Action Task Force“) auszulegen