

# RENDIMENTO più

Terme Fixe Lebensversicherung mit laufender Prämienzahlung,  
mit gleicher oder geringerer Zahlungsdauer als die Versicherungsdauer,  
Gewinnbeteiligung und Endbonus  
(Tarif EAS)



Diese Merkblattsammlung, bestehend aus

- Produktinformation
- Informative Vertragsbeilage
- Versicherungsbedingungen
- Definitionen
- Antragsformular

muss dem Versicherungsnehmer vor Unterzeichnung des Antrags vorgelegt werden.

*Bitte lesen Sie vor Unterzeichnung aufmerksam die Produktinformation und die Informative Vertragsbeilage!*

## **INHALTSVERZEICHNIS**

PRODUKTINFORMATION	S. 2
INFORMATIVE VERTRAGSBEILAGE	S. 8
ALLGEMEINE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN (AVB)	S. 27
ZUSATZBEDINGUNGEN	
- RATENZAHLUNG	S. 35
- ZAHLUNGSWEISEN	S. 36
ZUSATZKAPITALVERSICHERUNG AUF DEN TODESFALL MIT GLEICH BLEIBENDER JAHRESPRÄMIE	S. 37
UNFALLZUSATZVERSICHERUNG	S. 40
ZUSATZVERSICHERUNG "UNFALLPAKET"	S. 46
ZUSATZVERSICHERUNG ZUR PRÄMIENBEFREIUNG BEI ZAHLUNGSUNFÄHIGKEIT BEI KRANKHEIT ODER UNFALL	S. 53
ZUSATZVERSICHERUNG ZUR PRÄMIENBEFREIUNG MIT VERSCHIEBUNG DES VERTRAGSABLAUFES BEI ARBEITSLOSIGKEIT	S. 56
PRÄMIENANPASSUNG	S. 57
DEFINITIONEN	S. 59
INFORMATIONEN ZUR VERARBEITUNG VON PERSONENBEZOGENEN DATEN	S. 61
ANTRAGSFORMULAR	S. 65

# PRODUKTINFORMATION

## LEBENSVERSICHERUNGSVERTRAG MIT GEWINNBETEILIGUNG

**ACHTUNG: BITTE VOR VERTRAGSUNTERZEICHNUNG AUFMERKSAM DIE INFORMATIVE PRODUKTBEILAGE LESEN.**

**Diese Information ersetzt nicht die Informativ Vertragsbeilage, sondern zielt allein darauf ab, dem Versicherungsnehmer kurz gefasste Informationen über Versicherungsschutz, Kosten und eventuelle Risiken des Vertrags zu geben.**

### 1) – ALLGEMEINE INFORMATIONEN

#### 1.a) Versicherer

Die Fa. Wiener Städtische Versicherung A.G. Vienna Insurance Group, eingeschrieben im Firmenregister des Handelsgerichts Wien unter der Nr. FN75687f, hat folgende Anschriften:

- Rechtssitz und Direktion in A-1010 Wien (Österreich) • Schottenring 30
- Zweigniederlassung für Italien (Generalvertretung) in I-20124 Mailand (Italien) • Via Vittor Pisani 27
- Direktion für Italien in I-00147 Rom (Italien) • Via Cristoforo Colombo 149 • Tel. +39-06-5107011 • Fax +39-06-51070129 • Internet [www.wieneritalia.com](http://www.wieneritalia.com) • E-Mail [wiener@wieneritalia.com](mailto:wiener@wieneritalia.com)

Die Wiener Städtische Versicherung A.G. Vienna Insurance Group ist in Italien mit einer Niederlassung tätig.

#### 1.b) Vertragsbezeichnung

Rendimento Più (Tarif EAS).

#### 1.c) Vertragsart

Termfix-Versicherung mit gleich bleibenden Prämien und Neubewertbarem Kapital durch Gewinnbeteiligung und Schlussgewinnanteil, mit gleicher oder geringerer Zahlungsdauer als die Versicherungsdauer (Stammversicherung).

**Die Versicherungsleistungen sind vom Versicherer vertraglich garantiert und werden (bei Versicherungen mit Jahresprämie ab dem 31. Dezember des dritten Versicherungsjahres) durch Zuweisung von Anteilen des während der Vertragslaufzeit erzielten Gewinns angepasst.** Die Höhe des Gewinnanteils wird vom Verwaltungsrat der Firma festgelegt.

#### 1.d) Laufzeit

Der *Versicherungsnehmer* kann die Dauer des Stammversicherungsvertrages mit einem Zeitraum zwischen mindestens fünf bis maximal 62 Jahren festlegen. Die Wahl der Dauer hängt von den Zielen und dem Alter des Versicherten ab.

**Je nach Vertragslaufzeit kann ein Rückkauf nach Zahlung von 1, 2 oder 3 Jahresprämien getätigt werden.**

Das Eintrittsalter des Versicherten darf weder unter 18 noch über 80 Jahren liegen.

#### 1.e) Prämienzahlung

Die Versicherungsleistung wird auf der Grundlage einer jährlichen *Prämienzahlung* erbracht. Die Dauer der *Prämienzahlung* kann der Vertragslaufzeit entsprechen oder aber demgegenüber verkürzt sein. Die Prämienzahlungsdauer muss mindestens fünf und höchstens 62 Jahre betragen, solange das Alter des Versicherten bei Vertragsende nicht höher als 90 Jahre ist. Die Prämie kann auch in Halbjahres- oder Quartalsraten oder monatlich gezahlt werden.

Der *Versicherungsnehmer* kann den Versicherer auch ersuchen, die Höhe der Prämie entsprechend den Veränderungen des vom Nationalen Statistikinstitut (ISTAT) errechneten Verbraucherpreisindex für Angestellten- und Arbeiterfamilien, mindestens jedoch um 4% anzupassen.

Die Jahresprämie muss mindestens €300,-- betragen.

## 2) – MERKMALE DES VERTRAGS

Bei diesem Vertrag handelt es sich um eine Versicherung mit jährlich zahlbarer Prämie, mit dem gleichzeitig ein Versicherungsschutz und bei Fälligkeit ein aufgewertetes Kapital bzw. eine aufwertbare Leibrente bietet.

Ein Teil der vom Versicherungsnehmer eingezahlten Prämie wird vom Versicherer zur Abdeckung der im Stammvertrag vorgesehenen demographischen Risiken (Sterblichkeitsrisiko) verwendet. Dieser Teil trägt daher, wie auch der Abzug für Vertragskosten, nicht zur Bildung des bei Vertragsablauf fälligen Kapitals bei.

Zur Veranschaulichung der Auswirkungen des Mechanismus der Leistungsanpassung wird auf Teil E der Informativen Vertragsbeilage verwiesen, welche ein Beispiel für die Entwicklung der Prämie, der Leistungen und der Rückkauf- und Leistungsminderungswerte enthält.

Der Versicherer verpflichtet sich weiters, dem Versicherungsnehmer spätestens bei Vertragsabschluss das individuelle Offert auszuhändigen.

## 3) – MERKMALE DES VERTRAGS

Im Vertrag sind folgende Arten von Leistungen als Stammversicherung vorgesehen:

### a) Leistungen im Erlebensfall

<i>Definition</i>	<i>Leistungsbeschreibung</i>
- Kapital:	Im Erlebensfall des <i>Versicherten</i> bei Vertragsablauf erfolgt die Auszahlung des durch Gewinnbeteiligung aufgewerteten versicherten Kapitals an die vom Versicherungsnehmer in der Polizza ernannten Bezugsberechtigten. Voraussetzung ist, dass alle vereinbarten Prämien eingezahlt wurden.
- Endbonus:	Im Erlebensfall des <i>Versicherten</i> bei Vertragsablauf erfolgt die Auszahlung eines Bonus in Form einer Erhöhung des versicherten Kapitals in im Voraus festgelegter Höhe an die vom Versicherungsnehmer in der Polizza ernannten Bezugsberechtigten. Voraussetzung ist, dass alle vereinbarten Prämien eingezahlt wurden.

### b) Leistungen im Ablebensfall

<i>Definition</i>	<i>Leistungsbeschreibung</i>
- Termfix:	Bei Ableben des <i>Versicherten</i> während der Vertragslaufzeit erfolgt die Befreiung von der Zahlung der verbleibenden Prämien beginnend vom Moment des Ablebens des <i>Versicherten</i> , die Auszahlung des versicherten und durch Gewinnbeteiligung aufgewerteten Kapitals an die vom Versicherungsnehmer in der Polizza ernannten Bezugsberechtigten jedoch erst bei Vertragsablauf.

Im Vertrag sind folgende Arten von Leistungen als Zusatzversicherung vorgesehen, jedoch nur, soweit diese in der Polizza ausgewiesen sind:

### c) Zusatz-/Nebenversicherungen

<i>Definition</i>	<i>Leistungsbeschreibung</i>
Unfallpaket	
- Kapital:	Bei Tod des <i>Versicherten</i> in Folge eines Unfalls erfolgt die Auszahlung des für diese Zusatzversicherung vorgesehenen Kapitals an die vom Versicherungsnehmer in der Polizza genannten Bezugsberechtigten.
- Kapital:	Bei Unfall des <i>Versicherten</i> , welcher eine dauerhafte Invalidität von über 5% verursacht, erfolgt die Auszahlung einer Entschädigung in Form von Kapital.
Versicherung auf den Todesfall	
- Kapital:	Bei Ableben des <i>Versicherten</i> vor Vertragsablauf erfolgt die Auszahlung des für diese Zusatzversicherung vorgesehenen Kapitals an die vom Versicherungsnehmer in der Polizza genannten Bezugsberechtigten.
Unfallpaket	
- Kapital:	Bei Tod des <i>Versicherten</i> in Folge eines Unfalls erfolgt die Auszahlung des für diese Zusatzversicherung vorgesehenen Kapitals an die vom Versicherungsnehmer in der Polizza genannten Bezugsberechtigten.
- Kapital:	Bei Unfall des <i>Versicherten</i> , welcher eine dauerhafte Invalidität von über 5% verursacht, erfolgt die Auszahlung einer Entschädigung in Form von Kapital.
- vorübergehende Rente:	Bei Unfall des <i>Versicherten</i> , welcher eine dauerhafte Invalidität von über 50% verursacht, erfolgt die Auszahlung einer vorübergehenden Rente für zehn Jahre beginnend mit der Anerkennung des Invaliditätsgrades.
- Spitalgeld:	Bei Unfall des <i>Versicherten</i> , welcher einen Krankenhausaufenthalt zur Folge hat, erfolgt die Auszahlung einer Entschädigung in Form eines Spitalgeldes für jeden Tag des Krankenhausaufenthaltes.
- Prämienbefreiung mit Verschiebung des Vertragsablaufes bei Arbeitslosigkeit:	Bei Arbeitslosigkeit des Versicherungsnehmers erfolgt die Befreiung von der Zahlung einer vollen Jahresprämie mit Verschiebung des Vertragsablaufes um ein Jahr.

Im Vertrag sind folgende durch den Versicherungsnehmer zu tätige Optionen vorgesehen:

### d) Vertragsoptionen

<i>Definition</i>	<i>Leistungsbeschreibung</i>
Kapital als Leibrente mit Rückzahlung:	Bei Vertragsablauf erfolgt die Umwandlung des Kapitals in eine Leibrente, wobei bei Ableben des <i>Versicherten</i> das Restkapital zur Auszahlung gelangt.
Kapital als Leibrente mit Bonus:	Bei Vertragsablauf erfolgt die Umwandlung des Kapitals in eine durch Vorauszahlung der für die Zukunft zu erwartenden Gewinnbeteiligung erhöhten Anfangsrente mit oder ohne Auszahlung des Restkapitals bei Ableben des <i>Versicherten</i> .
Kapital als Leibrente:	Bei Vertragsablauf erfolgt die Umwandlung des Kapitals in eine bis zum Ableben des <i>Versicherten</i> zu zahlende Leibrente

	ohne Auszahlung des Restkapitals bei vorzeitigem Ableben des Versicherten.
Kapital als vorübergehende Leibrente mit oder ohne Rückzahlung:	Bei Vertragsablauf erfolgt die Umwandlung des Kapitals in eine für eine vom Versicherungsnehmer zu wählende Zahl von Jahren auszuzahlende Leibrente mit oder ohne Auszahlung des Restkapitals bei vorzeitigem Ableben des Versicherten.
Kapital als sichere und in der Folge lebenslange Rente:	Bei Vertragsablauf erfolgt die Umwandlung des Kapitals in eine für eine vom Versicherungsnehmer zu wählende Zahl von Jahren auszuzahlende Rente, welche nach Ablauf dieser Frist zu einer lebenslangen Rente wird.
Kapital als übertragbare Leibrente:	Bei Vertragsablauf erfolgt die Umwandlung des Kapitals in eine bis zum Ableben des <i>Versicherten</i> auszuzahlende Leibrente, welche in der Folge zum Teil oder gänzlich auf eine zweite Person übertragen wird und an diese bis zu deren Ableben ausbezahlt wird.

Die Optionen werden nach der zum Zeitpunkt der Umwandlung der Hauptleistung gültigen (demographischen und finanziellen) Vertragsgrundlage berechnet. Im Übrigen ist der *Versicherungsnehmer* berechtigt, die Bedingungen nicht anzunehmen und damit den Antrag zurück zu nehmen.

### Garantie

Die Tarifberechnung basiert auf einem garantierten Mindestzinssatz von 2,25% (Rechnungszinssatz), der den *Versicherten* bei der Prämienberechnung a priori zugewiesen wird. Weiters erfolgt im Wege der Gewinnbeteiligung eine Teilnahme an den erzielten Überschüssen. Der Gewinnanteil erhöht die vertragliche Versicherungsleistung. Der Gewinnanteil wird bis zum Vertragsende verzinslich angesammelt. Der Gewinnanteil wird alljährlich am 31. Dezember (die erste Gutschrift erfolgt bei Versicherungen mit Jahresprämien am 31. Dezember des dritten Versicherungsjahres) nach Abzug des Rechnungszinssatzes gutgeschrieben.

Der den Versicherten zugewiesene jährliche Satz setzt sich daher aus dem tariflichen Rechnungszinssatz und dem jährlich nach Abzug des genannten Rechnungszinssatzes angesammelten Gewinnanteil zusammen.

Die Höhe des Gewinnanteils wird von den Organen des *Versicherers* festgesetzt. Das Anrecht auf den Anteil gründet auf diesen Entscheidungen und gilt als definitiv erworben. Bei vorzeitiger Auflösung des Vertrags durch Aussetzung der Prämienzahlung oder Rückkauf vermindert sich der Gewinnanteil gemäß einem Verminderungsfaktor, welcher vom Verwaltungsrat des Versicherers festgesetzt wird.

Der Rückkauf bringt eine finanzielle Verschlechterung mit sich. Der Versicherungsnehmer läuft in diesem Falle Gefahr, dass der zur Auszahlung kommende Betrag geringer ist als die Summe der eingezahlten Prämien.

**Wenn die Mindestzahl von Jahresprämien noch nicht geleistet wurde, verliert der Versicherungsnehmer die eingezahlten Prämien.**

**Nähere Informationen sind im Teil B der Informativen Vertragsbeilage enthalten. In jedem Fall sind die Versicherungsleistungen und die Mechanismen der Leistungsanpassung sind von folgenden Artikeln der Allgemeinen Versicherungsbedingungen geregelt: Art. 1 (Versicherungsleistungen), Art. 2 (Optionen bei Vertragsablauf), Art. 3 (Zusatzversicherungen), Art. 9 (Unterbrechung der Prämienzahlung), Art. 11.1 (Verminderung, Rückkauf) und 19 (Gewinnbeteiligung).**

## 4) – KOSTEN

Zur Verwaltung der Versicherungsverträge und zum dazu gehörigen Inkasso der Prämien erhebt der Versicherer Gebühren gemäß in Teil D der Informativen Vertragsbeilage erklärten Modalitäten und der ebendort genannten Höhe.

Die auf den Prämien lastenden Kosten vermindern die Höhe der Versicherungsleistungen.

Als umfassende Übersicht über die in verschiedener Weise auf dem Vertrag lastenden Kosten wird gemäß den von der Versicherungsaufsichtsbehörde ISVAP festgelegten Kriterien in der Folge der Indikator „Jährliche Durchschnittskosten in %“ aufgeführt.

Die „Jährlichen Durchschnittskosten in %“ geben an, um wie viel sich jedes Jahr auf Grund der Kosten die potenzielle Ertragsrate des Vertrags gegenüber dem einer entsprechenden, nicht mit Kosten belasteter Operation vermindert.

Bei einer 15-jährigen Vertragslaufzeit belaufen sich beispielsweise die „Jährlichen Durchschnittskosten in %“ im zehnten Jahr auf 1%, was bedeutet, dass die insgesamt auf dem Vertrag lastenden Kosten im Falle eines Rückkaufs im zehnten Jahr die potenzielle Ertragsrate für jedes Jahr der Vertragslaufzeit um 1% vermindern. Die „Jährlichen Durchschnittskosten in %“ des 15. Jahres geben an, um wie viel sich auf Grund der Kosten jedes Jahr der potenzielle Ertragsatz im Falle der Beibehaltung des Vertrags bis zum Vertragsablauf vermindert.

Bei dem vorgenannten Indikator handelt es sich lediglich um einen Richtwert, da er auf Grund von vorbestimmten Werten für Prämienbetrag, Laufzeit, Alter und Geschlecht der zu versichernden Person und unter Anwendung eines rein hypothetischen Renditesatzes berechnet ist.

Die „Jährlichen Durchschnittskosten in %“ werden unter Bezugnahme auf die Prämie der Stammversicherung berechnet und berücksichtigen daher die Prämien von Neben- und Zusatzversicherungen nicht.

**Die „Jährlichen Durchschnittskosten in %“ wurden unter Zugrundelegung eines vom ISVAP vorgegebenen hypothetischen Renditesatzes von 4% pro Jahr vor Steuern berechnet.**

**Indikator „Jährliche Durchschnittskosten in %“**

<p><i>Jahresprämie:</i> € 750 <i>Geschlecht und Alter:</i> M – 50 Jahre <i>Laufzeit:</i> 15 Jahre</p> <table border="1"> <thead> <tr><th>Jahr</th><th>Ø Kosten/Jahr in %</th></tr> </thead> <tbody> <tr><td>5</td><td>14,70%</td></tr> <tr><td>10</td><td>4,97%</td></tr> <tr><td>15</td><td>1,35%</td></tr> </tbody> </table>	Jahr	Ø Kosten/Jahr in %	5	14,70%	10	4,97%	15	1,35%	<p><i>Jahresprämie:</i> € 1.500 <i>Geschlecht und Alter:</i> M – 50 Jahre <i>Laufzeit:</i> 15 Jahre</p> <table border="1"> <thead> <tr><th>Jahr</th><th>Ø Kosten/Jahr in %</th></tr> </thead> <tbody> <tr><td>5</td><td>14,70%</td></tr> <tr><td>10</td><td>4,97%</td></tr> <tr><td>15</td><td>1,35%</td></tr> </tbody> </table>	Jahr	Ø Kosten/Jahr in %	5	14,70%	10	4,97%	15	1,35%	<p><i>Jahresprämie:</i> € 3.000 <i>Geschlecht und Alter:</i> M – 50 Jahre <i>Laufzeit:</i> 15 Jahre</p> <table border="1"> <thead> <tr><th>Jahr</th><th>Ø Kosten/Jahr in %</th></tr> </thead> <tbody> <tr><td>5</td><td>14,70%</td></tr> <tr><td>10</td><td>4,97%</td></tr> <tr><td>15</td><td>1,35%</td></tr> </tbody> </table>	Jahr	Ø Kosten/Jahr in %	5	14,70%	10	4,97%	15	1,35%												
Jahr	Ø Kosten/Jahr in %																																					
5	14,70%																																					
10	4,97%																																					
15	1,35%																																					
Jahr	Ø Kosten/Jahr in %																																					
5	14,70%																																					
10	4,97%																																					
15	1,35%																																					
Jahr	Ø Kosten/Jahr in %																																					
5	14,70%																																					
10	4,97%																																					
15	1,35%																																					
<p><i>Jahresprämie:</i> € 750 <i>Geschlecht und Alter:</i> M – 45 Jahre <i>Laufzeit:</i> 20 Jahre</p> <table border="1"> <thead> <tr><th>Jahr</th><th>Ø Kosten/Jahr in %</th></tr> </thead> <tbody> <tr><td>5</td><td>18,99%</td></tr> <tr><td>10</td><td>6,08%</td></tr> <tr><td>15</td><td>3,19%</td></tr> <tr><td>20</td><td>1,00%</td></tr> </tbody> </table>	Jahr	Ø Kosten/Jahr in %	5	18,99%	10	6,08%	15	3,19%	20	1,00%	<p><i>Jahresprämie:</i> € 1.500 <i>Geschlecht und Alter:</i> M – 45 Jahre <i>Laufzeit:</i> 20 Jahre</p> <table border="1"> <thead> <tr><th>Jahr</th><th>Ø Kosten/Jahr in %</th></tr> </thead> <tbody> <tr><td>5</td><td>18,99%</td></tr> <tr><td>10</td><td>6,08%</td></tr> <tr><td>15</td><td>3,19%</td></tr> <tr><td>20</td><td>1,00%</td></tr> </tbody> </table>	Jahr	Ø Kosten/Jahr in %	5	18,99%	10	6,08%	15	3,19%	20	1,00%	<p><i>Jahresprämie:</i> € 3.000 <i>Geschlecht und Alter:</i> M – 45 Jahre <i>Laufzeit:</i> 20 Jahre</p> <table border="1"> <thead> <tr><th>Jahr</th><th>Ø Kosten/Jahr in %</th></tr> </thead> <tbody> <tr><td>5</td><td>18,99%</td></tr> <tr><td>10</td><td>6,08%</td></tr> <tr><td>15</td><td>3,19%</td></tr> <tr><td>20</td><td>1,00%</td></tr> </tbody> </table>	Jahr	Ø Kosten/Jahr in %	5	18,99%	10	6,08%	15	3,19%	20	1,00%						
Jahr	Ø Kosten/Jahr in %																																					
5	18,99%																																					
10	6,08%																																					
15	3,19%																																					
20	1,00%																																					
Jahr	Ø Kosten/Jahr in %																																					
5	18,99%																																					
10	6,08%																																					
15	3,19%																																					
20	1,00%																																					
Jahr	Ø Kosten/Jahr in %																																					
5	18,99%																																					
10	6,08%																																					
15	3,19%																																					
20	1,00%																																					
<p><i>Jahresprämie:</i> € 750 <i>Geschlecht und Alter:</i> M – 40 Jahre <i>Laufzeit:</i> 25 Jahre</p> <table border="1"> <thead> <tr><th>Jahr</th><th>Ø Kosten/Jahr in %</th></tr> </thead> <tbody> <tr><td>5</td><td>23,65%</td></tr> <tr><td>10</td><td>7,19%</td></tr> <tr><td>15</td><td>3,69%</td></tr> <tr><td>20</td><td>2,32%</td></tr> <tr><td>25</td><td>0,78%</td></tr> </tbody> </table>	Jahr	Ø Kosten/Jahr in %	5	23,65%	10	7,19%	15	3,69%	20	2,32%	25	0,78%	<p><i>Jahresprämie:</i> € 1.500 <i>Geschlecht und Alter:</i> M – 40 Jahre <i>Laufzeit:</i> 25 Jahre</p> <table border="1"> <thead> <tr><th>Jahr</th><th>Ø Kosten/Jahr in %</th></tr> </thead> <tbody> <tr><td>5</td><td>23,65%</td></tr> <tr><td>10</td><td>7,19%</td></tr> <tr><td>15</td><td>3,69%</td></tr> <tr><td>20</td><td>2,32%</td></tr> <tr><td>25</td><td>0,78%</td></tr> </tbody> </table>	Jahr	Ø Kosten/Jahr in %	5	23,65%	10	7,19%	15	3,69%	20	2,32%	25	0,78%	<p><i>Jahresprämie:</i> € 3.000 <i>Geschlecht und Alter:</i> M – 40 Jahre <i>Laufzeit:</i> 25 Jahre</p> <table border="1"> <thead> <tr><th>Jahr</th><th>Ø Kosten/Jahr in %</th></tr> </thead> <tbody> <tr><td>5</td><td>23,65%</td></tr> <tr><td>10</td><td>7,19%</td></tr> <tr><td>15</td><td>3,69%</td></tr> <tr><td>20</td><td>2,32%</td></tr> <tr><td>25</td><td>0,78%</td></tr> </tbody> </table>	Jahr	Ø Kosten/Jahr in %	5	23,65%	10	7,19%	15	3,69%	20	2,32%	25	0,78%
Jahr	Ø Kosten/Jahr in %																																					
5	23,65%																																					
10	7,19%																																					
15	3,69%																																					
20	2,32%																																					
25	0,78%																																					
Jahr	Ø Kosten/Jahr in %																																					
5	23,65%																																					
10	7,19%																																					
15	3,69%																																					
20	2,32%																																					
25	0,78%																																					
Jahr	Ø Kosten/Jahr in %																																					
5	23,65%																																					
10	7,19%																																					
15	3,69%																																					
20	2,32%																																					
25	0,78%																																					

**Die „Jährlichen Durchschnittskosten in Prozent“ können bei Rückkauf in den ersten Jahren der Vertragslaufzeit wesentlich höher ausfallen als die für das fünfte Jahr angegebenen Werte.**

## 5) – IN DER VERGANGENHEIT ERZIELTE ERTRÄGE

An dieser Stelle werden die durch Gewinnbeteiligung in den letzten fünf Jahren erzielten und den Versicherten Jahr für Jahr zuerkannten Erträge dargestellt. Diese setzen sich aus dem tariflichen Rechnungswert und den entsprechenden Gewinnanteilen zusammen. Der Vergleich erfolgt mit dem Durchschnittsertrag von Staatspapieren und Obligationen dem ISTAT-Index der Verbraucherpreise für Angestellten- und Arbeiterfamilien.

Jahr	Durchschnittsertrag von Staatspapieren und Obligationen	Gewinnbeteiligung zugunsten der Versicherten	Inflation
2004	3,59%	4,000%	2,0%
2005	3,16%	4,000%	1,7%
2006	3,86%	4,000%	2,0%
2007	4,41%	4,000%	1,7%
2008	4,46%	4,500%	3,2%

**Achtung: In der Vergangenheit erzielte Erträge sind nicht maßgebend für zukünftige Ergebnisse.**

## 6) – RÜCKTRITTSRECHT

Der Versicherungsnehmer kann den Antrag widerrufen bzw. vom Vertrag zurücktreten. Modalitäten s. Teil D der Informativen Vertragsbeilage.

---

Die Wiener Städtische Versicherung A.G. Vienna Insurance Group ist für die Korrektheit der in dieser Produktinformation enthaltenen Daten und Informationen verantwortlich.

Der Generalvertreter

**Paolo Masci**





# INFORMATIVE VERTRAGSBEILAGE

(Tarif EAS 06 · Merkbl. 320A – Ausg. 06/2009)

## 1. PRÄAMBEL

**Die informative Vertragsbeilage wurde gemäß den Richtlinien des ISVAP<sup>1</sup> erstellt, unterliegt jedoch nicht der vorherigen Billigung durch das ISVAP.**

Der Zweck der informativen Vertragsbeilage ist es, dem Versicherungsnehmer alle Informationen zu liefern, die zur bewussten Unterzeichnung des Versicherungsvertrags erforderlich sind.

Die informative Vertragsbeilage ist in fünf Teile unterteilt:

- A. INFORMATIONEN ZUM VERSICHERER
- B. INFORMATIONEN ZU DEN VERSICHERUNGSLEISTUNGEN, ZUM VERSICHERUNGSSCHUTZ UND ZUM FINANZIELLEN RISIKO
- C. INFORMATIONEN ZU KOSTEN, RABATTEN UND STEUERLICHEN ASPEKTEN
- D. SONSTIGE INFORMATIONEN ZUM VERTRAG
- E. MUSTEROFFERT

## A) - INFORMATIONEN ZUM VERSICHERER

### 1 – Allgemeine Informationen

Die Wiener Städtische Versicherung A.G. Vienna Insurance Group ist mit der Firmenbuchnummer FN75687f beim Handelsgericht Wien eingetragen. Ihre Adressen lauten:

- Geschäftssitz und Direktion: Schottenring 30 • A-1010 Wien (Österreich),
- Zweigniederlassung für Italien (Generalvertretung): Via Vittor Pisani 27 • I-20124 Mailand (Italien)
- Direktion für Italien: Direzione per l'Italia • Via Cristoforo Colombo 149 • I-00147 Rom (Italien) • Telefon: +39-06-5107011 • Fax +39-06-51070129 • Homepage: [www.wieneritalia.com](http://www.wieneritalia.com) • E-Mail: [wiener@wieneritalia.com](mailto:wiener@wieneritalia.com)

Die Wiener Städtische Versicherung A.G. Vienna Insurance Group ist in Italien mit einer Niederlassung tätig.

**Der Versicherer investiert die Prämie in vom österreichischen Lebensversicherungsgesetz zugelassene Vermögenswerte. Der Versicherer unterliegt der Kontrolle durch die österreichische Versicherungsaufsichtsbehörde: Finanzmarktaufsichtsbehörde (FMA), Praterstraße 23, A-1020 Wien. Die Prämien können daher auch in von den italienischen Bestimmungen im Bereich Lebensversicherung nicht zugelassene Vermögenswerte investiert werden.**

Wirtschaftsprüfungsgesellschaft ist KPMG Alpen-Treuhand GmbH Wirtschaftsprüfungs- und Steuerberatungsgesellschaft mit Sitz in A-1090 Wien, Kolingasse 19.

## B) - INFORMATIONEN ZU DEN VERSICHERUNGSLEISTUNGEN, ZUM VERSICHERUNGSSCHUTZ UND ZUM FINANZIELLEN RISIKO

### 2 – Versicherungsleistungen und gewährter Versicherungsschutz

#### Leistungen der Stammversicherung

Die Stammversicherung besteht in einer Termfix-Versicherung mit gleich bleibenden Prämien und neubewertbarem Kapital durch Gewinnbeteiligung und Schlussgewinnanteil, mit gleicher oder geringerer Zahlungsdauer als die Versicherungsdauer.

Umfang der Leistungen aus der Stammversicherung:

- a) Im Erlebensfall leistet der Versicherer bei Vertragsablauf und bei gemäß vertraglicher Vereinbarung

<sup>1</sup> Istituto di vigilanza sulle assicurazioni private (Aufsichtsbehörde für private Versicherungen)

geleisteten Prämienzahlungen

- die in der Polizza angegebene Versicherungssumme, welche auf Grund der Gewinnbeteiligung aufgewertet wird.
  - wo anwendbar, eine Treuprämie namens Endbonus.
- b) Im Falle des Ablebens des Versicherten vor Ablauf der Versicherung: Prämienbefreiung ab dem Ablebensdatum bis zum Vertragsablauf; Zahlung der in der Polizza angegebenen und dank der Gewinnbeteiligung aufgewerteten Versicherungssumme.

### **Vertragsdauer**

Die *Dauer* des Stammversicherungsvertrages kann mit einem Zeitraum zwischen mindestens fünf bis maximal 62 Jahren festgelegt werden. Das Alter des Versicherten bei Versicherungsbeginn darf weder unter 18 noch über 80 Jahre liegen.

Die Wahl der Dauer hängt von den Zielen und dem Alter des Versicherten ab.

### **Garantie**

Die Tarifberechnung basiert auf einem garantierten Mindestzinssatz von 2,25% (Rechnungszinssatz), der den *Versicherten* bei der Prämienberechnung a priori zugewiesen wird.

Der Versicherer garantiert die in der Polizza angegebene Versicherungssumme, solange alle vereinbarten Prämien geleistet wurden.

Ein Teil der Prämie wird vom Versicherer zur Abdeckung der im Stammvertrag vorgesehenen demographischen Risiken (Sterblichkeitsrisiko) verwendet. Die bei Ablauf der Versicherung zu zahlende Leistung ergibt sich daher aus der Kapitalisierung der für die Stammversicherung gezahlten Beträge nach Abzug der Kosten und dem vorgenannten Teil der Prämie zur Abdeckung des reinen Risikos.

### **Erhebung des Gesundheitszustandes**

Das Risiko des vorzeitigen Ablebens erfordert die präventive Erhebung des Gesundheitszustandes des *Versicherten*.

Die Erhebung des Gesundheitszustandes des *Versicherten* kann durch den diesbezüglichen Fragebogen erfolgen, sofern die Kapitalhöhe und das Alter des *Versicherten* ein solches Vorgehen gestatten. Der *Versicherer* kann vom *Versicherten* auch eine oder mehrere ärztliche Untersuchungen fordern.

### **Karenzfrist**

Für den Fall, dass der *Versicherte* sich keiner ärztlichen Untersuchung unterziehen möchte (und vorausgesetzt, dass der *Versicherer* eine solche Untersuchung für nicht unbedingt erforderlich hält), verringert sich die Wirksamkeit der Versicherung um einige Monate. Davon ausgenommen ist die Immunschwächekrankheit AIDS, deren Karenzzeit fünf Jahre betrifft.

### **Einschränkung der Versicherung**

In den *Versicherungsbedingungen* sind Ereignisse angeführt, die nicht versicherbar sind oder bei deren Eintreten die Versicherungsleistung eingeschränkt wird.

### **Zusatzversicherungen**

Der *Versicherungsnehmer* kann vom *Versicherer* im Rahmen der gegenständlichen Versicherung den Abschluss einer oder mehrerer der verfügbaren Zusatzversicherungen fordern.

Die Zusatzversicherungen sind nur gültig, wenn sie ausdrücklich auf der *Polizza* ausgewiesen werden.

Die Zusatzversicherungen unterliegen den Bestimmungen der gegenständlichen Bedingungen, sofern diese damit vereinbar sind und von keiner der Bestimmungen der Zusatzversicherungen in der Anlage aufgehoben werden.

- Zusatzkapitalversicherung auf den Todesfall mit gleich bleibender Jahresprämie (Tarif ZK):

Im Falle des Ablebens des *Versicherten* vor Ende der gegenständlichen Versicherung verpflichtet sich der *Versicherer*, den Begünstigten das in der *Polizza* ausgewiesene Kapital aus der Zusatzversicherung sofort auszuzahlen.

Das Kapital der Zusatzversicherung bleibt bis zum vereinbarten Vertragsende konstant (auch wenn der Versicherungsnehmer eine Anpassung der Prämie der Stammversicherung gefordert hat). Zu diesem Zeitpunkt erlischt die Zusatzversicherung und die entrichteten Prämien gebühren dem Versicherer. Weiters erlischt die Versicherung und die entsprechenden Prämien gebühren dem Versicherer in

folgenden Fällen: bei Unterbrechung der Zahlung der entsprechenden Prämien, in Folge der Unterbrechung bzw. Einstellung der Zahlung der Prämien der Stammversicherung, am Ende des Versicherungsjahres, in dem der Versicherte das 75. Lebensjahr vollendet.

Die Prämien gebühren dem *Versicherer*.

Im Falle der Wiederherstellung der erloschenen oder prämienfrei gestellten Stammversicherung und der neuerlichen Gültigkeit der Zusatzversicherung können für Ereignisse, die während der Unterbrechung des Versicherungsschutzes eingetreten sind, keine Ansprüche erhoben werden.

Für diese Zusatzversicherung sind weder Rückkauf noch verminderte Versicherungssummen möglich.

Nicht versichert sind Todesfälle infolge:

- a) von vorsätzlichen Handlungen des *Versicherungsnehmers* oder des *Begünstigten*;
- b) der Teilnahme des *Versicherten* an Vorsatzdelikten;
- c) der Teilnahme des *Versicherten* an Kriegshandlungen, bürgerkriegsähnlichen Ausschreitungen, Aufständen und Unruhen, wo der *Versicherte* als Agitator handelt
- d) eines Flugunfalls, wenn der *Versicherte* an Bord eines nicht autorisierten Flugzeugs oder mit einem nicht befähigten Piloten reist, und in jedem Fall, wenn er als Mitglied der Crew reist. Diese Ausnahme wird außerdem auf den Fall ausgedehnt, in dem sich der *Versicherte* als Fallschirmspringer oder Spezialpilot betätigt (zum Beispiel: Hängegleiter, Heißluftballon, Paragliding, Hubschrauber, Militärflugzeug, etc.);
- e) von Selbstmord, der innerhalb der ersten beiden Jahre nach Beginn des Versicherungsschutzes verübt wurde oder, nach Ablauf dieser Zeitspanne, innerhalb der ersten zwölf auf eine allfällige Wiederherstellung des Vertrags folgende folgenden Monate;
- f) von nuklearen Katastrophen
- g) der Ausübung von gefährlichen Sportarten, die zum Zeitpunkt der Unterzeichnung des *Versicherungsantrags* nicht angegeben wurden und von denen der *Versicherer* auch danach nicht in Kenntnis gesetzt wurde;
- h) der Teilnahme an Wettbewerben oder Trainingsfahrten mit Kraftfahrzeugen zu Land, zu Wasser und in der Luft.

In diesen Fällen zahlt der *Versicherer*, mit Ausnahme des Todesfalls infolge von vorsätzlichen Handlungen des *Begünstigten*, nur den Betrag der vertraglichen Deckungsrückstellung, der zum Zeitpunkt des Ablebens berechnet wird.

Der volle Versicherungsschutz hängt davon ab, ob sich der *Versicherte* einem Gesundheitscheck und allfälligen weiteren medizinischen Untersuchungen unterzogen hat, die vom *Versicherer* verlangt werden.

Falls es der *Versicherte* mit vorheriger Zustimmung des *Versicherers* vorzieht, auf den Gesundheitscheck zu verzichten, ruht der Versicherungsschutz für sechs Monate ab Versicherungsbeginn. Während dieses Zeitraums, die Karenzzeit genannt wird, verpflichtet sich der *Versicherer* im Ablebensfall des *Versicherten* zur Rückerstattung der für die Zusatzversicherung eingezahlten Prämien nach Steuern. Voraussetzung dafür ist, dass die Zahlung der Prämien zeitgerecht erfolgt ist.

Die vorher genannte Einschränkung wird nicht wirksam, falls der Todesfall direkt auf eine der folgenden Ursachen zurückzuführen ist:

- 1) akute Infektionskrankheiten, die nach Versicherungsbeginn aufgetreten sind: Typhus, Paratyphus, Tetanus, Diphtheritis, Scharlach, Masern, epidemische zerebrospinale Meningitis, Lungenentzündung, epidemische Enzephalitis, Kindbettfieber, Burning Fever, Hepatitis A, B und C, ikterohämorrhagische Leptospirosis, Cholera, Bruzellose, Bazillenruhr, Salmonellose, Botulismus, Monozytenangina, epidemischer Mumps, Tollwut, Keuchhusten, Röteln, generalisierte Vaccinia, postvakzinale Enzephalitis
- 2) anaphylaktischer Schock, der nach Versicherungsbeginn aufgetreten ist
- 3) Unfall, der sich nach Versicherungsbeginn ereignet hat, unbeschadet der Punkte a) bis h) dieses Artikels.

Die Karenzzeit beträgt fünf Jahre ab Versicherungsbeginn, falls der Ablebensfall des *Versicherten* infolge der erworbenen Immunabwehrschwäche AIDS oder einer damit verbundenen Krankheiten eintritt. In diesem Fall zahlt der *Versicherer* den Betrag der Deckungsrückstellung der Zusatzversicherung zum Zeitpunkt des Ablebensfalls.

- Zusatzversicherung „Unfallpaket“ (Tarif 9A/9B):

Diese Zusatzversicherung beinhaltet bei ordnungsgemäß erfolgter Prämienzahlung folgende Leistungen:

- bei Unfalltod die für den Unfalltod versicherte Summe.
- bei dauernder Invalidität in Folge von Unfällen eine nach der hierfür versicherten Summe berechnete Entschädigung, wenn der Invaliditätsgrad über 5% liegt. Zudem ist für Fälle von dauernder Invalidität über 50% eine Leistung in der doppelten Höhe des übersteigenden Betrags vorgesehen.

Die Zusatzversicherung erlischt und die Prämien gebühren dem Versicherer: bei Unterbrechung der Prämienzahlung; bei Unterbrechung oder Einstellung der Prämienzahlung der Stammversicherung; am Ende des Versicherungsjahres, in dem der *Versicherte* das 75. Lebensjahr vollendet; bei Rücktritt des Versicherers nach Meldung eines Schadensfalls.

Im Falle der Wiederherstellung der erloschenen oder prämienvfrei gestellten Stammversicherung und der neuerlichen Gültigkeit der Zusatzversicherung können für Ereignisse, die während der Unterbrechung des Versicherungsschutzes eingetreten sind, keine Ansprüche aus der Zusatzversicherung erhoben werden.

Die Verminderung der Versicherungssumme oder der Rückkauf sind im Rahmen dieser Zusatzversicherung nicht möglich. Darüber hinaus besteht bei dieser Versicherung kein Anspruch auf Gewinnbeteiligung.

Die Versicherung deckt keine Unfälle infolge

- a) von Kriegsereignissen jeder Art
- b) der Benützung von motorbetriebenen Fahrzeugen oder Wasserfahrzeugen, wenn der *Versicherte* nicht über die vorgeschriebene Befähigung verfügt
- c) von Fallschirmsprüngen und Tauchgängen, auch wenn sie hobbymäßig betrieben werden
- d) der Teilnahme an Wettbewerben - auch als Passagier - mit motorbetriebenen Fahrzeugen oder bzw. Wasserfahrzeugen und den dazugehörigen Trainingsfahrten
- e) eines Flugunfalls, wenn der *Versicherte* an Bord eines nicht autorisierten Flugzeugs oder mit einem nicht befähigten Piloten reist, und in jedem Fall, wenn er als Mitglied der Crew reist bzw. in Ausübung einer anderweitig mit dem Flugzeug verbundenen beruflichen Tätigkeit. Diese Ausnahme wird außerdem auf den Fall ausgedehnt, in dem sich der *Versicherte* als Fallschirmspringer oder Spezialpilot betätigt (zum Beispiel: Hängegleiter, Heißluftballon, Hubschrauber, Militärflugzeug, etc.).
- f) von strafbaren Handlungen, die vom Versicherten vorsätzlich begangen oder versucht werden
- g) von Bewusstseinsstörungen bzw. Trunkenheit, Missbrauch von Psychopharmaka, Einnahme von Suchtgiften oder Halluzinogenen
- h) von chirurgischen Eingriffen, Untersuchungen oder medizinischen Therapien, für die kein Versicherungsfall im Rahmen dieser Zusatzversicherung Anlass war
- i) der Benutzung von motorbetriebenen Wasserfahrzeugen für nicht private Zwecke
- j) von Herzinfarkten, da Herzinfarkte keinesfalls als Unfallfolge anerkannt sind
- k) von natürlichen oder durch Atombeschleunigung verursachten energetischen Umwandlungen des Atoms (Kernschmelzung oder -spaltung, radioaktive Isotope, Beschleuniger, Röntgenstrahlen, etc.)
- l) der freiwilligen und aktiven Teilnahme des Versicherten an Unruhen und Volksaufständen.

Selbstmord kann in keinem Fall als Unfall anerkannt werden.

Die Versicherung deckt die Ausübung von allen Sportarten mit Ausnahmen von:

Boxen, Schwerathletik, Ringen in den verschiedensten Formen, Kampfsportarten im allgemeinen, Lenkschlitten, Bergsteigen (über Grad III), Free Climbing, Alpinski, Schanzen sprünge auf Schi oder Wasserschi, Kanu, Canyoning, Höhlenklettern, Rafting, Rugby, American Football, Jumping, Inlinehockey, Motorboot sport, Autosport, Motorrad sport, Bob, Eishockey, Flugsport im allgemeinen, Motorboot sport im allgemeinen.

Die Versicherung gilt bei der Teilnahme an Wettbewerben und dem dazugehörigen Training nur bei folgenden Sportarten und nur unter der Bedingung, dass der Versicherte nicht als Mitglied eines Sportverbandes als Profi oder Halbprofi daran teilnimmt, und dass der Versicherte daraus kein Ein-

kommen bezieht:

Baseball, Basketball, Handball, Wasserball, Volleyball, Radsport, Fußball, Reitsport, Schi, Wasserschi, Tennis.

Krankheiten können in keinem Fall als Unfall betrachtet werden. Infektionskrankheiten können nicht als Folge eines Unfalls angesehen werden.

Unversicherbar sind, unabhängig von der konkreten Erhebung ihres Gesundheitszustandes, Personen, die an Alkoholismus, Drogensucht, AIDS, Epilepsie, Lähmung, Geisteskrankheiten, Delirium tremens oder anderen schweren und dauernden Krankheiten leiden.

Unversicherbar sind darüber hinaus Personen mit über 50% liegender dauernder Invalidität und mit dauerhafter Arbeitsunfähigkeit. Vollständige Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn dem Versicherten infolge von Krankheit oder Gebrechen nach medizinischen Gesichtspunkten die Ausübung einer Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann und auch tatsächlich keine Erwerbstätigkeit vorliegt.

Es gilt als vereinbart, dass Personen, die unter schweren und dauernden Gebrechen, Verstümmelungen oder erheblichen physischen Beeinträchtigungen leiden, nur mit vorheriger Zustimmung des Versicherers versicherbar sind.

- Zusatzversicherung „Unfallpaket“ (Tarif SA/.../SE):

Diese Zusatzversicherung beinhaltet folgende Leistungen:

- bei Unfalltod die für den Unfalltod versicherte Summe.
- bei dauernder Invalidität in Folge von Unfällen eine nach der hierfür versicherten Summe berechnete Entschädigung, wenn der Invaliditätsgrad über 5% liegt. Zudem ist für Fälle von dauernder Invalidität über 50% eine Leistung in der doppelten Höhe des übersteigenden Betrags vorgesehen.
- bei dauernder Invalidität in Folge von Unfällen von über 50% eine Rente für die Dauer von 10 Jahren, allerdings nur bis zum Ableben des *Versicherten*.
- bei Unfall ein Spitalsgeld für maximal 365 Tage.

Die Versicherung erlischt und die Prämien gebühren dem Versicherer: bei Unterbrechung der Prämienzahlung, bei Unterbrechung oder Einstellung der Prämienzahlung der Stammversicherung, am Ende des Versicherungsjahres, in dem der *Versicherte* das 75. Lebensjahr vollendet, bei Rücktritt des Versicherers nach Meldung eines Schadensfalls.

Im Falle der Wiederherstellung der erloschenen oder prämienfrei gestellten Stammversicherung und der neuerlichen Gültigkeit der Zusatzversicherung können für Ereignisse, die während der Unterbrechung des Versicherungsschutzes eingetreten sind, keine Ansprüche aus der Zusatzversicherungen erhoben werden.

Die Verminderung der Versicherungssumme oder der Rückkauf sind im Rahmen dieser Zusatzversicherung nicht möglich. Darüber hinaus besteht bei dieser Versicherung kein Anspruch auf Gewinnbeteiligung.

Die Versicherung deckt keine Unfälle infolge

- a) von Kriegsereignissen jeder Art
- b) der Benutzung von motorbetriebenen Fahrzeugen oder Wasserfahrzeugen, wenn der *Versicherte* nicht über die vorgeschriebene Befähigung verfügt
- c) von Fallschirmsprüngen und Tauchgängen, auch wenn sie hobbymäßig betrieben werden
- d) der Teilnahme an Wettbewerben - auch als Passagier - mit motorbetriebenen Fahrzeugen oder bzw. Wasserfahrzeugen und den dazugehörigen Trainingsfahrten
- e) eines Flugunfalls, wenn der *Versicherte* an Bord eines nicht autorisierten Flugzeugs oder mit einem nicht befähigten Piloten reist, und in jedem Fall, wenn er als Mitglied der Crew reist bzw. in Ausübung einer anderweitige mit dem Flugzeug verbundenen beruflichen Tätigkeit. Diese Ausnahme wird außerdem auf den Fall ausgedehnt, in dem sich der *Versicherte* als Fallschirmspringer oder Spezialpilot betätigt (zum Beispiel: Hängegleiter, Heißluftballon, Hubschrauber, Militärflugzeug, etc.).
- f) von strafbaren Handlungen, die vom Versicherten vorsätzlich begangen oder versucht werden

- g) von Bewusstseinsstörungen beziehungsweise Trunkenheit, Missbrauch von Psychopharmaka, Einnahme von Suchtgiften oder Halluzinogenen
  - h) von chirurgischen Eingriffen, Untersuchungen oder medizinischen Therapien, für die kein Versicherungsfall im Rahmen dieser Zusatzversicherung Anlass war
  - i) der Benutzung von motorbetriebenen Wasserfahrzeugen für nicht private Zwecke
  - j) von natürlichen oder nicht natürlichen energetischen Umwandlungen des Atoms, Beschleunigung der Atompartikel (Kernschmelzung oder -spaltung, radioaktive Isotope, Beschleuniger, Röntgenstrahlen, etc.)
  - k) der freiwilligen und aktiven Teilnahme des Versicherten an Unruhen und Volksaufständen.
- Selbstmord kann in keinem Fall als Unfall anerkannt werden.

Die Versicherung deckt die Ausübung von allen Sportarten mit Ausnahmen von:

Boxen, Schwerathletik, Kampfsportarten im allgemeinen, Lenkschlitten, Bergsteigen (über Grad III), Free Climbing, Alpinski, Schanzensprünge auf Schi oder Wasserschi, Canyoning, Höhlenklettern, Rafting, Rugby, American Football, Jumping, Inlinehockey, Motorbootsport, Autosport, Motorradspport, Bob, Eishockey, Flugsport im allgemeinen, Motorbootsport im allgemeinen.

Die Versicherung gilt bei der Teilnahme an Wettbewerben und dem dazugehörigen Training nur bei folgenden Sportarten und nur unter der Bedingung, dass der Versicherte nicht als Mitglied eines Sportverbandes als Profi oder Halbprofi daran teilnimmt, und dass der Versicherte daraus keine Einnahmequelle zieht:

Baseball, Basketball, Handball, Wasserball, Volleyball, Radsport, Fußball, Reitsport, Schi, Wasserschi, Tennis.

Krankheiten können in keinem Fall als Unfall betrachtet werden. Infektionskrankheiten können nicht als Folge eines Unfalls angesehen werden.

Unversicherbar sind, unabhängig von der konkreten Erhebung ihres Gesundheitszustandes, Personen, die an Alkoholismus, Drogensucht, AIDS, Epilepsie, Lähmung, Geisteskrankheiten, Delirium tremens oder anderen schweren und dauernden Krankheiten leiden.

Unversicherbar sind darüber hinaus Personen mit über 50% liegender dauernder Invalidität und mit dauerhafter Arbeitsunfähigkeit.

Vollständige Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn dem Versicherten infolge von Krankheit oder Gebrechen nach medizinischen Gesichtspunkten die Ausübung einer Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann und auch tatsächlich keine Erwerbstätigkeit vorliegt.

Es gilt als vereinbart, dass Personen, die unter schweren und dauernden Gebrechen, Verstümmelungen oder erheblichen physischen Beeinträchtigungen leiden, nur mit vorheriger Zustimmung des Versicherers versicherbar sind.

- Zusatzversicherung zur Prämienbefreiung bei Zahlungsunfähigkeit in Folge von Krankheit oder Unfall (Tarif 9E/9I):

Ab dem 43. Tag und für die gesamte Dauer der ununterbrochenen Arbeitsunfähigkeit des „Versicherten“ in Folge von Krankheit oder Unfall übernimmt der Versicherer die Prämienzahlung. Die Wirksamkeit des Vertrags bleibt bestehen.

Der Begriff „Versicherter“ bezeichnet die natürliche Person des Versicherungsnehmers (falls nicht mit dem Versicherten der Stammversicherung übereinstimmend), für welche die Zusatzversicherung Wirksamkeit besitzt und welche bei Vertragsabschluss nicht älter als 50 Jahre ist.

Die Zusatzversicherung hat die selbe Laufzeit wie die Stammversicherung.

Die Zusatzversicherung endet in jedem Fall spätestens am Ende jenes Versicherungsjahres, in dem der Versicherte das 65. Lebensjahr vollendet.

Sobald der Versicherte dieses Alter erreicht hat, endet die Versicherung bei der ersten jährlichen Fälligkeit der Prämie. Das allfällige Inkasso von danach fälligen Prämien, die in einem solchen Fall vor Steuern erstattet werden, kann die Versicherung auf keinen Fall verlängern.

Die Zusatzversicherung erlischt und die Prämien gebühren dem Versicherer bei Unterbrechung oder Einstellung der Prämienzahlung der Zusatz- und/oder Stammversicherung aus jedwedem Grund mit Ausnahme der Befreiung von der Prämienzahlung; am Ende des Versicherungsjahres, in dem der *Versicherte* das 65. Lebensjahr vollendet.

Im Falle der Wiederherstellung der erloschenen oder prämienfrei gestellten Stammversicherung und der neuerlichen Gültigkeit der Zusatzversicherung können für Ereignisse, die während der Unterbrechung des Versicherungsschutzes eingetreten sind, keine Ansprüche aus der Zusatzversicherungen erhoben werden.

Die Verminderung der Versicherungssumme oder der Rückkauf sind im Rahmen dieser Zusatzversicherung nicht möglich. Darüber hinaus besteht bei dieser Versicherung kein Anspruch auf Gewinnbeteiligung.

Die Zusatzversicherung deckt weder den teilweisen Verlust der Arbeitsfähigkeit noch die Folgen aus:

- a) vorsätzlicher Selbstverstümmelung, Körperverletzungen durch grobe Fahrlässigkeit, Selbstmordversuch
- b) Krankheiten oder Körperverletzungen infolge der aktiven Teilnahme an Kriegshandlungen, Aufständen, Unruhen und bürgerkriegsähnlichen Ausschreitungen
- c) vorsätzlich herbeigeführten Krankheiten oder Kräfteverfall
- d) einem vom *Versicherten* begangenen Vorsatzdelikt.

Nicht versichert sind außerdem Krankheiten und Körperverletzungen infolge

- e) der Führung von motorbetriebenen Fahrzeugen oder Wasserfahrzeugen, sofern der Versicherte nicht über die entsprechende Befähigung verfügt;
- f) von Fallschirmsprüngen und Tauchgängen, auch wenn sie hobbymäßig betrieben werden;
- g) der Teilnahme an Wettbewerben - auch als Fahrgast - mit motorbetriebenen Fahrzeugen oder Wasserfahrzeugen und den dazugehörigen Trainingsfahrten;
- h) der Betätigung als Pilot, unabhängig vom Flugzeugtyp;
- i) der Benutzung - auch als Fahrgast - eines Sonderflugzeugs wie zum Beispiel: Hängegleiter, Heißluftballons und ähnliche Flugobjekte ohne jede Ausnahme;
- j) von Vorsatzdelikten, die vom Versicherten versucht oder begangen werden;
- k) von Trunkenheit, Missbrauch von Psychopharmaka, Drogen oder Halluzinogenen;
- l) natürliche oder nicht natürliche energetische Umwandlung des Atoms, Beschleunigung der Atompartikel (Kernschmelzung oder -spaltung, radioaktive Isotope, Beschleuniger, Röntgenstrahlen, etc.), Nuklearkatastrophe.

Die Versicherung deckt die Ausübung von allen Sportarten mit Ausnahmen von:

Boxen, Schwerathletik, Kampfsportarten im allgemeinen, Lenkschlitten, Bergsteigen (über Grad III), Free Climbing, Alpinski, Schanzensprünge auf Ski oder Wasserschi, Canyoning, Höhlenklettern, Rafting, Rugby, American Football, Jumping, Inlinehockey, Motorbootsport, Autosport, Motorsport, Bob, Eishockey, Flug- und Motorbootsport im allgemeinen, Hochseesegeln.

- Prämienbefreiung mit Verschiebung des Vertragsablaufes bei Arbeitslosigkeit:

Der Versicherungsnehmer (welcher bei Vertragsabschluss das 35. Lebensjahr noch nicht vollendet hat) ist bei Arbeitslosigkeit für die Dauer eines Jahres von der Prämienzahlung befreit, wobei die Stammversicherung unberührt bleibt. Das Vertragsende verschiebt sich um ein Jahr.

Ab dem 3. Versicherungsjahr kann der Versicherte bei Arbeitslosigkeit eine Befreiung von der Prämienzahlungspflicht für die Hauptversicherung und die eventuell eingeschlossene Versicherung für den Ablebensfall für genau ein Jahr verlangen.

Für die gesamte oben vereinbarte Versicherungsdauer bleibt der Versicherungsschutz der Hauptversicherung für den Ablebensfall unverändert aufrecht. Der Versicherungsschutz einer allfällig eingeschlossenen temporären Ablebensversicherung (Risikozusatzversicherung) bleibt bis zu einer Versicherungssumme von max. 50% der Versicherungssumme der Hauptversicherung ebenfalls unverändert aufrecht.

Der Versicherungsschutz einer allfällig eingeschlossenen Unfallversicherung und weiterer allfällig eingeschlossener Zusatzversicherungen entfällt während dieses Jahres.

Während dieses Jahres führt der allfällig eingeschlossene Anpassungsbrief zu keine Erhöhung der vereinbarten Prämie.

Während dieses Jahres werden dem Vertrag keine Gewinnanteile gutgeschrieben.

Nach dem Jahr der Prämienbefreiung wird der Vertrag – um 1 Jahr verschoben – so fortgesetzt, wie

sein Stand am Beginn der Prämienbefreiung war. Insbesondere verschiebt sich der Ablauf des Vertrages um 1 Jahr.

### **Angaben des Versicherungsnehmers und des Versicherten**

**Es wird daran erinnert, dass Versicherungsnehmer und Versicherter die im Antragsformular enthaltenen Hinweise zum Ausfüllen des zur Risikobemessung durch den Versicherer notwendigen gesundheitlichen Fragebogens aufmerksam lesen sollten.**

## **3 – Prämien**

### **Prämie**

Die Höhe der Jahresprämie wird vom Versicherungsnehmer auf Grund seiner Bedürfnisse in Bezug auf die versicherten Leistungen gewählt und richtet sich nach einer Reihe von Elementen: Versicherungssumme, Prämienzahlungsdauer, Vertragsdauer, Geschlecht und Alter des Versicherten, Gesundheitszustand, Lebensgewohnheiten und ausgeübtem Beruf.

### **Prämie bei Vertragsabschluss**

Die bei Vertragsabschluss zu leistende Prämie erfolgt durch Banküberweisung auf ein in der Polizza ausgewiesenes Konto des Versicherers oder über einen auf die

### **WIENER STÄDTISCHE A.G.**

ausgestellten gesperrten und nicht übertragbaren Bank- oder Zirkularscheck. Der Scheck muss zur Weiterleitung an den *Versicherer* jener Agentur zugehen, bei welcher der Vertrag abgeschlossen wurde. Der Scheck kann dem *Versicherer* aber auch direkt zugestellt werden. **Der Versicherer steht weder für Schecks ein, welche auf einen anderen Empfänger als „WIENER STÄDTISCHE A.G.“ ausgestellt sind, noch für ohne vorheriges Einverständnis auf andere Art geleistete Zahlungen.**

Die Zahlung gilt zum Eingangsdatum der Zahlungsmittelteilung beim Versicherer als getätigt, vorbehaltlich einer erfolgreichen Abwicklung der Transaktion.

### **Folgeprämien**

Die Zahlung der Folgeprämien erfolgt über eines der folgenden Systeme:

- a) Lastschriftverfahren, mit Bevollmächtigung zur Belastung eines auf den *Versicherungsnehmer* oder auf eine andere Person lautenden Girokontos zugunsten des *Versicherers*.  
Die Überweisungen über Lastschriftverfahren gelten als vom *Versicherer* erhalten, wenn die Bank die Zahlung bestätigt. In diesem Fall gilt die Zahlung um 24 Uhr des Fälligkeitstages der Rate als getätigt, vorbehaltlich des Rechts der Berichtigung des *Versicherers* bei einem Fehler beim Datenabgleich.
- b) Zahlschein, zahlbar bei allen Banken und Postämtern; die Zustellung des Zahlscheins an die Wohnadresse des *Versicherungsnehmers* erfolgt durch den *Versicherer*. Jede Zahlung über Zahlschein gilt um 24 Uhr des Tages als getätigt, an dem die Zahlungsbestätigung von der Bank oder dem Postamt abgestempelt wurde.

Bei Nichtbezahlung erfolgt die Bezahlung der fälligen Rate(n) mittels Bank- oder Zirkularschecks beziehungsweise durch Banküberweisung, vorausgesetzt, der Versicherungsnehmer macht nicht von seinem Recht auf Verminderung der Versicherungsleistung Gebrauch. Die Zahlung gilt zum Eingangsdatum der Zahlungsmittelteilung beim Versicherer als getätigt, vorbehaltlich einer erfolgreichen Abwicklung der Transaktion.

### **Dauer der Prämienzahlung**

Die Versicherungsleistung wird auf der Grundlage einer jährlichen *Prämienzahlung* erbracht. Die Dauer der Prämienzahlung kann der Vertragsdauer entsprechen oder aber demgegenüber verkürzt sein. Die Prämienzahlungsdauer muss mindestens fünf und höchstens 62 Jahre betragen, solange das Alter des Versicherten bei Vertragsende nicht höher als 90 Jahre ist.

Die *Prämie* muss der *Versicherungsgesellschaft* während der ganzen Laufzeit des Vertrages gezahlt werden und auf keinen Fall nach dem Ableben des *Versicherten*.

Die *Prämie* des ersten Jahres muss immer vollständig bezahlt werden, auch wenn eine unterjährige Zahlung besteht.

**Wenn eine unterjährige Zahlung besteht, wird dem Versicherungsnehmer eine entsprechende Gebühr für die Ratenzahlung gemäß Punkt 6.1.1 berechnet.**



Da die *Prämie* immer konstant ist, kann die Versicherung ab einer gewissen Inflation nur einen partiellen Schutz vor den negativen Auswirkungen einer solchen Inflation bieten.

#### **Prämienanpassung auf Grund der Schwankungen des Verbraucherpreisindex**

Der *Versicherungsnehmer* kann vom *Versicherer* fordern, die *Jahresprämie* gemäß den aus der Anlage ersichtlichen *Sonderbedingungen* an die Schwankungen des Verbraucherpreisindex zu binden, der vom Statistischen Zentralamt bestimmt wird. Die Prämienanpassung bewirkt eine Erhöhung der Leistung.

Die Prämienhöhung wird vom *Versicherer* als Inventarprämie einer Zusatzversicherung auf der Basis des Tarifs der Stammversicherung, des Alters des Versicherten zum Zeitpunkt der Anpassung und der Restdauer des Vertrages angewendet, ohne vorherige Überprüfung des Gesundheitszustands.

Die Leistung jeder Zusatzpolizze wird zur Leistung von anderen, aufgrund von vorherigen Anpassungen ausgestellten Zusatzpolizzen und jener der Stammpolizze hinzugerechnet.

Die Anpassung der Zusatzversicherungen wird in Artikel 5.2. der gegenständlichen *Sonderbedingungen zur Prämienanpassung* geregelt.

Am Ende jedes Versicherungsjahres gibt der *Versicherer* einen Zusatz zur Polizze heraus, auf dem die Prämie für das folgende Versicherungsjahr und die neue Versicherungssumme ausgewiesen sind.

Der *Versicherungsnehmer* kann die Anpassung auch im Wege der Rückstellung des erwähnten Zusatzes an den *Versicherer* innerhalb eines Monats ab Erhalt derselben verweigern. Bei Verweigerung der Anpassung während 2 aufeinander folgender Jahre versteht sich der Anspruch auf Anpassung als erloschen.

Die Anpassung erlischt außerdem:

- bei mehr als dreimonatiger Verspätung der Prämienzahlung
- oder bei Prämienfreistellung gemäß den *Sonderbedingungen* der Zusatzversicherung.

Die Prämienanpassung erfolgt zu den folgenden Bedingungen:

- Jahresprämie von nicht weniger als EUR 240,00;
- Erhöhung der Jahresprämie um mindestens 4% derselben.

#### **Für das Recht auf Rückkauf bzw. verminderte Versicherungssumme notwendige Prämienzahlungsdauer**

Sobald

- eine Jahresprämie (bei bis zu zehnjähriger Laufzeit)
- zwei Jahresprämien (bei Verträgen mit über zehnjähriger bis zwanzigjähriger Laufzeit)
- drei Jahresprämien (bei über zwanzigjähriger Laufzeit)

geleistet sind, kann der Versicherungsnehmer vom Versicherer die Auflösung des Vertrags und die Zahlung des Rückkaufwertes fordern oder den Vertrag ohne die Zahlung weiterer Prämien zu einer verminderten Versicherungssumme bestehen lassen. **Falls der nach der verminderten Leistung berechnete Rückkaufwert unter EUR 100,- liegt, wird anstelle der Verminderung der Rückkaufwert geleistet.**

**Ist die genannte Mindestanzahl der Jahresprämien nicht erreicht, verliert der Versicherungsnehmer die gezahlten Summen.**

## **4 – Berechnung und Zuweisung der Gewinnbeteiligung**

### **Gewinnbeteiligung**

Kapitalversicherungen auf den Todesfall sind für gewöhnlich langjährige Versicherungsverträge. Um die Erbringung der Versicherungsleistung für die gesamte *Vertragsdauer* sicherzustellen, werden die Prämien vorsichtig kalkuliert. Vorsichtige Annahmen werden insbesondere hinsichtlich der Kapitalerträge (Verzinsung) und der Sterblichkeit getroffen. Infolge der vorsichtigen Prämienkalkulation werden regelmäßige Überschüsse erzielt.

Der *Versicherungsnehmer* nimmt im Wege der Gewinnbeteiligung an den erzielten Überschüssen teil. Die Aufteilung der Überschüsse erfolgt durch Gewinn- und Vertragsklassen, in denen alle Versicherungsverträge desselben Typs zusammengefasst sind. Die individuelle Gewinn- und die Vertragsklasse des Versicherungsvertrags ist auf der *Polizze* ausgewiesen.

### **Gewinnzuweisung**

Die Gewinnanteile werden alljährlich am 31. Dezember gutgeschrieben. Die erstmalige Gutschrift erfolgt

bei Versicherungen gegen Einmalprämie am 31. Dezember im zweiten Versicherungsjahr; bei Versicherungen gegen laufende Prämienzahlung am 31. Dezember im dritten Versicherungsjahr.

Die Höhe des Gewinnanteils wird von den Organen des *Versicherers* festgesetzt. Das Anrecht auf den Anteil gründet auf diesen Entscheidungen und gilt als definitiv erworben.

Bei vorzeitiger Vertragsauflösung durch Kündigung oder Rückkauf verringert sich jedoch der Gewinnanteil um einen Kürzungsfaktor, der vom Vorstand beschlossen wird.

Vorherige Angaben über die Höhe des Gewinns beruhen auf Schätzungen und Modellberechnungen, die sich auf die Lage zum Zeitpunkt der Schätzung oder der Modellberechnung stützen. Die Angaben sind daher unverbindlich.

Die tatsächlich zugewiesenen Gewinnbeteiligung hängt einzig von den Überschüssen ab, die während der Laufzeit des Vertrags erzielt werden.

### **Berechnung**

Der zugewiesene Gewinnanteil setzt sich aus einem Zinsgewinnanteil und einem Kapitalgewinnanteil zusammen. Der Zinsgewinnanteil wird in Prozent der tariflichen Deckungsrückstellung der Stammversicherung am Beginn des laufenden Versicherungsjahres berechnet. Der Kapitalgewinnanteil wird in Promille der Versicherungssumme auf den Todesfall ohne Berücksichtigung allfälliger Zusatzversicherungen berechnet. Die Höhe der Kapital- und Zinsgewinnanteile wird im Geschäftsbericht veröffentlicht. Die Zinsgewinnanteile werden bis zum Ablauf der Versicherungsdauer zugewiesen. Die Kapitalgewinnanteile werden nur Versicherungsverträgen mit laufenden Prämienzahlungen und nur bis zu dem Bilanzstichtag, bis zu dem die Prämien auch laufend entrichtet werden, zugewiesen.

### **Leistungsanpassung**

Der aus Zins- und Kapitalgewinnanteil bestehende Gewinnanteil erhöht die vertragliche Versicherungsleistung.

Der Gewinnanteil wird bis zum Vertragsende verzinslich angesammelt. Die Zinsen werden alljährlich am 31. Dezember nach Abzug des technischen Zinssatzes gutgeschrieben.

Der Zinsgewinnanteil wird auf Grund der Erträge der vom Versicherer getätigten Investitionen unter Abzug des tariflich vorgesehenen technischen Zinssatzes berechnet. Der dem einzelnen Vertrag zugewiesene Gewinnanteil setzt sich daher aus dem technischen Zinssatz, dem Kapitalgewinnanteil und dem Zinsgewinnanteil zusammen.

### **Schlussgewinnanteil**

Im Erlebensfall wird bei Vertragsende, sofern die Prämien bis zum Ablauf der vereinbarten Prämienzahlungsdauer voll entrichtet wurden, ein Schlussgewinnanteil ausbezahlt. Dieser wird in Prozent der vertraglichen Deckungsrückstellung im Erlebensfall berechnet. Entsprechend dem obigen Punkt „Gewinnzuteilung“ sind für die Höhe des Prozentsatzes die Beschlüsse der Unternehmensorgane maßgeblich.

### **Individuell erstelltes Musteroffert**

Zur vollständigeren Veranschaulichung der Auswirkungen des Mechanismus der Leistungsanpassung wird auf Sektion E der Informativen Vertragsbeilage verwiesen, welche ein Beispiel für die Entwicklung der Prämie, der Leistungen und der Rückkauf- und Leistungsminderungswerte enthält.

Der Versicherer verpflichtet sich weiters, dem Versicherungsnehmer spätestens bei Vertragsabschluss das individuelle Vertragsmuster auszuhändigen.

## **5 – Vertragsoptionen**

### **Optionen bei Vertragsende**

Der *Versicherungsnehmer* kann innerhalb von 90 Tagen vor Vertragsende und im Erlebensfall des *Versicherten* eine Forderung zur Umwandlung des Kapitals in eine der in Art. 2 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen genannten Formen der *Leibrente* stellen:

- a) *Leibrente* mit Garantie auf Rückerstattung des Restkapitals im Falle des Ablebens des *Versicherten* während der Auszahlung;
- b) *Leibrente* ohne Garantie auf Rückerstattung des Restkapitals im Falle des Ablebens des *Versicherten* während der Auszahlung;
- c) eine höhere *Leibrente*, „Bonusrente“ genannt, unter Vorauszahlung eines Teils der für die Zukunft erwarteten Gewinne, mit oder ohne Garantie auf das Restkapital im Falle des Ablebens des *Versicherten* während der Auszahlung;
- d) eine temporäre *Leibrente* – eine vorher vereinbarte *Zeitrente*, mit oder ohne Garantie auf das Restkapital im Falle des Ablebens des *Versicherten* während der Auszahlung;

- e) eine Rente, die für eine vereinbarte Anzahl von Jahren garantiert ist und dann in eine Leibrente übergeht;
- f) eine übertragbare *Leibrente*, die bis zum Ableben des *Versicherten* (erste Person) ausbezahlt wird und danach zu Gänze oder teilweise an den designierten *Versicherten* (zweite Person) bis zu dessen Ableben ausbezahlt wird.

Es besteht für keine der oben angeführten Rentenarten während der Auszahlung ein Rückkaufsrecht.

Die Optionen berechnen sich auf der (demografischen und finanziellen) Tarifgrundlage, die zum Zeitpunkt der Umwandlung der Leistung aus der Stammversicherung gültig ist. Der *Versicherungsnehmer* hat das Recht, die Bedingungen nicht anzunehmen und den Antrag zu widerrufen.

Der Versicherer verpflichtet sich, dem Bezugsberechtigten spätestens 60 Tage vor dem für die Bezugsrechtsausübung vorgesehenen Termin schriftlich eine Zusammenfassung über die möglichen Optionen unter Aufführung der entsprechenden Kosten und wirtschaftlichen Bedingungen zukommen zu lassen. Der Versicherer verpflichtet sich, falls der Bezugsberechtigte sein Interesse für eine der bei Fälligkeit möglichen Optionen kundtut, vor der effektiven Bezugsrechtsausübung die Produktbeschreibung, die Informative Vertragsbeilage und die Versicherungsbedingungen in Bezug auf die Leistungen der gewählten Option zur Verfügung zu stellen.

## C) – INFORMATIONEN ZU KOSTEN, RABATTEN UND STEUERLICHEN ASPEKTEN

### 6 – Kosten

#### 6.1 – Kosten, welche direkt auf dem Versicherungsnehmer lasten

##### 6.1.1 – Auf der Prämie lastende Kosten

Die Jahresprämien werden weder mit Ausgabekosten noch mit Quittungsgebühren belastet.

Ausgabekosten	Quittungsgebühren
€0,00	€0,00

Bei Rücktritt von Seiten des Versicherungsnehmers innerhalb von 30 Tagen ab Vertragsabschluss behält sich der Versicherer das Recht vor, die effektiv für die Ausgabe der Polizze getragenen Kosten in Höhe von €30,00 zu berechnen.

Jede Prämie ist mit einem Anteil der Abschlussprovision (8% der Summe der Jahresprämien), der Inkasoprovisionen, der Verwaltungsgebühren in Höhe eines Prozentanteils der Versicherungssumme bei Fälligkeit des Vertrags belastet.

Da die genannten Kosten je nach Vertragslaufzeit, Geschlecht und Alter des Versicherten berechnet sind, werden in der folgenden Gebührenaufstellung die jede Prämie belastenden Kosten als Prozentanteil der Jahresprämie ausgewiesen:

		<b>Männer</b>						
		<b>Laufzeitkategorien* nach Jahren</b>						
<b>Altersklassen</b>		<b>5-8</b>	<b>9-12</b>	<b>13-15</b>	<b>16-18</b>	<b>19-21</b>	<b>22-23</b>	<b>24-25</b>
		<b>20-35</b>		13,7%	14,1%	14,6%	15,0%	15,4%
<b>36-45</b>		13,8%	14,2%	14,7%	15,2%	15,6%	16,0%	16,3%
<b>46-48</b>		13,8%	14,3%	14,9%	15,4%	15,9%	16,3%	16,7%
<b>49-50</b>		13,8%	14,3%	14,9%	15,5%	16,0%	16,4%	16,9%
<b>51-53</b>		13,9%	14,4%	15,0%	15,6%	16,2%	16,7%	17,2%
<b>54-55</b>		13,9%	14,4%	15,1%	15,7%	16,4%	16,9%	17,4%
<b>56-58</b>		14,0%	14,5%	15,3%	16,0%	16,7%	17,3%	17,9%
<b>59-60</b>		14,0%	14,6%	15,4%	16,2%	17,0%	17,6%	18,3%
<b>61-63</b>		14,1%	14,7%	15,7%	16,6%	17,6%	18,3%	19,1%
<b>64-65</b>		14,2%	14,9%	16,0%	16,9%	18,1%	18,9%	19,8%

\* Vertragslaufzeit und Prämienzahlungsdauer identisch

## Frauen

		Laufzeitkategorien* nach Jahren						
		5-8	9-12	13-15	16-18	19-21	22-23	24-25
Altersklassen	20-35	13,7%	14,1%	14,6%	15,0%	15,4%	15,7%	16,0%
	36-45	13,7%	14,1%	14,6%	15,1%	15,5%	15,8%	16,1%
	46-48	13,8%	14,2%	14,7%	15,2%	15,6%	15,9%	16,3%
	49-50	13,8%	14,2%	14,7%	15,2%	15,7%	16,0%	16,4%
	51-53	13,8%	14,2%	14,8%	15,3%	15,8%	16,1%	16,5%
	54-55	13,8%	14,2%	14,8%	15,3%	15,8%	16,2%	16,6%
	56-58	13,8%	14,3%	14,9%	15,4%	16,0%	16,4%	16,9%
	59-60	13,8%	14,3%	15,0%	15,5%	16,1%	16,6%	17,1%
	61-63	13,9%	14,4%	15,1%	15,7%	16,4%	17,0%	17,6%
64-65	13,9%	14,4%	15,2%	15,9%	16,7%	17,4%	18,0%	

\* Vertragslaufzeit und Prämienzahlungsdauer identisch

Der Versicherer verpflichtet sich, die Höhe der Kosten, die auf der Jahresprämie lasten und sich aus der Kombination der genannten Variablen (Alter, Geschlecht, Laufzeit) ergeben, im individuellen Offert bekannt zu geben.

Im Falle der Ratenzahlung werden dem Versicherungsnehmer folgende Gebühren verrechnet:

Art der Ratenzahlung	Gebühren auf die Prämienrate
halbjährlich	2,0%
vierteljährlich	3,0%
monatlich	5,0%

Auch bei Ratenzahlung ist die Prämie des ersten Jahres zur Gänze zu leisten.

Die Prämie des bei Eintreten des Versicherungsfalles laufenden Versicherungsjahres ist stets zur Gänze zu leisten, auch wenn unterjährige Zahlungen vereinbart wurden.

### 6.1.2 – Kosten bei Rückkauf

Der Rückkaufwert entspricht 95% der „gezillmerten Rückstellung“.

Die individuellen vertragspezifischen Beträge werden auf der *Polizze* (Anlage RP1) ausgewiesen und sind integrierender Bestandteil des Vertrags.

## 7 – Ausmaß und Modalitäten eventueller Rabatte

Im Vertrag sind keine Rabatte vorgesehen.

## 8 – Allgemeine Information zu rechtlichen und steuerlichen Aspekten des Vertrags

### Unpfändbarkeit und Beschlagnahmefreiheit

Gemäß Artikel 1923 des italienischen Bürgerlichen Gesetzbuchs sind die vom Versicherungsgeber aus Lebensversicherungsverträgen geschuldeten Beträge weder pfänd- noch beschlagnahmbar.

### Rechte des Begünstigten

Gemäß Artikel 1920 des italienischen Bürgerlichen Gesetzbuchs erwirbt der *Begünstigte* durch seine Einsetzung Anspruch auf die Versicherungsleistung.

Das bedeutet insbesondere, dass die infolge des Ablebens des *Versicherten* ausgezahlten Beträge nicht in die Erbmasse fließen.

### Steuern auf Prämien

Lebensversicherungsprämien sind steuerbefreit. Die Prämien allfälliger Zusatzversicherungen unterliegen, wo anwendbar, der Versicherungssteuer in Höhe von 2,5%.

### Steuerliche Begünstigung

Gemäß den geltenden gesetzlichen Bestimmungen wird dem *Versicherungsnehmer* bei Prämien bis zu EUR 1.291,14 bei

- Versicherungen auf den Todesfall
  - Versicherungen für höher als 5%-ige *dauernde Invalidität*
- ein jährlicher Steuerabzug bei der Einkommenssteuer für Privatpersonen in der Höhe von 19% gewährt. Voraussetzung für den Steuerabzug ist, dass der Versicherte, falls er nicht mit dem Versicherungsnehmer übereinstimmt, diesem gegenüber unterhaltsberechtigter sein.

### **Besteuerung der Leistungen**

Die für die gegenständliche Versicherung gewährten Beträge sind,

- 1) wenn sie im Ablebensfall des *Versicherten* ausbezahlt wurden, von der Einkommenssteuer für Privatpersonen befreit.
- 2) wenn sie im Erlebensfalle des *Versicherten*:  
in Form von Kapital ausbezahlt wurden, steuerpflichtig. Die Erträge, die während des Rückstellungszeitraums vor Inanspruchnahme der Pensionsleistung erzielt wurden, werden unter Anwendung des Angleichungskoeffizienten mit 12,5% versteuert. Der Abzug wird auf die Differenz zwischen dem Wert der vom Versicherer zu leistenden Zahlung und der Summe der vom Versicherungsnehmer in Bezug auf die Leistung im Erlebensfall bezahlten Prämien angewendet. Auf an Personen, die eine Firmentätigkeit ausüben, gezahlte Erträge erhebt der Versicherer die genannte Ersatzsteuer nicht.

Die genannten Abgaben, welche der Versicherer im Namen und im Auftrag des Versicherungsnehmer an das Finanzamt zahlt, vermindern die im Vertrag ausgewiesene Leistung.

## **D) – SONSTIGE VERTRAGSINFORMATIONEN**

### **9 – Zustandekommen des Vertrags**

#### **Vertragsabschluss**

Der Vertrag gilt als abgeschlossen, sobald der *Versicherer* dem *Versicherungsnehmer* die *Polizze* ausstellt beziehungsweise ihm die Zustimmung zur *Antragsstellung* schriftlich mitteilt.

Im Hinblick auf die Bestimmungen zum Rücktritt vom Vertrag gilt als Zeitpunkt des Vertragsabschlusses

- a) das auf der *Polizze* angeführte Datum, an dem das Dokument dem *Versicherungsnehmer* ausgehändigt wurde
- b) dfaasd im Falle der Übermittlung der *Polizze* auf dem Postweg, das Datum des Erhalts des Einschreibens, das auf dem Rückschein vermerkt ist.

#### **Vertragsbeginn**

Nach Abschluss des Vertrags hängt das Datum des Versicherungsbeginns vom Datum der *Prämienzahlung* und vom Beginn der vertraglichen Laufzeit ab, der am Vertrag ausgewiesen ist. Der Versicherungsschutz wird frühestens um 24 Uhr des Tages der ersten Prämienzahlung wirksam, bzw. um 24 Uhr des auf der *Polizze* für den Gültigkeitsbeginn vermerkten Datums, falls dieses nach der ersten Prämienzahlung liegt.

#### **Vertragsdauer**

Die *Vertragsdauer* kann mit einem Zeitraum zwischen mindestens fünf bis maximal 62 Jahren festgelegt werden und wird auf Grund der vom Versicherten verfolgten Ziele und seinem Alter bestimmt. Das Eintrittsalter darf weder unter 18 noch über 80 Jahren liegen.

### **10 – Auflösung des Vertrags und Unterbrechung der Prämienzahlung**

#### **Unterbrechung der Prämienzahlung**

Die Unterbrechung der Prämienzahlung durch den Versicherungsnehmer hat folgende Auswirkungen:

- a) Der Vertrag erlischt automatisch 30 Tage nach Fälligkeit der Prämienrate und die bereits eingezahlten Prämien werden nicht rückerstattet, wenn nicht mehr als folgende Mindestanzahl von vertraglich vorgesehenen Jahresprämien gezahlt wurden:
  - eine Jahresprämie (wenn vertraglich eine Prämienzahlungsdauer von bis zu einschließlich zehn Jahren vorgesehen ist);
  - zwei Jahresprämien (wenn vertraglich eine Prämienzahlungsdauer von über zehn bis einschließlich 20 Jahren vorgesehen ist);

- drei Jahresprämien (wenn vertraglich eine Prämienzahlungsdauer von über 20 Jahren vorgesehen ist).
- b) Bei erfolgter Einzahlung der Mindestzahl von Jahresprämien erlischt der Vertrag 30 Tage nach Fälligkeit der Prämienrate, wobei der vertraglich berechnete Rückkaufwert geleistet wird bzw. der Vertrag bis zur Fälligkeit mit einer verminderten Versicherungssumme aufrecht bleibt.

Der mit vermindelter Versicherungssumme bestehende Vertrag erfährt weitere Prämienanpassungen in Folge der Zuteilung von Gewinnanteilen.

**Wenn die nach der Prämienfreistellung berechnete prämienfreie Versicherungssumme unter EUR 1.000,00 liegt, wird anstelle der Prämienfreistellung der Rückkaufwert geleistet.**

**Falls der nach der verminderten Leistung berechnete Rückkaufwert unter EUR 100,- liegt, wird anstelle der Verminderung der Rückkaufwert geleistet.**

Binnen sechs Monaten ab Unterbrechung der Prämienzahlung hat der *Versicherungsnehmer* das Recht auf Wiederherstellung des Vertrags unter den in dem Moment gültigen Bedingungen, welche ihm vom *Versicherer* erläutert werden.

Sollten jedoch seit Fälligkeit der ersten unbezahlten Rate mehr als drei Monate vergangen sein, kann die Wiederherstellung des Vertrags nur mit ausdrücklichem schriftlichen Antrag des *Versicherungsnehmers* und schriftlicher Annahme desselben durch den *Versicherer* erfolgen, wobei der *Versicherer* neuerliche ärztliche Untersuchungen fordern und die Wiederherstellung des Vertrags vom Ergebnis dieser Untersuchungen abhängig machen kann. Eine Wiederherstellung ist nur nach Leistung aller fälligen *Prämien* möglich, wobei für den Zeitraum zwischen der Fälligkeit einer Rate und der Wiederherstellung jeweils Zinsen in Höhe des Wiederherstellungszinssatzes fällig werden.

Die Wiederherstellungszinsen werden nach dem jährlichen Ertragssatz des Vertrages am letzten Stichtag vor Wiederherstellung berechnet, betragen jedoch mindestens den gesetzlichen Zinssatz.

## **11 – Rückkauf und Verminderung**

Sobald tariflich ein Rückkaufwert vorhanden ist, kann der *Versicherungsnehmer* die Verminderung oder die Auszahlung des Rückkaufwerts oder die Fortführung des Vertrags mit vermindelter Versicherungssumme und Prämienfreistellung fordern.

Die Höhe des Rückkaufwertes bzw. der prämienfrei gestellten Summe für den einzelnen Vertrag werden auf Grund der gewährten Versicherungsleistung berechnet und sind im Anhang RP1, welcher integrierender Vertragsbestandteil ist, ausgewiesen.

Der Versicherungsnehmer hat das Recht, jederzeit Informationen zum Rückkaufwert seines Vertrags beim Versicherer zu erfragen:

Wiener Städtische A.G. – Direzione della Rappresentanza per l'Italia • Via Cristoforo Colombo 149 • I-00147 Rom (Italien) • Telefon +39-06-5107011 • Fax +39-06-51070129 • E-Mail [wieder@wieneritalia.com](mailto:wieder@wieneritalia.com)

Die Veranschaulichung der Entwicklung des Rückkaufwertes ist im Musteroffert (s. Teil E der Informativen Vertragsbeilage) enthalten. Die genauen Werte sind in der sind im individuellen Offert ausgewiesen.

### **Wichtiger Hinweis:**

**Folgende Punkte sollte der Versicherungsnehmer besonders beachten:**

- 1) **die Verbindlichkeit, welche in Bezug auf Vertragslaufzeit und Höhe der Prämie aufgenommen wird;**
- 2) **die negativen Auswirkungen der Ausübung des Rechtes auf Rückkauf und Prämienfreistellung. Die entsprechenden Beträge könnten nämlich niedriger ausfallen als die Summe der eingezahlten Prämien, vor allem in den ersten zwanzig Jahren der Vertragslaufzeit.**

## 12 – Widerruf des Versicherungsantrags – Modalitäten

Vor Vertragsabschluss hat der *Versicherungsnehmer* das Recht, den *Versicherungsantrag* zu widerrufen, wobei allfällige bereits im voraus an den *Versicherer* geleistete Zahlungen innerhalb von 30 Tagen ab Eingang der Widerrufserklärung beim Versicherer ohne Abzüge rückerstattet werden.

Der Widerruf des Antrags hat durch Einschreiben an folgende Adresse zu erfolgen:

Wiener Städtische Versicherung A.G. • Direzione per l'Italia • Servizio Clienti • Via Cristoforo Colombo 149 • 00147 Roma.

**Der Widerruf wird mit Datum des Poststempels wirksam.**

## 13 – Rücktritt vom Vertrag – Modalitäten

Der *Versicherungsnehmer* hat das Recht, innerhalb von dreißig Tagen nach Vertragsabschluss vom Vertrag zurückzutreten, wobei allfällige bereits eingezahlte *Prämien* innerhalb von dreißig Tagen ab Eingang der Rücktrittserklärung beim Versicherer rückerstattet werden.

Der *Versicherer* behält sich allerdings das Recht vor, folgende Posten einzuheben:

- a) die eventuell auf die Zusatzversicherungen entfallende Versicherungssteuer
- b) den Anteil der *Prämie* für den Zeitraum, in dem der Vertrag wirksam war
- c) die Spesen für die Vertragsausstellung (EUR 30,00)
- d) die Spesen für den Gesundheitscheck des zu Versichernden, sofern diese vom *Versicherer* getragen wurden.

Der Rücktritt vom Vertrag hat durch Einschreiben an folgende Adresse zu erfolgen:

Wiener Städtische Versicherung A.G. – Direzione per l'Italia – Servizio Clienti  
Via Cristoforo Colombo 149 – 00147 Roma.

**Der Rücktritt wird mit Datum des Poststempels wirksam.**

## 14 – Vertragsauflösung und dem Versicherer zur Zahlung der Leistungen vorzulegende Unterlagen

### Vertragsauflösung

Der Vertrag wird aufgelöst:

- bei Ablauf des Vertrages
- bei Ansuchen um Auszahlung des Rückkaufswerts und vorzeitige Kündigung des Vertrags durch den *Versicherungsnehmer*
- falls die Bedingungen für den Rückkauf nicht gegeben sind, nach Ablauf von zwölf Monaten ab Fälligkeit der ersten nicht bezahlten Prämienrate und ohne Vertragswiederherstellung.

Während der *Dauer* des Vertrags kann der *Versicherungsnehmer* den Vertrag vollständig oder nur teilweise auflösen

- jederzeit mit Wirksamkeit am Ende des laufenden Versicherungsjahres;
- im Laufe des Versicherungsjahres mit einer Vorankündigung von drei Monaten zum Monatsende, jedoch nicht vor Ablauf des ersten Versicherungsjahres.

### Zahlungen des Versicherers

Die Versicherungsleistung wird innerhalb von 30 Tagen ab Eingang der laut den *Allgemeinen Versicherungsbedingungen* notwendigen und in der Folge aufgelisteten Unterlagen beim Versicherer erbracht. Nach Ablauf dieser Frist werden Verzugszinsen zu Gunsten der Begünstigten fällig. Jede Zahlung erfolgt bei den dazu berechtigten Niederlassungen des Versicherers.

Unterlagen	Auflösungsgrund	
	Tod	Rückkauf/Ablauf
Polizze im Original und eventuelle Anhänge	Ja	Ja
Ausweisdokument und Steuernummer des Begünstigten/ Versicherungsnehmers	Ja	Ja
Ausweisdokument und Steuernummer des Versicherten	---	Ja
Lebensbescheinigung des Begünstigten	Ja	Ja

Sterbeurkunde des Versicherten (binnen 60 Tagen nach Ableben)	Ja	---
Ärztlicher Bericht über die Todesursache	Ja	---
Notariatsurkunde zur Erbfolge zur Bestimmung eventueller Bezugsberechtigter	Ja	---
Eventuelle Kopie des veröffentlichten Testaments	Ja	---
Dekret des Vormundschaftsrichters, wenn der Bezugsberechtigte minderjährig oder unmündig ist	Ja	---

Der Versicherer behält sich das Recht vor, rechtzeitig die Vorlage von weiteren Unterlagen zu verlangen, falls im Einzelfall besondere Ermittlungen notwendig sind.

Die *Leibrente* wird in den laut *Polizze* vorgesehenen Raten geleistet und **kann während der Auszahlungszeit nicht rückgekauft werden.**

Die Forderung nach Erbringung der Leistung hat durch Einschreiben mit Rückschein an den Versicherer zu erfolgen:

**Wiener Städtische A.G.**

**Direzione per l'Italia – Servizio Clienti • Via Cristoforo Colombo 149 • I-00147 Roma.**

**Verjährung**

Gemäß Art. 2952 des italienische Zivilgesetzbuches verjährt jegliches Recht aus Versicherungsverträgen zwei Jahre nach Eintreten des Ereignisses, auf dem das Recht gründet.

**15 – Anzuwendendes Recht**

Es gilt italienisches Recht.

**16 – Vertragssprache**

Der Vertrag und jedes dazugehörige Dokument sind in italienischer Sprache verfasst, falls die Vertragsparteien keine anders lautende Entscheidung treffen. Andernfalls ist die vom Versicherer vorgeschlagene Vertragssprache Deutsch.

**17 – Reklamationen**

**Reklamationen**

Eventuelle Reklamationen seitens des *Versicherungsnehmers*, der *Versicherten Person* oder der Bezugsberechtigten, die sich auf den Vertragsgegenstand oder auf die Verwaltung der Leistungsfälle beziehen, müssen an folgende Adresse eingereicht werden:

**Wiener Städtische Versicherung A.G.**

**Direzione Generale della Rappresentanza per l'Italia – Servizio Clienti**

**Via Cristoforo Colombo 149 – I-00147 Roma**

**Fax +39-06-51070129 – E-mail [wieners@wienersitalia.com](mailto:wieners@wienersitalia.com)**

Falls der Exponent mit dem Ausgang der Beschwerde nicht zufrieden ist bzw. bei nicht erfolgter Antwort innerhalb der angegebenen Frist von 45 Tagen, kann er sich an die ISVAP, Servizio Tutela Utenti (Dienst für Verbraucherschutz), Via del Quirinale 21, 00187 Roma, Tel. +39-06-421331, wenden und seinem Schriftsatz die Unterlagen in Bezug auf die Reklamation an den Versicherer beifügen.

Im Bezug auf die Streitfälle, welche die Leistungsbemessung betreffen, wird daran erinnert, dass diese der ausschließlichen Zuständigkeit der Justizbehörden unterliegen und weiters die Möglichkeit besteht, auf Schlichtungsverfahren zurück zu greifen.

Abgesehen von der oben beschriebenen Prozedur, können sich der Versicherungsnehmer, der Versicherte oder die Bezugsberechtigten auch an die Aufsichtsbehörde der Versicherungen in Österreich wenden: Finanzmarktaufsichtsbehörde (FMA) - Praterstrasse 23 - A-1020 Wien.

Bei Fragen zur Versicherungsposition oder Hinweisen auf Mängel kann sich der Versicherungsnehmer weiters direkt und zum Nulltarif unter folgender Nummer telefonisch an den Versicherer wenden: 800-927412.



## 18 – Informationen während der Vertragslaufzeit

Falls während der *Vertragslaufzeit* infolge von u.a. nach Vertragsabschluss eingetretenen relevanten Gesetzesänderungen inhaltliche Änderungen der in der Informativen Vertragsbeilage enthaltenen Informationen auftreten, verpflichtet sich der *Versicherer* den *Versicherungsnehmer* unverzüglich davon in Kenntnis zu setzen.

Weiters übermittelt der Versicherer dem Versicherungsnehmer jährlich binnen 60 Tagen ab dem für die Neubewertung der versicherten Leistungen bestimmten Termin einen Kontoauszug zur Versicherungsposition, welche folgende Informationen enthalten muss:

- a) Summe der seit Vertragsabschluss bis zum Stichtag des vorherigen Kontoauszugs eingezahlten Prämien und Wert der seit dem Stichtag des vorherigen Kontoauszugs angelaufenen Leistung;
- b) detaillierte Aufstellung der im Bezugsjahr eingezahlten Prämien unter Hinweis auf eventuelle Zahlungsrückstände;
- c) Höhe des im Bezugsjahr ausbezahlten partiellen Rückkaufwertes;
- d) Wert der der zum Stichtag des Kontoauszugs angelaufenen Leistung;
- e) zum Stichtag des Kontoauszugs angelaufener Rückkaufwert;
- f) Wert der dem Vertrag zugewiesenen Gewinnanteile.

## 19 – Mitteilungen des Versicherungsnehmers an den Versicherer

### Änderung der Berufstätigkeit des Versicherten

Der Versicherungsnehmer wird auf die in Art. 1926 des italienischen Zivilgesetzbuches hingewiesen, welcher die Mitteilungen regelt, die dem Versicherer im Falle von eventuell während der Vertragslaufzeit erfolgten Änderungen des Berufs bzw. der ausgeübten Tätigkeit des Versicherten gemacht werden müssen.

Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer auch durch Einschreiben über derartige Variationen unverzüglich in Kenntnis zu setzen.

## E) – MUSTEROFFERT

**Diese Auswertung ist eine beispielhafte Darstellung der Entwicklung der vertraglichen Prämien, Leistungen, Verminderungs- und Rückkaufwerte. Die Auswertung erfolgt auf der Grundlage einer im Voraus bestimmten Kombination von Prämie, Vertragslaufzeit, Häufigkeit der Zahlungen, Geschlecht und Alter des Versicherten.**

**Die Entwicklung der in der Folge aufgeführten neu bewerteten Leistungen, der Verminderungs- und Rückkaufwerte werden auf Grund zwei verschiedener Werte berechnet:**

- A. **Vertraglich garantierter Mindesttragssatz.** Bei den berechneten Werten handelt es sich um die Mindestleistungen, zu denen der Versicherer gemäß den Versicherungsbedingungen verpflichtet ist, solange alle Prämien eingezahlt wurden. In diese Berechnung fließt keine Vermutung über zukünftige Gewinnanteile ein.
- B. Eine **hypothetische Annahme** einer konstanten jährlichen Rendite, welche vom ISVAP festgelegt wird und im Augenblick der Abfassung dieses Beispieloffers 4% beträgt (Gewinnbeteiligung einschließlich garantierte Mindestrendite).

Bei den angegebenen Werten handelt es sich lediglich um Richtwerte, welche für den Versicherer keinesfalls verbindlich sind. Es besteht nämlich keine Sicherheit, dass die hypothetischen Annahmen in Bezug auf die Entwicklung der Leistungen tatsächlich eintreten. Die von der Investitionsverwaltung erzielten Ergebnisse könnten von den angenommenen Werten abweichen. Das Ausmaß der Anpassung erhält man durch Abzug des bereits bei der Berechnung der anfänglichen Leistung gutgeschriebenen technischen Zinssatzes.

## ENTWICKLUNG DER PRÄMIEN, LEISTUNGEN, VERMINDERUNGS UND RÜCKKAUFWERTE

### A) GARANTIERTER MINDESTRENDITESATZ

- Garantierte jährliche Mindestrendite: 2,25% (der technische Zinssatz ist bereits in der Berechnung der anfänglichen Leistung enthalten)
- Alter des Versicherten: 45 Jahre
- Vertragslaufzeit: 20 Jahre

Geschlecht: <b>MÄNNLICH</b>						
Vergangene Jahre	Jahresprämie	Summe der Jahresprämien	Versicherungssumme zu Jahresende (*)	Unterbrechung der Prämienzahlung		
				Rückkaufwert zu Jahresende	Verminderte Versicherungssumme	
					zu Jahresende	bei Fälligkeit
1	1500	1.500	30.639	0,00	0	0
2	1500	3.000	30.639	277	400	400
3	1500	4.500	30.639	1.594	2.255	2.255
4	1500	6.000	30.639	2.936	4.073	4.073
5	1500	7.500	30.639	4.305	5.853	5.853
6	1500	9.000	30.639	5.702	7.597	7.597
7	1500	10.500	30.639	7.126	9.304	9.304
8	1500	12.000	30.639	8.581	10.978	10.978
9	1500	13.500	30.639	10.066	12.619	12.619
10	1500	15.000	30.639	11.585	14.230	14.230
11	1500	16.500	30.639	13.139	15.813	15.813
12	1500	18.000	30.639	14.730	17.369	17.369
13	1500	19.500	30.639	16.631	18.902	18.902
14	1500	21.000	30.639	18.034	20.411	20.411
15	1500	22.500	30.639	19.751	21.900	21.900
16	1500	24.000	30.639	21.515	23.370	23.370
17	1500	25.500	30.639	23.329	24.823	24.823
18	1500	27.000	30.639	25.196	26.261	26.261
19	1500	28.500	30.639	27.120	27.688	27.688
Ablauf	1500	30.000	30.639	30.639	30.639	30.639

(\*) im Erlebensfall bei Ablauf der Vertragslaufzeit, soweit alle vereinbarten Prämien einbezahlt wurden

**Bei Rückkauf fällt ein Strafzins an. Wie aus der Tabelle ersichtlich ist, kann der Gesamtbetrag der eingezahlten Prämien auf der Grundlage der vertraglich gewährleisteten Mindestrendite nach 20 Jahren Prämienzahlung wieder erlangt werden.**

**B) BEI VORLIEGEN EINER FINANZRENDITE**

- Jährlicher Renditesatz: 4,00% (Gewinnbeteiligung einschließlich garantierte Mindestrendite)
- Alter des Versicherten: 45 Jahre
- Vertragslaufzeit: 20 Jahre

Geschlecht: <b>MÄNNLICH</b>					
Vergangene Jahre	Jahresprämie	Summe der Jahresprämien	Versicherungssumme zu Jahresende (*)	Unterbrechung der Prämienzahlung	
				Rückkaufwert zu Jahresende	Verminderte Versicherungssumme zu Jahresende
1	1500	1.500	30.639	0	0
2	1500	3.000	30.639	277	400
3	1500	4.500	30.675	1.627	2.291
4	1500	6.000	30.736	3.029	4.170
5	1500	7.500	30.825	4.482	6.039
6	1500	9.000	30.942	5.990	7.900
7	1500	10.500	31.090	7.555	9.755
8	1500	12.000	31.270	9.180	11.609
9	1500	13.500	31.484	10.869	13.464
10	1500	15.000	31.734	12.625	15.325
11	1500	16.500	32.022	14.452	17.195
12	1500	18.000	32.350	16.355	19.080
13	1500	19.500	32.720	18.338	20.982
14	1500	21.000	33.135	20.406	22.907
15	1500	22.500	33.598	22.562	24.859
16	1500	24.000	34.295	24.988	27.025
17	1500	25.500	35.052	27.521	29.235
18	1500	27.000	35.872	30.168	31.494
19	1500	28.500	36.760	32.925	33.809
Ablauf	1500	30.000	39.075	39.075	39.075

(\*) im Erlebensfall bei Ablauf der Vertragslaufzeit, soweit alle vereinbarten Prämien einbezahlt wurden

Bei Ableben des Versicherten ist der Versicherungsnehmer von der Zahlung der verbleibenden Prämien befreit und bei Ablauf wird die Versicherungssumme ausgezahlt.

**Die in den Tabellen aufgeführten Beträge verstehen sich vor steuerlichen Abzügen.**

**AUSKÜNFTE WERDEN AUSSCHLIESSLICH AN DEN VERSICHERUNGSNEHMER ERTEILT.**

Die Wiener Städtische Versicherung A.G. Vienna Insurance Group ist verantwortlich für die Richtigkeit und Vollständigkeit der in dieser Informativen Vertragsbeilage enthaltenen Daten und Informationen.

Der Generalvertreter

**Paolo Masci**  


# ALLGEMEINE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN

(Tarif EAS 06 – CGA Merkblatt 08A – Ausgabe 06.2009)

## PRÄAMBEL

Der Vertrag unterliegt ausschließlich den Bestimmungen

- der *Allgemeinen Versicherungsbedingungen* sowie den eventuell dazu gehörigen Zusätzlichen und Besonderen Versicherungsbedingungen
- des Inhalt der *Polizze*, einschließlich Anlagen und Zusätzen
- der in diesem Bereich geltenden Gesetze.

## ABSCHNITT I – LEISTUNGEN

### ARTIKEL 1 – Versicherungsleistungen

Der *Versicherer* verpflichtet sich, solange sämtlich Prämien geleistet wurden, zur Zahlung an die eingesetzten *Begünstigten* bei Vertragsende sowohl im Erlebensfall des *Versicherten* als auch im Falle seines vorzeitigen Ablebens:

- eines Kapitals, dessen Höhe der auf der *Polizze* ausgewiesenen Versicherungssumme entspricht,
- der Anteile der zugewiesenen Gewinnbeteiligung und des Schlussgewinnanteils, sofern ein solcher vereinbart wurde, gemäß den Bestimmungen ex Art. 19.

### ARTIKEL 2 – Optionen bei Vertragsende

Der *Versicherungsnehmer* kann innerhalb von 90 Tagen vor Vertragsende und im Erlebensfall des *Versicherten* eine Forderung zur Umwandlung des Kapitals in eine der in Art. 2 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen genannten Formen der *Leibrente* stellen:

- a) *Leibrente* mit Garantie auf Rückerstattung des Restkapitals im Falle des Ablebens des *Versicherten* während der Auszahlung;
- b) *Leibrente* ohne Garantie auf Rückerstattung des Restkapitals im Falle des Ablebens des *Versicherten* während der Auszahlung;
- c) eine höhere *Leibrente*, „Bonusrente“ genannt, unter Vorauszahlung eines Teils der für die Zukunft erwarteten Gewinne, mit oder ohne Garantie auf das Restkapital im Falle des Ablebens des *Versicherten* während der Auszahlung;
- d) eine temporäre *Leibrente* – eine vorher vereinbarte Zeitrente, mit oder ohne Garantie auf das Restkapital im Falle des Ablebens des *Versicherten* während der Auszahlung;
- e) eine Rente, die für eine vereinbarte Anzahl von Jahren garantiert ist und dann in eine *Leibrente* übergeht;
- f) eine übertragbare *Leibrente*, die bis zum Ableben des *Versicherten* (erste Person) ausbezahlt wird und danach zu Gänze oder teilweise an den designierten *Versicherten* (zweite Person) bis zu dessen Ableben ausbezahlt wird.

Es besteht für keine der oben angeführten Rentenarten während der Auszahlung ein Rückkaufsrecht.

Die Optionen berechnen sich auf der (demografischen und finanziellen) Tarifgrundlage, die zum Zeitpunkt der Umwandlung der Leistung aus der Stammversicherung gültig ist. Der *Versicherungsnehmer* hat das Recht, die Bedingungen nicht anzunehmen und den Antrag zu widerrufen.

Der *Versicherer* verpflichtet sich, dem Bezugsberechtigten spätestens 60 Tage vor dem für die Bezugsrechtsausübung vorgesehenen Termin schriftlich eine Zusammenfassung über die möglichen Optionen unter Aufführung der entsprechenden Kosten und wirtschaftlichen Bedingungen zukommen zu lassen. Der *Versicherer* verpflichtet sich, falls der Bezugsberechtigte sein Interesse für eine der bei Fälligkeit möglichen Optionen kundtut, vor der effektiven Bezugsrechtsausübung die Produktbeschreibung, die Informativ Vertragsbeilage und die Versicherungsbedingungen in Bezug auf die Leistungen der gewählten Option zur Verfügung zu stellen.

### ARTIKEL 3 – Zusatzversicherungen

Der Versicherungsnehmer kann vom Versicherer im Rahmen der gegenständlichen Versicherung den Abschluss einer oder mehrerer der verfügbaren Zusatzversicherungen fordern.

Die Zusatzversicherungen sind nur gültig, wenn sie ausdrücklich auf der Polizza ausgewiesen werden.

Die Zusatzversicherungen unterliegen den Bestimmungen der gegenständlichen Allgemeinen Bedingungen, sofern diese damit vereinbar sind und von keiner der Bestimmungen der Zusatzversicherungen in der Anlage aufgehoben werden.

### ARTIKEL 4 – Todesfallrisiko

Das Todesfallrisiko ist unabhängig von der Todesursache und unabhängig von territorialen Grenzen und beruflichen Veränderungen des Versicherten gedeckt, mit Ausnahme der Ausführungen in den Punkten 4.1. und 4.2.

#### 4.1. Ausnahmen

Nicht versichert sind Todesfälle infolge:

- a) von vorsätzlichen Handlungen des Versicherungsnehmers oder des Begünstigten;
- b) der Teilnahme des Versicherten an Vorsatzdelikten;
- c) der Teilnahme des Versicherten als Unruhestifter an Kriegshandlungen, bürgerkriegsähnlichen Ausschreitungen, Aufständen und Unruhen
- d) eines Flugunfalls, wenn der Versicherte an Bord eines nicht autorisierten Flugzeugs oder mit einem nicht befähigten Piloten reist, und in jedem Fall, wenn er als Mitglied der Crew reist. Diese Ausnahme wird außerdem auf den Fall ausgedehnt, in dem sich der Versicherte als Fallschirmspringer oder Spezialpilot betätigt (zum Beispiel: Hängegleiter, Heißluftballon, Hubschrauber, Militärflugzeug, etc.)
- e) von Selbstmord, der innerhalb der ersten beiden Jahre nach Beginn des Versicherungsschutzes verübt wurde oder, nach Ablauf dieser Zeitspanne, innerhalb der ersten zwölf Monate nach der allfälligen Wiederherstellung des Vertrags
- f) von nuklearen Katastrophen
- g) der Ausübung von gefährlichen Sportarten, die bei der Unterzeichnung des Versicherungsantrags nicht angegeben wurden und von denen der Versicherer auch danach nicht in Kenntnis gesetzt wurde;
- h) der Teilnahme an Wettbewerben oder Trainingsfahrten mit Kraftfahrzeugen zu Land, zu Wasser und in der Luft.

In diesen Fällen zahlt der Versicherer, mit Ausnahme des Todesfalls infolge von vorsätzlichen Handlungen des Begünstigten, nur den Betrag der vertraglichen Deckungsrückstellung, der zum Zeitpunkt des Ablebens berechnet wird.

#### 4.2. Karenzzeit

Der volle Versicherungsschutz hängt davon ab, ob sich der *Versicherte* einem Gesundheitscheck und allfälligen weiteren medizinischen Untersuchungen unterzogen hat, die vom *Versicherer* verlangt werden.

Falls es der *Versicherte* mit vorheriger Zustimmung des *Versicherers* vorzieht, auf den Gesundheitscheck zu verzichten, ruht der Versicherungsschutz für sechs Monate ab Versicherungsbeginn. Während dieses Zeitraums, die Karenzzeit genannt wird, verpflichtet sich der *Versicherer* im Ablebensfall des *Versicherten* zur Rückerstattung der für die Zusatzversicherung eingezahlten Prämien nach Steuern. Voraussetzung dafür ist, dass die Zahlung der Prämien zeitgerecht erfolgt ist.

Die vorher genannte Einschränkung wird nicht wirksam, falls der Todesfall direkt auf eine der folgenden Ursachen zurückzuführen ist:

- a) akute Infektionskrankheiten, die nach Versicherungsbeginn aufgetreten sind: Typhus, Paratyphus, Tetanus, Diphteritis, Scharlach, Masern, epidemische zerebrospinale Meningitis, Lungenentzündung, epidemische Enzephalitis, Kindbettfieber, Burning Fever, Hepatitis A, B und C, ikterohämorrhagische Leptospirosis, Cholera, Bruzellose, Bazillenruhr, Salmonellose, Botulismus, Monozytenangina, epidemischer Mumps, Tollwut, Keuchhusten, Röteln, generalisierte Vaccinia, postvakzinale Enzephalitis

- b) anaphylaktischer Schock, der nach Versicherungsbeginn aufgetreten ist
- c) Unfall, der sich nach Versicherungsbeginn ereignet hat, unbeschadet der Punkte a) bis h) dieses Artikels.

Die Karenzzeit beträgt sieben Jahre ab Versicherungsbeginn, falls der Ablebensfall des *Versicherten* infolge der erworbenen Immunabwehrschwäche AIDS oder einer damit verbundenen Krankheiten eintritt. In diesem Fall zahlt der *Versicherer* den Betrag der Deckungsrückstellung der Zusatzversicherung zum Zeitpunkt des Ablebensfalls.

## ABSCHNITT II – VERTRAGSABSCHLUSS

### ARTIKEL 5 – Vertragsabschluss

Der Vertrag gilt als geschlossen, wenn der *Versicherer* dem *Versicherungsnehmer* die *Polizze* ausstellt oder ihm schriftlich seine Zustimmung zum *Versicherungsantrag* mitteilt.

#### **6.1. Versicherungsbeginn**

Unter der Voraussetzung, dass die erste *Prämienzahlung* geleistet wurde, wird die Versicherung wirksam

- um 24 Uhr des Tages, an dem der Vertrag geschlossen wurde, oder
- um 24 Uhr jenes Tages, der auf der *Polizze* als Beginn angeführt ist, sofern dieses Datum nach jenem des Vertragsabschlusses liegt.

Wenn die erste *Prämienzahlung* nach einem dieser Daten erfolgt, beginnt die Versicherung um 24 Uhr des Einzahlungstages.

Wenn die Zahlung der ersten *Prämien* mittels Scheck oder Überweisung erfolgt und die Zahlung nicht erfolgreich durchgeführt werden konnte, gilt der Vertrag als nicht geschlossen und nicht wirksam.

Unbeschadet bleiben die in den *Versicherungsbedingungen* definierten Karenzzeiten.

### ARTIKEL 6 – Angaben des Versicherungsnehmers und des Versicherten

Die Angaben des *Versicherungsnehmers* und des *Versicherten* müssen wahrheitsgetreu, präzise und vollständig sein, damit der *Versicherer* das Versicherungsrisiko genau einschätzen kann.

Bei ungenauen Erklärungen oder Verschweigen von Umständen, unter denen der *Versicherer* seine Zustimmung zur Übernahme des Risikos verweigert oder seine Zustimmung nicht zu den gleichen Bedingungen gewährt hätte, hat der *Versicherer* das Recht:

- a) bei Vorsatz und grober Fahrlässigkeit
  - die Gültigkeit des Vertrags innerhalb von drei Monaten von dem Tag an, an dem er von der Unrichtigkeit oder der Unvollständigkeit der Angaben erfahren hat, anzufechten
  - im Versicherungsfall und zu jeder Zeit jedwede Zahlung zu verweigern;
- b) sofern kein Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit vorliegt
  - vom Vertrag innerhalb von drei Monaten von dem Tag an, an dem er von der Unrichtigkeit oder der Unvollständigkeit der Angaben erfahren hat, zurückzutreten
  - im Schadensfall und zu jeder Zeit die Leistungen im Verhältnis zum erhöhten Risiko zu verringern.

Nach Ablauf von sechs Monaten ab Beginn der Versicherung oder ab ihrer Wiederherstellung kann der Vertrag wegen unrichtigen oder unvollständigen Angaben durch den *Versicherungsnehmer* oder den *Versicherten* nicht angefochten werden, mit Ausnahme von Vorsatz oder schwerer Fahrlässigkeit.

Die unrichtige Angabe des Alters des *Versicherten* führt in jedem Fall zur Berichtigung der geschuldeten Beträge ausgehend vom tatsächlichen Alter.

### ARTIKEL 7 – Rücktrittsrecht

Der *Versicherungsnehmer* kann innerhalb von 30 Tagen ab Vertragsabschluss vom Vertrag zurücktreten.

Der Rücktrittsmittelung muss eingeschrieben an folgende Adresse erfolgen:

Wiener Städtische A.G. – Direzione per l'Italia – Servizio Clienti – Via Cristoforo Colombo 149 – I-00147 Roma.

Der Rücktritt befreit beide Vertragsparteien von den aus dem Vertrag entstehenden Verpflichtungen. Diese Befreiung wird um 24 Uhr jenes Tages wirksam, an dem das Einschreiben aufgegeben wurde und dessen Datum aus dem Poststempel ersichtlich ist.

Der *Versicherer* erstattet dem *Versicherungsnehmer* die bezahlte *Prämie* innerhalb von 30 Tagen ab Erhalt der Rücktrittsmittelung. Der *Versicherer* behält sich vor

- die eventuell aus die Zusatzversicherungen zu leistende Versicherungssteuer
- den Teil der *Prämie* für den Zeitraum, in dem der Vertrag wirksam war
- die Spesen für die Vertragsausstellung (EUR 30,00)
- die Spesen für den Gesundheitscheck des zu Versicherenden, sofern diese vom *Versicherer* getragen wurden, einzuheben.

## ABSCHNITT III – PRÄMIEN

### ARTIKEL 8 – Prämienzahlung

Die Versicherungsleistung wird auf der Grundlage einer jährlichen *Prämienzahlung* erbracht. Die *Prämie* ist auf er *Polizze* ausgewiesen und ist während der gesamten festgelegten Prämienzahlungsdauer konstant. Die Dauer der Prämienzahlung kann der Vertragsdauer entsprechen oder aber demgegenüber verkürzt sein. Die Prämienzahlungsdauer muss mindestens fünf und höchstens 62 Jahre betragen, solange das Alter des Versicherten bei Vertragsende nicht höher als 90 Jahre ist.

Die *Prämienzahlung* erfolgt in vorausbezahlten Raten einschließlich aller Nebengebühren, Steuern und Abgaben ab Beginn des Vertrages und während seiner vereinbarten Dauer beziehungsweise bis zum Ablebensfall des *Versicherten*, falls dieser vor Vertragsende eintritt.

Die *Prämie* errechnet sich aus dem Tarif für das Geschlecht und das Alter des *Versicherten*. Das Alter ist die Differenz zwischen dem Kalenderjahr des Vertragsbeginns und dem Geburtsjahr des *Versicherten*.

Bei Risikofällen kann der *Versicherer* Prämienzulagen und Sonderkonditionen fordern.

Die *Prämie* des ersten Jahres wird zur Gänze geschuldet, auch wenn sie in mehrere Raten aufgeteilt ist. Bei Nichtzahlung der *Prämie* oder der *Prämienraten* des ersten Jahres kann der *Versicherer* gemäß Art. 1924 des Bürgerlichen Gesetzbuchs, unbeschadet der ersten zwei Absätze des Art. 1901 des ital. Zivilgesetzbuchs, innerhalb von sechs Monaten ab dem Fälligkeitstag der *Prämie* auf Vertragserfüllung klagen.

#### 8.1. Ratenzahlung der Prämie

Die *Prämie* wird in vorausbezahlten Jahresraten entrichtet. Eine Ratenzahlung ist gemäß den im entsprechenden Anhang enthaltenen „Zusatzbedingungen für die unterjährige Prämienzahlung“ möglich.

#### 8.2. Zahlungsort und -modalitäten

Jede Zahlung erfolgt bei der Direktion für Italien des *Versicherers* in Rom bzw. bei der Agentur, welcher der Vertrag zugeordnet ist. Die Zahlung wird quittiert.

Die Zahlungsmodalitäten und die teilweise Abweichung von obiger Bestimmung sind im entsprechenden Anhang „Zusatzbedingungen für die Prämienzahlung“ enthalten.

#### 8.3. Prämienanpassung

Der *Versicherungsnehmer* kann vom *Versicherer* fordern, die *Jahresprämie* gemäß den aus der Anlage ersichtlichen *Sonderbedingungen* gemäß den im entsprechenden Anhang enthaltenen „Sonderbedingungen für die Prämienanpassung“ an die Schwankungen es Verbraucherpreisindexes zu binden, der vom Statistischen Zentralamt (ISTAT) bestimmt wird.

### ARTIKEL 9 – Unterbrechung der Prämienzahlung

Die Nichtzahlung auch nur einer einzigen *Prämienrate* bedingt nach dem Verstreichen von 30 Tagen ab Fälligkeit die Auflösung des Vertrags und den gleichzeitigen Anspruch des *Versicherers* auf alle entrichteten Prämien.

Wenn der Vertrag auf Tarifbasis einen Rückkaufwert erzielt hat, bleibt die Versicherung dennoch ohne

die Zahlung von weiteren Prämien für eine verringerte Leistung aufrecht. **Wenn jedoch die nach der Prämiefreistellung berechnete prämienfreie Versicherungssumme unter EUR 1.000,00 liegt, wird anstelle der Prämienfreistellung der Rückkaufwert geleistet.**

**Wie in Art. 11 näher erklärt, wird, falls der nach der verminderten Leistung berechnete Rückkaufwert unter EUR 100,-- liegt, anstelle der Verminderung der Rückkaufwert geleistet.**

Als Rechtfertigung für die Nichtzahlung der Prämien kann der *Versicherungsnehmer* auf keinen Fall angeben, die Aufforderungen zur Prämienzahlung oder die Zahlscheine nicht erhalten zu haben beziehungsweise, dass der *Versicherer* sie nicht eingetrieben hätte.

#### **ARTIKEL 10 – Wiederaufnahme der Prämienzahlung; Wiederherstellung des Vertrags**

Binnen sechs Monaten ab Fälligkeit der ersten unbezahlten Prämienrate kann der Versicherer die Wiederherstellung des Vertrags unter den in dem Moment gültigen Bedingungen, welche ihm vom Versicherer erläutert werden, fordern.

Sollten jedoch seit Fälligkeit der ersten offenen Rate mehr als drei Monate vergangen sein, kann die Wiederherstellung des Vertrags nur mit ausdrücklichem schriftlichen Antrag des *Versicherungsnehmers* und schriftlicher Annahme desselben durch den *Versicherer* erfolgen, wobei der *Versicherer* neuerliche ärztliche Untersuchungen fordern und die Wiederherstellung des Vertrags vom Ergebnis dieser Untersuchungen abhängig machen kann. Eine Wiederherstellung ist nur nach Leistung aller fälligen *Prämien* möglich, wobei für den Zeitraum zwischen der Fälligkeit einer Rate und der Wiederherstellung jeweils Zinsen in Höhe des Wiederherstellungszinssatzes fällig werden.

Die Wiederherstellungszinsen werden nach dem jährlichen Ertragssatz des Vertrages am letzten Stichtag vor Wiederherstellung berechnet, betragen jedoch mindestens den gesetzlichen Zinssatz.

### **ABSCHNITT IV – VERTRAGSBESTIMMUNGEN**

#### **ARTIKEL 11 – Vertragsauflösung**

Unbeschadet der Bestimmungen in Art. 9) kann der *Versicherungsnehmer* den Vertrag während der *Vertragsdauer* vollständig oder nur teilweise auflösen:

- jederzeit mit Wirksamkeit am Ende des laufenden Versicherungsjahres
- im Laufe jedes Versicherungsjahres mit einer Vorankündigung von drei Monaten zum Monatsende, jedoch nicht vor Ablauf des ersten Versicherungsjahres.

##### **11.1 – Verminderung, Rückkauf**

Sobald tariflich ein Rückkaufwert vorhanden ist, kann der *Versicherungsnehmer* die Verminderung oder die Auszahlung des Rückkaufwerts fordern.

Der Rückkaufwert entspricht nicht der Summe aller eingezahlten Prämien, sondern wird aufgrund des gebotenen Versicherungsschutzes und der daraus resultierenden Kosten auf tariflicher Basis errechnet. Wegen der Vertragsabschlusskosten wird in der ersten Zeit nach Vertragsabschluss noch kein Rückkaufwert erzielt. Der in den darauffolgenden Jahren erzielte Rückkaufwert ist anfänglich aufgrund der Kostentilgung sehr niedrig. Der Rückkaufwert steigt danach allmählich bis zur Erreichung des für den Erlebensfall garantierten Kapitals zu Vertragsende.

Die individuellen vertragspezifischen Beträge werden auf der *Polizze* (Anhang RP1) ausgewiesen und sind integrierender Bestandteil des Vertrags.

Sobald

- eine Jahresprämie (wenn vertraglich eine Prämienzahlungsdauer von bis zu einschließlich zehn Jahren vorgesehen ist)
- zwei Jahresprämien (wenn vertraglich eine Prämienzahlungsdauer von über zehn bis einschließlich 20 Jahren vorgesehen ist.)
- drei Jahresprämien (wenn vertraglich eine Prämienzahlungsdauer von über 20 Jahren vorgesehen ist)



geleistet sind, kann der Versicherungsnehmer vom Versicherer die Auflösung des Vertrags und die Zahlung des Rückkaufwertes fordern oder den Vertrag ohne die Zahlung weiterer Prämien zu einer verminderten Versicherungssumme bestehen lassen.

Ist die genannte Mindestanzahl der Jahresprämien nicht erreicht, verliert der Versicherungsnehmer die gezahlten Summen.

Die jährliche Restprämie nach einer teilweisen Auflösung muss zumindest EUR 240,00 betragen. Im gegenteiligen Fall wird der Vertrag vermindert und bleibt für eine prämienfrei gestellte Summe aufrecht.

Falls die prämienfreigestellte Versicherungssumme nach der Verminderung unter EUR 1.000,00 liegt, wird anstelle der Verminderung der Rückkaufwert ausgezahlt.

Es wird weiters der Rückkaufwert geleistet, wenn nach Verminderung der nach der verminderten Leistung berechnete Rückkaufwert unter EUR 100,- liegt.

#### **ARTIKEL 12 – Darlehen**

*Versicherungsnehmer*, die ihre Prämienzahlungen regelmäßig leisten, können beim *Versicherer* ein Darlehen in der Höhe des erzielten Rückkaufwerts erhalten.

Die Konditionen und der Zinssatz des Darlehens werden vom *Versicherer* festgelegt.

#### **ARTIKEL 13 – Abtretung, Verpfändung und Vinkulierung**

Der *Versicherungsnehmer* kann seinen Versicherungsvertrag abtreten, verpfänden oder vinkulieren.

Eine allfällige Abtretung, Verpfändung oder Vinkulierung wird erst wirksam, wenn sie vom *Versicherungsnehmer* schriftlich angezeigt und vom *Versicherer* auf dem *Polizzenoriginal* oder auf einem entsprechendem Nachtrag vermerkt wurde.

Im Falle der Verpfändung oder Vinkulierung ist bei Rückkauf und Darlehen die schriftliche Zustimmung des Pfandgläubigers oder des Vinkulargläubigers erforderlich.

### **ABSCHNITT V – ZAHLUNGEN DES VERSICHERERS**

#### **ARTIKEL 14 – Begünstigte**

Der *Vertragsnehmer* ernennt einen *Begünstigten*. Diese Ernennung kann jederzeit widerrufen oder abgeändert werden. In folgenden Fällen kann die Ernennung des *Begünstigten* nicht widerrufen oder abgeändert werden:

- a) nachdem der *Vertragsnehmer* und der *Begünstigte* dem *Versicherer* schriftlich den Verzicht auf das Widerrufsrecht beziehungsweise die Annahme der Begünstigung mitgeteilt haben;
- b) nach Ableben des *Vertragnehmers*;
- c) nachdem der *Begünstigte* nach Eintritt des Versicherungsfalls dem *Versicherer* schriftlich mitgeteilt hat, die Leistung beziehen zu wollen.

In solchen Fällen erfordert die Ausübung der Optionen bei Fälligkeit und sowie der Rückkauf, Darlehen, Rücktritt, Abtretung, Verpfändung und Vinkulierung das schriftliche Einverständnis des *Begünstigten*.

Die Ernennung des *Begünstigte* sowie deren allfälliger Widerruf oder Abänderung sind dem *Versicherer* schriftlich mitzuteilen oder testamentarisch festzulegen.

#### **ARTIKEL 15 – Zahlungen des Versicherers**

Sämtliche Zahlungen des *Versicherers* können erst nach vorheriger Vorlage aller notwendigen Dokumente zur Prüfung der tatsächlichen Zahlungsverpflichtung und zur genauen Bestimmung der *Berechtigten* erfolgen.

Unterlagen	Auflösungsgrund	
	Tod	Rückkauf/Ablauf
Polizze im Original und eventuelle Anhänge	Ja	Ja

Ausweisdokument und Steuernummer des Begünstigten/ Versicherungsnehmers	Ja	Ja
Ausweisdokument und Steuernummer des Versicherten	---	Ja
Lebensbescheinigung des Begünstigten	Ja	Ja
Sterbeurkunde des Versicherten (binnen 60 Tagen nach Ableben)	Ja	---
Ärztlicher Bericht über die Todesursache	Ja	---
Notorietätsurkunde zur Erbfolge zur Bestimmung eventueller Bezugsberechtigter	Ja	---
Eventuelle Kopie des veröffentlichten Testaments	Ja	---
Dekret des Vormundschaftsrichters, wenn der Bezugsberechtigte minderjährig oder unmündig ist	Ja	---

Der Versicherer behält sich das Recht vor, rechtzeitig die Vorlage von weiteren Unterlagen zu verlangen, falls im Einzelfall besondere Ermittlungen notwendig sind.

Für Zahlungen im Ablebensfall muss weiters jede Art von ärztlichen, verwaltungstechnischen und juristischen Unterlagen übermittelt werden, welche notwendig sind, um die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben des Versicherungsnehmers und des Versicherten in Bezug auf die Umstände, die einen Einfluss auf die Beurteilung des Risikos hatten, zu prüfen.

Nach Erhebung der Zahlungsverpflichtung stellt der *Versicherer* den geschuldeten Betrag innerhalb von 30 Tagen nach Erhalt der vollständigen Dokumentation zur Verfügung. Nach Ablauf dieser Frist fallen ab diesem Zeitpunkt Verzugszinsen zugunsten der *Begünstigten/Bezugsberechtigten* an.

Die *Leibrenten* werden auf Vorlage einer Lebensbescheinigung des *Versicherten* ausgezahlt, sofern der Versicherer einen solchen Beweis verlangt.

Die *Leibrente* wird in den laut *Polizze* vorgesehenen Raten geleistet und **kann während der Auszahlungszeit nicht rückgekauft werden.**

Sämtliche Zahlungen werden von zur Zahlung berechtigten Niederlassungen des *Versicherers* geleistet.

Die Forderung nach Erbringung der Leistung hat durch Einschreiben mit Rückschein an den Versicherer zu erfolgen:

**Wiener Städtische A.G.**

**Direzione per l'Italia • Servizio Clienti • Via Cristoforo Colombo 149 • I-00147 Roma.**

#### **ARTIKEL 16 – Abgaben und Steuern**

Die Abgaben und Steuern aus dem Vertrag gehen zu Lasten des *Versicherungsnehmers*, der *Begünstigten* oder der Bezugsberechtigten.

#### **ARTIKEL 17 – Vertragswährung**

Die Vertragswährung sind Euro.

#### **ARTIKEL 18 – Gerichtsstand**

Zuständiges Gericht ist jenes des Wohnsitzes des *Versicherungsnehmers*.

### **ABSCHNITT VI – NEUBEWERTUNG DER LEISTUNGEN**

#### **ARTIKEL 19 – Gewinnbeteiligung**

Kapitalversicherungen auf den Todesfall sind für gewöhnlich langjährige Versicherungsverträge. Um die Erbringung der Versicherungsleistung für die gesamte *Vertragsdauer* sicherzustellen, werden die Prämien vorsichtig kalkuliert. Vorsichtige Annahmen werden insbesondere hinsichtlich der Kapitalerträge (Verzinsung) und der Sterblichkeit getroffen. Infolge der vorsichtigen Prämienkalkulation werden re-

gelmäßige Überschüsse erzielt.

Der *Versicherungsnehmer* nimmt im Wege der Gewinnbeteiligung an den erzielten Überschüssen teil. Die Aufteilung der Überschüsse erfolgt durch Gewinn- und Vertragsklassen, in denen alle Versicherungsverträge desselben Typs zusammengefasst sind. Die individuelle Gewinn- und die Vertragsklasse des Versicherungsvertrags ist auf der *Polizze* ausgewiesen.

### **19.1. Gewinnzuweisung**

Die Gewinnanteile werden alljährlich am 31. Dezember gutgeschrieben. Die erstmalige Gutschrift erfolgt bei Versicherungen gegen Einmalprämie am 31. Dezember im zweiten Versicherungsjahr; bei Versicherungen gegen laufende Prämienzahlung am 31. Dezember im dritten Versicherungsjahr.

Die Höhe des Gewinnanteils wird von den Organen des *Versicherers* festgesetzt. Das Anrecht auf den Anteil gründet auf diesen Entscheidungen und gilt als definitiv erworben.

Bei vorzeitiger Vertragsauflösung durch Kündigung oder Rückkauf verringert sich jedoch der Gewinnanteil um einen Kürzungsfaktor, der vom Vorstand beschlossen wird.

Vorherige Angaben über die Höhe des Gewinns beruhen auf Schätzungen und Modellberechnungen, die sich auf die Lage zum Zeitpunkt der Schätzung oder der Modellberechnung stützen. Die Angaben sind daher unverbindlich.

Die tatsächlich zugewiesenen Gewinnbeteiligung hängt einzig von den Überschüssen ab, die während der Laufzeit des Vertrags erzielt werden.

### **19.2. Berechnung**

Der zugewiesene Gewinnanteil setzt sich aus einem Zinsgewinnanteil und einem Kapitalgewinnanteil zusammen. Der Zinsgewinnanteil wird in Prozent der tariflichen Deckungsrückstellung der Stammversicherung am Beginn des laufenden Versicherungsjahres berechnet. Der Kapitalgewinnanteil wird in Promille der Versicherungssumme auf den Todesfall ohne Berücksichtigung allfälliger Zusatzversicherungen berechnet. Die Höhe der Kapital- und Zinsgewinnanteile wird im Geschäftsbericht veröffentlicht. Die Zinsgewinnanteile werden bis zum Ablauf der Versicherungsdauer zugewiesen. Die Kapitalgewinnanteile werden nur Versicherungsverträgen mit laufenden Prämienzahlungen und nur bis zu dem Bilanzstichtag, bis zu dem die Prämien auch laufend entrichtet werden, zugewiesen.

### **19.3. Leistungserhöhung**

Der aus Zins- und Kapitalgewinnanteil bestehende Gewinnanteil erhöht die vertragliche Versicherungsleistung.

Der Gewinnanteil wird bis zum Vertragsende verzinslich angesammelt. Die Zinsen werden alljährlich am 31. Dezember gutgeschrieben.

Der Zinsgewinnanteil wird auf Grund der Erträge der vom Versicherer getätigten Investitionen unter entsprechendem Abzug des tariflich vorgesehenen technischen Zinssatzes berechnet. Der dem einzelnen Vertrag zugewiesene Gewinnanteil setzt sich daher aus dem technischen Zinssatz, dem Kapitalgewinnanteil und dem Zinsgewinnanteil (nach Abzug des technischen Zinssatzes) zusammen.

### **19.4. Schlussgewinnanteil**

Im Erlebensfall wird bei Vertragsende, sofern die Prämien bis zum Ablauf der vereinbarten Prämienzahlungsdauer voll entrichtet wurden, ein Schlussgewinnanteil ausbezahlt. Dieser wird in Prozent der vertraglichen Deckungsrückstellung im Erlebensfall berechnet. Entsprechend dem obigen Punkt „Gewinnzuteilung“ sind für die Höhe des Prozentsatzes die Beschlüsse der Unternehmensorgane maßgeblich. Das Recht auf einen Schlussgewinnanteil besteht auch bei Versicherungsverträgen mit Einmalerlag.

# ZUSATZBEDINGUNGEN FÜR DIE UNTERJÄHRIGE PRÄMIENZAHLUNG

(CAA Merkblatt 62A • Ausgabe 06.2009)

1

**DIE VORLIEGENDE ZUSATZBEDINGUNG WEICHT TEILWEISE VOM ENTSPRECHENDEN ARTIKEL DER ALLGEMEINEN VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN IN BEZUG AUF DIE UNTERJÄHRIGE PRÄMIENZAHLUNG AB:**

<b>Artikel</b>	<b>Tarif</b>
7.1	IK
8.1	CaRR
8.1	C
8.1	EAS

Unter Beibehaltung der sonstigen Versicherungsbedingungen kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Wunsch hin die Zahlung der Prämie in unterjährigen Raten gewähren. In diesem Fall entstehen für den Versicherungsnehmer folgende Gebühren für die Aufteilung der Prämie in Raten:

halbjährliche Zahlung	2%
vierteljährliche Zahlung	3%
monatlich	5%

Für die Erstjahresprämie ist - auch bei unterjähriger Prämienzahlung - immer sofort der volle Betrag zu entrichten.

Die Prämie für das Versicherungsjahr, in dem sich ein Schadensfall ereignet, ist immer in voller Höhe zu leisten, auch wenn eine unterjährige Prämienzahlung vereinbart wurde.

Die vorliegende Zusatzbedingung hat bei entsprechendem Hinweis auf der Polizze Gültigkeit.

# ZUSATZBEDINGUNGEN FÜR DIE PRÄMIENZAHLUNG

(CAA Merkblatt 63A – Ausgabe 06.2009)

Die gegenständlichen Zusatzbedingungen heben folgende Artikel der Allgemeinen Versicherungsbedingungen in Bezug auf „Ort und Modalitäten der Prämienzahlung“ teilweise auf:

Artikel	Tarif
7.2	IK
8.2	CaRR
8.2	C
8.2	EAS

Daraus ergeben sich folgende Konsequenzen:

## ARTIKEL 1 – Prämie bei Vertragsabschluss

Die bei Vertragsabschluss zu leistende Prämie erfolgt durch Banküberweisung auf ein Konto des Versicherers oder über einen auf die

### WIENER STÄDTISCHE A.G.

ausgestellten gesperrten und nicht übertragbaren Bank- oder Zirkularscheck. Der Scheck muss zur Weiterleitung an den *Versicherer* jener Agentur zugehen, bei welcher der Vertrag abgeschlossen wurde. Der Scheck kann dem *Versicherer* aber auch direkt zugestellt werden. **Der Versicherer steht weder für Schecks ein, welche auf einen anderen Empfänger als „WIENER STÄDTISCHE A.G.“ ausgestellt sind, noch für ohne vorheriges Einverständnis auf andere Art geleistete Zahlungen.**

Die Zahlung gilt zum Eingangsdatum der Zahlungsmitteilung beim Versicherer als getätigt, vorbehaltlich einer erfolgreichen Abwicklung der Transaktion.

## ARTIKEL 2 – Folgeprämien

Die Zahlung der Folgeprämien erfolgt über eines der folgenden Systeme:

- a) Lastschriftverfahren, mit Bevollmächtigung zur Belastung eines auf den *Versicherungsnehmer* oder auf eine andere Person lautenden Girokontos zugunsten des *Versicherers*.

Die Überweisungen über Lastschriftverfahren gelten als vom *Versicherer* erhalten, wenn die Bank die Zahlung bestätigt. In diesem Fall gilt die Zahlung um 24 Uhr des Fälligkeitstages der Rate als getätigt, vorbehaltlich des Rechtes des *Versicherers* auf Berichtigung im Falle von Fehlern beim Datenabgleich.

- b) Zahlschein, zahlbar bei allen Banken und Postämtern; die Zustellung des Zahlscheins an die Wohnadresse des *Versicherungsnehmers* erfolgt durch den *Versicherer*. Jede Zahlung über Zahlschein gilt um 24 Uhr des Tages als getätigt, an dem die Zahlungsbestätigung von der Bank oder dem Postamt abgestempelt wurde.

Bei Nichtbezahlung erfolgt die Bezahlung der fälligen Rate oder der Raten mittels Bank- oder Zirkularschecks beziehungsweise über Banküberweisung, vorausgesetzt, der Versicherungsnehmer macht nicht von seinem Recht auf Verminderung der Versicherungsleistung Gebrauch. Die Zahlung gilt zum Eingangsdatum der Zahlungsmitteilung beim Versicherer als getätigt, vorbehaltlich einer erfolgreichen Abwicklung der Transaktion.

Zur Rechtfertigung einer nicht erfolgten Zahlung kann der Versicherungsnehmer keinesfalls irgendwelche Hindernisse anführen, noch eventuelle Fehlleitungen beim Lastschriftverfahren, noch die Tatsache, keinen Hinweis auf die Fälligkeit erhalten zu haben.

Die gegenständlichen *Zusatzbedingungen* haben Gültigkeit, sofern sie auf der Polizza ausgewiesen sind.

Sonderbedingungen für eine  
**ZUSATZKAPITALVERSICHERUNG AUF DEN TODESFALL  
MIT GLEICHBLEIBENDER JAHRESPRÄMIE**

(Tarif ZK – CPA Merkblatt 55A - Ausgabe 06.2009)

**ARTIKEL 1 – Wirksamkeit**

Die Zusatzversicherung gilt für die in der *Polizze* angeführten Person bis zur dort ausgewiesenen Versicherungssumme.

Im Falle der Wiederherstellung der erloschenen oder prämienfrei gestellten Stammversicherung und der neuerlichen Gültigkeit der Zusatzversicherung können für Ereignisse, die während der Unterbrechung des Versicherungsschutzes eingetreten sind, keine Ansprüche aus der Zusatzversicherungen erhoben werden.

Die Verminderung der Versicherungssumme oder der Rückkauf sind im Rahmen dieser Zusatzversicherung nicht möglich.

**1.1 - Anzuwendende Bedingungen**

Auf die Zusatzversicherung finden die Bestimmung der Stammversicherung Anwendung, sofern sie mit den gegenständlichen *Sonderbedingungen* konform sind und nicht von den vorliegenden *Sonderbedingungen* aufgehoben werden.

**1.2 - Vertragslaufzeit**

Die Zusatzversicherung hat die selbe Laufzeit wie die Stammversicherung, sofern der *Versicherungsnehmer* für die Zusatzversicherung nicht eine kürzere Laufzeit gewählt hat.

In diesem Fall endet die Zusatzversicherung zu dem auf der *Polizze* ausgewiesenen Datum.

Die Zusatzversicherung endet in jedem Fall spätestens am Ende jenes Versicherungsjahres, in dem der *Versicherte* das 85. Lebensjahr vollendet. Sobald der *Versicherte* dieses Alter erreicht hat, endet die Versicherung bei der ersten jährlichen Fälligkeit der *Prämie*. Das Inkasso von danach fällig gewordenen Prämien, die in einem solchen Fall erstattet werden, kann die Versicherung in keinem Fall verlängern.

**1.3 - Prämien**

Der Anspruch auf die Leistung aus der Zusatzversicherung erfolgt nach Vorauszahlung der Jahresprämie, die in der *Polizze* ausgewiesen ist.

Die *Prämie* bleibt auch dann konstant, wenn der *Versicherungsnehmer* die Indexierung der vertraglichen *Prämie* verlangt hat.

Die Entrichtung der *Prämie* einschließlich aller Nebengebühren und Steuern erfolgt in der selben Rateinteilung wie die Stammversicherung und ab Beginn des Vertrages und während seiner vereinbarten Dauer bzw. bis zum Ablebensfall des *Versicherten*, falls dieser vor Vertragsende eintritt.

**1.4 - Erlöschen der Zusatzversicherung**

Die Versicherung erlischt

- a) am Ende der vereinbarten Vertragsdauer
- b) bei Unterbrechung der Prämienzahlung
- c) infolge der Unterbrechung oder Einstellung der Prämienzahlung der Stammversicherung
- d) am Ende des Versicherungsjahres, in dem der *Versicherte* das 75. Lebensjahr vollendet.

Die Prämien gebühren dem *Versicherer*.

Im Falle der Wiederherstellung der erloschenen oder prämienfrei gestellten Stammversicherung und der neuerlichen Gültigkeit der Zusatzversicherung können für Ereignisse, die während der Unterbrechung des Versicherungsschutzes eingetreten sind, keine Ansprüche erhoben werden.

**ARTIKEL 2 – Versicherungsleistung**

Im Falle des Ablebens des *Versicherten* vor Ablauf der gegenständlichen Versicherung verpflichtet sich der *Versicherer*, den Begünstigten das in der *Polizze* ausgewiesene Kapital aus der Zusatzversicherung sofort auszuzahlen.

Das Kapital der Zusatzversicherung bleibt bis zum vereinbarten Vertragsende konstant. Zu diesem Zeit-

punkt erlischt die Zusatzversicherung und die entrichteten Prämien gebühren dem Versicherer. Dieses Kapital bleibt auch konstant, wenn der *Versicherungsnehmer* eine Anpassung der *Prämie* der Stammversicherung gefordert hat. Über diese Versicherung erfolgt eine Beteiligung an den Gewinnen des *Versicherers* in Form eines Prämienbonus gemäß Art. 4) der gegenständlichen *Sonderbedingungen*.

### ARTIKEL 3 – Todesfallrisiko

Das Todesfallrisiko ist unabhängig von der Todesursache, den territorialen Grenzen und den beruflichen Veränderungen des *Versicherten* gedeckt, mit Ausnahme der Ausführungen in den Punkten 3.1 und 3.2.

#### 3.1 - Ausnahmen

Nicht versichert sind Todesfälle infolge:

- a) von vorsätzlichen Handlungen des *Versicherungsnehmers* oder des *Begünstigten*;
- b) der Teilnahme des *Versicherten* an Vorsatzdelikten;
- c) der Teilnahme des *Versicherten* an Kriegshandlungen, bürgerkriegsähnlichen Ausschreitungen, Aufständen und Unruhen, wo der *Versicherte* als Agitator handelt
- d) eines Flugunfalls, wenn der *Versicherte* an Bord eines nicht autorisierten Flugzeugs oder mit einem nicht befähigten Piloten reist, und in jedem Fall, wenn er als Mitglied der Crew reist. Diese Ausnahme wird außerdem auf den Fall ausgedehnt, in dem sich der *Versicherte* als Fallschirmspringer oder Spezialpilot betätigt (zum Beispiel: Hängegleiter, Heißluftballon, Paragliding, Hubschrauber, Militärflugzeug, etc.);
- e) von Selbstmord, der innerhalb der ersten beiden Jahre nach Beginn des Versicherungsschutzes verübt wurde oder, nach Ablauf dieser Zeitspanne, innerhalb der ersten zwölf auf eine allfällige Wiederherstellung des Vertrags folgende folgenden Monate;
- f) von nuklearen Katastrophen
- g) der Ausübung von gefährlichen Sportarten, die zum Zeitpunkt der Unterzeichnung des *Versicherungsantrags* nicht angegeben wurden und von denen der *Versicherer* auch danach nicht in Kenntnis gesetzt wurde;
- h) der Teilnahme an Wettbewerben oder Trainingsfahrten mit Kraftfahrzeugen zu Land, zu Wasser und in der Luft.

In diesen Fällen zahlt der *Versicherer*, mit Ausnahme des Todesfalls infolge von vorsätzlichen Handlungen des *Begünstigten*, nur den Betrag der vertraglichen Deckungsrückstellung, der zum Zeitpunkt des Ablebens berechnet wird.

#### 3.2 - Karenzzeit

Der volle Versicherungsschutz hängt davon ab, ob sich der *Versicherte* einem Gesundheitscheck und allfälligen weiteren medizinischen Untersuchungen unterzogen hat, die vom *Versicherer* verlangt werden. Falls es der *Versicherte* mit vorheriger Zustimmung des *Versicherers* vorzieht, auf den Gesundheitscheck zu verzichten, ruht der Versicherungsschutz für sechs Monate ab Versicherungsbeginn. Während dieses Zeitraums, die Karenzzeit genannt wird, verpflichtet sich der *Versicherer* im Ablebensfall des *Versicherten* zur Rückerstattung der für die Zusatzversicherung eingezahlten Prämien nach Steuern. Voraussetzung dafür ist, dass die Zahlung der Prämien zeitgerecht erfolgt ist.

Die vorher genannte Einschränkung wird nicht wirksam, falls der Todesfall direkt auf eine der folgenden Ursachen zurückzuführen ist:

- 1) akute Infektionskrankheiten, die nach Versicherungsbeginn aufgetreten sind: Typhus, Paratyphus, Tetanus, Diphtheritis, Scharlach, Masern, epidemische zerebrospinale Meningitis, Lungenentzündung, epidemische Enzephalitis, Kindbettfieber, Burning Fever, Hepatitis A, B und C, ikterohämorrhagische Leptospirose, Cholera, Bruzellose, Bazillenruhr, Salmonellose, Botulismus, Monozytenangina, epidemischer Mumps, Tollwut, Keuchhusten, Röteln, generalisierte Vaccinia, postvakzinale Enzephalitis
- 2) anaphylaktischer Schock, der nach Versicherungsbeginn aufgetreten ist
- 3) Unfall, der sich nach Versicherungsbeginn ereignet hat, unbeschadet Punkt 3.1. des gegenständlichen Artikels.

Die Karenzzeit beträgt sieben Jahre ab Versicherungsbeginn, falls der Ablebensfall des *Versicherten* in-

folge der erworbenen Immunabwehrschwäche AIDS oder einer damit verbundenen Krankheiten eintritt. In diesem Fall zahlt der *Versicherer* den Betrag der Deckungsrückstellung der Zusatzversicherung zum Zeitpunkt des Ablebens.

#### **ARTIKEL 4 – Gewinnbeteiligung**

Sowohl Stamm- als auch Zusatzlebensversicherungen auf den Todesfall sind für gewöhnlich langjährige Versicherungsverträge. Um die Erbringung der Versicherungsleistung für die gesamte *Vertragsdauer* sicherzustellen, erfolgen die Kalkulation der Prämien und die Annahmen hinsichtlich der Sterblichkeit mit Vorsicht. Infolge der vorsichtigen Prämienkalkulation werden regelmäßige Überschüsse erzielt.

Der *Versicherungsnehmer* nimmt im Wege eines Prämienbonus an diesen Gewinnen des *Versicherers* teil. Die Aufteilung der Überschüsse erfolgt durch Gewinnklassen, in denen alle homogenen Versicherungsverträge zusammengefasst sind. Der gegenständliche Vertrag gehört zur Gewinnklasse K.

Die Höhe des Bonus wird von den Organen des *Versicherers* festgesetzt. Der Prozentsatz des Bonus wird im Geschäftsbericht veröffentlicht. Der Anspruch auf den Bonus entsteht durch diese Beschlussfassung. Sämtliche vorherigen Angaben über die Höhe des Bonus beruhen ausschließlich auf Schätzungen des Durchschnitts der vorangegangenen zehn Jahre. Diese Angaben sind daher unverbindlich.

Der tatsächlich zugewiesene Bonus, der von der geschuldeten Prämie abgezogen wird, hängt einzig von den Gewinnen ab, die während der Vertragsdauer erzielt werden.

Der Bonus wird anteilmäßig an der Prämie für den laufenden Versicherungszeitraum berechnet. Unter Prämie versteht man die Prämie der Lebensversicherung auf den Todesfall – Stamm- oder Zusatzversicherung – vor Ansprüchen und Steuern und ohne Berücksichtigung allfälliger Zusatzversicherungen. Die Höhe des Bonus ist derzeit auf der Polizze ausgewiesen und wird für 5 Jahre garantiert, unabhängig von der Versicherungsdauer.



Sonderbedingungen für die  
**UNFALLZUSATZVERSICHERUNG**  
(Tarif 9A / 9B • CPA. Merkblatt 53A – Ausgabe 06/2009)

**ARTIKEL 1 – WIRKSAMKEIT**

Die Zusatzversicherung gilt für die in der *Polizze* angeführte Person für den dort genannten Versicherungsschutz.

Im Falle der Wiederherstellung der erloschenen oder prämienvfrei gestellten Stammversicherung und der neuerlichen Gültigkeit der Zusatzversicherung können für Ereignisse, die während der Unterbrechung des Versicherungsschutzes eingetreten sind, keine Ansprüche aus der Zusatzversicherungen erhoben werden.

Die Verminderung der Versicherungssumme oder der Rückkauf sind im Rahmen dieser Zusatzversicherung nicht möglich. Darüber hinaus besteht bei dieser Versicherung kein Anspruch auf Gewinnbeteiligung.

**ARTIKEL 2 – ANZUWENDENDE BEDINGUNGEN**

Auf die Zusatzversicherung finden die *Bedingungen* der Stammversicherung und der zugehörigen Zusatzbedingungen Anwendung, sofern sie mit den gegenständlichen *Sonderbedingungen* konform sind und nicht von den vorliegenden *Sonderbedingungen* aufgehoben werden.

**2.1 - Vertragslaufzeit**

Die Zusatzversicherung hat die selbe Laufzeit wie die Stammversicherung.

Die Zusatzversicherung endet in jedem Fall spätestens am Ende jenes Versicherungsjahres, in dem der *Versicherte* das 75. Lebensjahr vollendet. Sobald der *Versicherte* dieses Alter erreicht hat, endet die Versicherung bei der ersten jährlichen Fälligkeit der *Prämie*. Das Inkasso von danach fälligen Prämien, die in einem solchen Fall vor Steuern erstattet werden, kann den Vertrag auf keinen Fall verlängern.

**2.2 - Prämien**

Die Erbringung der Leistung aus der Zusatzversicherung erfolgt nach Vorauszahlung einer jährlichen *Prämie*, deren Höhe in der *Polizze* genannt ist.

Die Entrichtung der *Prämie* einschließlich aller Nebengebühren und der Versicherungssteuer erfolgt in der selben Rateneinteilung wie die Stammversicherung und ab Beginn des Vertrages und während seiner vereinbarten Dauer bzw. bis zum Ablebensfall des *Versicherten*, falls dieser vor Vertragsende eintritt.

**2.3 - Erlöschen der Zusatzversicherung**

Die Versicherung erlischt

- a) bei Unterbrechung der Prämienzahlung
- b) bei Unterbrechung oder Einstellung der Prämienzahlung der Stammversicherung
- c) am Ende des Versicherungsjahres, in dem der *Versicherte* das 75. Lebensjahr vollendet
- d) bei Rücktritt nach Eintreten eines Schadensfalles gemäß Artikel 2.4. der gegenständlichen *Sonderbedingungen*.

Die Prämien gebühren dem *Versicherer*.

Im Falle der Wiederherstellung der erloschenen oder prämienvfrei gestellten Stammversicherung und der neuerlichen Gültigkeit der Zusatzversicherung können für Ereignisse, die während der Unterbrechung des Versicherungsschutzes eingetreten sind, keine Ansprüche aus der Zusatzversicherungen erhoben werden.

**2.4 - Rücktritt nach Eintreten des Versicherungsfalls**

Nach Meldung des *Versicherungsfalls* oder bis zum 60. Tag nach Zahlung oder Verweigerung der Versicherungsleistung kann jede der Vertragsparteien unter Einhaltung einer dreißigtägigen Kündigungsfrist vom Vertrag zurücktreten. Bei Rücktritt vom Vertrag durch den *Versicherer* wird dem *Versicherungsnehmer* der Prämienanteil für den risikofreien Zeitraum innerhalb von 15 Tagen ab Wirksamkeit des Rücktritts exklusive der Steuer rückerstattet.

Bei Rücktritt vom Vertrag durch den *Versicherungsnehmer* gebührt dem *Versicherer* die Jahresprämie für das zum Zeitpunkt des Rücktritts laufende Jahr.

## ARTIKEL 3 – GEGENSTAND DER VERSICHERUNG; BASISCHUTZ

Die gegenständliche Zusatzversicherung gilt für Unfälle, die sich während der Gültigkeitsdauer des Vertrags ereignen und in Höhe der auf der *Polizze* ausgewiesenen Versicherungssumme.

Bei Versicherungsleistungen, die auf den Angaben des *Versicherungsnehmers* basieren, wonach der ausgeübte Beruf des *Versicherten* mit jenem übereinstimmt, der auf dem Antrag der Stammversicherung angeführt ist, gilt der Versicherungsschutz für Unfälle, die der *Versicherte*

- a) im Rahmen der angeführten beruflichen Tätigkeit
- b) bei der Ausübung normaler, privater, nicht beruflicher Tätigkeiten erleidet.

Die Versicherungsleistung wird nicht erbracht, wenn es sich um eine der Tätigkeiten handelt, die der *Versicherer* für gewöhnlich nicht versichert.

Unter *Unfall* versteht man ein Ereignis, das durch Zufall, gewaltsam und durch äußere Einflüsse stattfindet und zu körperlichen Verletzungen führt, die objektiv feststellbar sind und den Tod oder die *dauernde Invalidität* des Verunglückten nach sich ziehen können.

### 3.1 - Ausweitung des Versicherungsschutzes

Anspruch besteht auch bei den folgenden, vom Willen des *Versicherten* unabhängigen Ereignissen:

- a) Ertrinken und die Folgen von Verbrennungen, Blitzschlag oder Stromschlägen
- b) Einatmen von Gasen oder Dämpfen, sowie Vergiftungen und Verätzungen infolge der Einnahme von giftigen oder ätzenden Substanzen, es sei denn, dass diese Einwirkungen allmählich erfolgen
- c) Verrenkungen, Zerrungen und Zerreißen – nicht von Organen oder Gefäßen - infolge plötzlicher und ungewohnter Anstrengung
- d) die Folgen von Infektionen von auf Grund eines vertraglich versicherbaren Unfalls erlittenen Wunden
- e) Meniskusverletzungen
- f) Verrenkungen von Gliedern sowie Zerrungen und Zerreißen von Gliedmaßen, Muskeln, Sehnen, Bändern und Kapseln an der Wirbelsäule
- g) die Folgen von Wundstarrkrampf und Tollwut, sofern sie durch Unfälle ausgelöst werden, die vertraglich versicherbar sind
- h) die Folgen von Kinderlähmung und der durch Zeckenbiss übertragene Frühsommer-Meningoencephalitis sowie Meningo-Polyneuritis infolge von durch Zeckenbiss übertragenen Borreliose – vorausgesetzt, die Krankheit wurde serologisch festgestellt und kommt frühestens 15 Tage nach Versicherungsbeginn, jedoch spätestens 15 Tage nach Erlöschen der Versicherung zum Ausbruch. Als Krankheitsbeginn gilt der Tag, an dem erstmals wegen der als Kinderlähmung, Frühsommer-Meningoencephalitis oder Meningo-Polyneuritis diagnostizierten Krankheit ein Arzt konsultiert wurde.

Die Versicherungsleistung wird im Ablebensfall oder bei *dauernder Invalidität* im Rahmen der Versicherungssumme bis zu einem Höchstbetrag von EUR 100.000,00 erbracht.

- i) Unfälle infolge eines Herzinfarkts oder eines Hirnschlags; Herzinfarkte bzw. Hirnschläge können auf keinen Fall als Unfallfolge anerkannt werden
- j) Verletzungen infolge von Ungeschicklichkeit, mangelnder Vorsicht und grober Fahrlässigkeit
- k) Erfrierungen infolge von versicherbaren Unfällen
- l) Körperverletzungen bei Notwehr, der Ausübung von humanitärer Solidarität und bei Erleiden von Aggressionen, auch bei terroristischen Handlungen
- m) Folgen von chirurgischen Eingriffen oder von Behandlungen infolge von versicherbaren Unfällen
- n) Unfälle während Leistung des Wehrdiensts in Friedenszeiten oder des Zivildiensts
- o) die Folgen von Tierbissen und -tritten

### 3.2 - Flugrisiko

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auch auf Unfälle des *Versicherten* als Fluggast in motorisierten Luftfahrzeugen, die für die Personenbeförderung zugelassen sind.

Als Fluggast gilt, wer weder mit dem Betrieb des Luftfahrzeugs in ursächlichem Zusammenhang steht oder Besatzungsmitglied ist, noch mittels des Luftfahrzeugs eine berufliche Betätigung ausübt.

### 3.3 - Sportliche Betätigung

Die Versicherung deckt die Ausübung von allen Sportarten mit Ausnahmen von:

Boxen, Schwerathletik, Ringen in verschiedener Form, Kampfsportarten im allgemeinen, Lenkschlitten, Bergsteigen (ab Grad III), Free Climbing, Alpinski, Schanzensprünge auf Ski oder Wasserschi., Kanu, Canyoning, Höhlenklettern, Rafting, Rugby, American Football, Jumping, Inlinehockey, Motorbootsport, Autosport, Motorradsport, Bob, Eishockey, Flugsport im allgemeinen.

Die Versicherung gilt bei der Teilnahme an Wettbewerben und dem dazugehörigen Training nur bei folgenden Sportarten und nur unter der Bedingung, dass der *Versicherte* nicht als Mitglied eines Sportverbandes als Profi oder Halbprofi daran teilnimmt, und dass der *Versicherte* daraus kein Einkommen bezieht:

- Baseball, Basketball, Handball, Wasserball, Volleyball, Radsport, Fußball, Reitsport, Schi, Wasserschi, Tennis.

### 3.4 - Örtlicher Geltungsbereich

Die Versicherung gilt auf der ganzen Erde.

## ARTIKEL 4 – LEISTUNGEN

Die Leistungen der gegenständliche Zusatzversicherung sind, sofern sie auf der Polizze angeführt werden, in den Artikeln 4.1 bzw. 4.2 dargestellt.

#### 4.1 - Todesfall (Tarif 9/A)

Im Todesfälle infolge eines laut *Polizze* versicherbaren *Unfalls*, der innerhalb eines Jahres nach dem Unfalltag eintritt, zahlt der *Versicherer* die für den Todesfall versicherte Summe abzüglich der Zahlungen, die für die dauernde Invalidität infolge desselben *Unfalls* geleistet wurden.

Falls die Höhe dieser Zahlungen über der für den Todesfall versicherten Summe liegt, kann der *Versicherer* die Differenz nicht zurückverlangen.

#### 4.2 - Dauernde Invalidität (Tarif 9/B)

Ergibt sich innerhalb eines Jahres vom Unfalltag an gerechnet als Folge des *Unfalls* eine *dauernde Invalidität*, bemisst der *Versicherer* den Invaliditätsgrad.

Wenn der erhobene Invaliditätsgrad über 5% liegt, zahlt der *Versicherer* aus der für hierfür versicherten Summe den dem Grad der Invalidität entsprechenden Betrag. Der Grad wird mit Hilfe der untenstehenden Tabelle unabhängig von der höheren oder geringeren Arbeitsfähigkeit ermittelt.

Wenn der Invaliditätsgrad bei 5% oder darunter liegt, ist der *Versicherer* leistungsfrei.

##### 4.2.1 - Bestimmungen zur Bemessung des Invaliditätsgrades

a) völliger physischer oder funktionaler Verlust	
• eines Armes ab Schultergelenk	80%
• eines Armes bis oberhalb des Ellenbogengelenks	75%
• eines Ellbogengelenks	70%
• eines Armes unterhalb des Ellenbogengelenks oder einer Hand	60%
• eines Daumens	20%
• eines Zeigefingers	10%
• eines anderen Fingers	5%
• eines Beins bis über die Mitte des Oberschenkels	70%
• eines Beins bis zur Mitte des Oberschenkels	60%
• eines Beins bis zur Mitte des Unterschenkels oder eines Fußes	50%
• einer großen Zehe	5%
• einer anderen Zehe	2%
• der Sehkraft beider Augen	100%
• der Sehkraft eines Auges	50%
sofern jedoch die Sehkraft des anderen Auges vor Eintritt des Versicherungsfalles bereits beeinträchtigt war	65%
• des Gehörsinns beider Ohren	80%
• der Gehörsinn eines Ohres	30%

- sofern jedoch das Gehör des anderen Ohres vor Eintritt des Versicherungsfalls bereits geschädigt war 50%
- des Geruchsinnes 10%
  - des Geschmacksinnes 10%
- Darüber hinaus gelten folgende Bestimmungen:
- b) Bei teilweiseem Verlust oder teilweiser Funktionsunfähigkeit der oben genannten Körperteile oder Sinne werden die oben genannten Sätze anteilig verwendet.  
Bei Funktionseinschränkungen von Armen oder Beinen ist der Satz für die gesamte Extremität anteilig anzuwenden.
  - c) Lässt sich der Invaliditätsgrad nach den Angaben in Punkt a) nicht bestimmen, ist maßgebend, inwieweit die körperliche Funktionsfähigkeit vom medizinischen Standpunkt aus beeinträchtigt ist.  
Die sich aus den Punkten a) und c) ergebenden Prozentsätze werden zusammengerechnet. Die Bestimmungen aus Punkt g) bleiben davon unberührt.
  - d) Bei vollständigem anatomischen oder funktionalen Verlust mehrerer Körperteile oder Sinne ist die Summe der anteiligen Sätze dennoch mit 100% begrenzt.
  - e) Falls der Grad der *permanenten Invalidität*, der gemäß den Bestimmungen dieses Artikels, Punkt a) bis c), festgelegt wird,
    - größer als 50% ist, wird auf den Anteil, der die 50% überschreitet, die Leistung verdoppelt.
  - f) Im ersten Jahr nach dem Unfall wird eine Invaliditätsleistung nur erbracht, wenn Art und Umfang der Unfallfolgen aus ärztlicher Sicht eindeutig feststehen.  
Steht der Grad der dauernden Invalidität nicht eindeutig fest, sind sowohl der *Versicherte* als auch der *Versicherer* berechtigt, den Invaliditätsgrad jährlich bis 4 Jahre ab dem Unfalltag ärztlich neu bemessen zu lassen. Nach zwei Jahren nach dem Unfalltag kann diese Bemessung auch durch eine Ärztekommision erfolgen.  
Ergibt in einem solchen Falle die endgültige Bemessung eine höhere Invaliditätsleistung als der Versicherer bereits erbracht hat, ist die Differenz ab Fälligkeit des Vorschusses mit dem gesetzlichen Satz zu verzinsen.
  - g) Bei Ableben des Versicherten
    - unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall, besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung;
    - aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach dem Unfall, ist nach dem Grad der dauernden Invalidität auf der Grundlage der zuletzt erstellten Befunde zu leisten;
    - unfallbedingt oder aus unfallfremder Ursache später als ein Jahr nach dem Unfalltag, ist nach dem Grad der dauernden Invalidität auf der Grundlage der zuletzt erstellten Befunde zu leisten.

## ARTIKEL 5 – AUSSCHLÜSSE

Die Versicherung deckt keine Unfälle infolge

- a) von Kriegsereignissen jeder Art
- b) der Benützung von motorbetriebenen Fahrzeugen oder Wasserfahrzeugen, wenn der *Versicherte* nicht über die vorgeschriebene Befähigung verfügt
- c) von Fallschirmsprüngen und Tauchgängen, auch wenn sie hobbymäßig betrieben werden
- d) der Teilnahme an Wettbewerben - auch als Passagier - mit motorbetriebenen Fahrzeugen oder Booten und den dazugehörigen Trainingsfahrten
- e) eines Flugunfalls, wenn der *Versicherte* an Bord eines nicht autorisierten Flugzeugs oder mit einem nicht befähigten Piloten reist, und in jedem Fall, wenn er als Mitglied der Crew reist. Diese Ausnahme wird außerdem auf den Fall ausgedehnt, in dem sich der *Versicherte* als Fallschirmspringer oder Spezialpilot betätigt (zum Beispiel: Hängegleiter, Heißluftballon, Hubschrauber, Militärflugzeug, etc.). Die Bestimmungen des Artikels 3.2. sind davon unbeschadet.
- f) von strafbaren Handlungen, die vom Versicherten vorsätzlich begangen oder versucht werden
- g) von Bewusstseinsstörungen bzw. Trunkenheit, Missbrauch von Psychopharmaka, Einnahme von Suchtgiften oder Halluzinogenen

- h) von chirurgischen Eingriffen, Untersuchungen oder medizinischen Therapien, für die kein Versicherungsfall Anlass war
- i) der Benutzung von motorbetriebenen Wasserfahrzeugen für nicht private Zwecke
- j) von Herzinfarkten. Herzinfarkte sind keinesfalls als Unfallfolge anerkannt.
- k) von natürlichen oder durch Atombeschleunigung verursachten energetischen Umwandlungen des Atom
- l) der freiwilligen und aktiven Teilnahme des Versicherten an Unruhen und Volksaufständen.

Selbstmord kann in keinem Fall als Unfall anerkannt werden.

Krankheiten können in keinem Fall als Unfall betrachtet werden. Infektionskrankheiten können nicht als Folge eines Unfalls angesehen werden. Das gilt nicht für die Bestimmungen in Artikel 3.1., Punkt g) und h).

### **5.1 - Unversicherbare Personen**

Unversicherbar sind, unabhängig von der konkreten Erhebung ihres Gesundheitszustandes, Personen, die an Alkoholismus, Drogensucht, AIDS, Epilepsie, Lähmung, Geisteskrankheiten, Delirium tremens oder anderen schweren und dauernden Krankheiten leiden.

Unversicherbar sind darüber hinaus Personen mit über 50% liegender *permanenter Invalidität* und mit dauerhafter Arbeitsunfähigkeit.

Vollständige Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn dem *Versicherten* infolge von Krankheit oder Gebrechen nach medizinischen Gesichtspunkten die Ausübung einer Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann und auch tatsächlich keine Erwerbstätigkeit vorliegt.

In Einklang mit den Bestimmungen des Artikel 1898 des ital. Zivilgesetzbuches endet die Versicherung mit dem Auftreten von Gründen für die Unversicherbarkeit.

Es gilt als vereinbart, dass Personen, die unter schweren und dauernden Gebrechen, Verstümmelungen oder erheblichen physischen Beeinträchtigungen leiden, nur mit vorheriger Zustimmung des *Versichers* versicherbar sind.

<b>ARTIKEL 6 – ANZEIGE VON VERSICHERUNGSFÄLLEN</b>
--

Der *Versicherungsfall* muss vom *Versicherten*, dem *Versicherungsnehmer* oder den Berechtigten dem *Versicherer* oder der Agentur, welcher die *Polizze* zugehörig ist, gemäß Artikel 1913 des ital. Zivilgesetzbuches innerhalb von sieben Tagen schriftlich angezeigt werden, nachdem sie davon Kenntnis erlangt haben. Die Nichterfüllung dieser Pflicht kann den gesamten oder teilweisen Verlust auf Anspruch der Versicherungsleistung gemäß Artikel 1915 des ital. Zivilgesetzbuches nach sich ziehen.

Die Anzeige muss Angaben über Ort, Tag, Uhrzeit, Ursache und Hergang enthalten. Der Anzeige beiliegen muss darüber hinaus ein ärztlicher Befund mit Angaben über die Art der Verletzung, die Prognose und die Notwendigkeit einer Spitalslieferung oder eines Eingriffs.

Der Verlauf der Verletzungen muss bis zur Heilung durch weitere medizinische Atteste dokumentiert werden.

### **6.1 - Obliegenheiten des Versicherten**

Der *Versicherte* hat nach dem *Unfall* geeignete ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen und die Behandlung fortzusetzen, mit dem Ziel, die Unfallschäden zu verringern oder zu beseitigen.

Der *Versicherte*, oder im Todesfall die *Begünstigten*, müssen dem *Versicherer* ausnahmslos alle Untersuchungen und Erhebungen gestatten. Zu diesem Zweck entbinden sie alle Ärzte und Gesundheitseinrichtungen, an die sich der *Versicherte* gewandt hat, von ihrem Berufsgeheimnis.

Der Todesfall des *Versicherten* muss innerhalb von drei Tagen telegrafisch angezeigt werden, auch wenn die Unfallsanzeige bereits erfolgt war.

### **6.2 - Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes**

Der *Versicherer* zahlt für die direkten und ausschließlich auf den *Unfall* zurückzuführenden Folgen, die in keinem Zusammenhang mit vorher bestandenen physischen oder pathologischen Bedingungen stehen. Die Auswirkungen des *Unfalls* auf diese Bedingungen sowie die Auswirkungen dieser Bedingungen auf die Unfallverletzungen sind indirekte Folgen und daher nicht versicherbar.

Dennoch gilt als vereinbart:

- a) Wenn die Unfallfolgen auf vom *Versicherungsfall* unabhängige Krankheiten oder Gebrechen zu-

rückzuführen sind, wird die Versicherungsleistung entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens auf die Unfallfolgen vermindert.

Davon ausgenommen sind die in den Punkten e) und f) des Artikels 3.1 angeführten Ereignisse. Diese Einschränkung findet keine Anwendung auf Fälle, in denen der Anteil auf die oben genannten Folgen unter 25% liegt.

- b) Wenn durch den *Unfall* Teile oder Organe des Körpers betroffen sind, die bereits vorher teilweise beeinträchtigt waren, oder wenn der Versicherungsfall eine vorher bestehende organische Insuffizienz verschlimmert, wird die Versicherungsleistung der Erhöhung des Invaliditätsgrades entsprechen bemessen.
- c) Für organisch bedingte Störungen des Nervensystems wird eine Leistung nur erbracht, wenn und soweit diese Störungen auf eine durch den *Unfall* verursachte organische Schädigung oder auf Epilepsie infolge des Unfalls zurückzuführen sind. Seelische Störungen (Neurosen, Psychoneurosen u.ä.) gelten nicht als Unfallfolgen.
- d) Bei Bandscheibenhernien wird eine Leistung nur erbracht, wenn sie durch direkte mechanische Einwirkung auf die Wirbelsäule entstanden sind und es sich nicht um eine Verschlimmerung von vor dem *Unfall* bestandenen Krankheitserscheinungen handelt.
- e) Für Bauch- und Leistenbrüche jeder Art wird eine Leistung nur erbracht, wenn sie durch eine von außen kommende mechanische Einwirkung direkt herbeigeführt worden sind und nicht anlagebedingt waren.

### **6.3 - Zahlung der Versicherungsleistung**

Der *Versicherer* zahlt die Versicherungsleistung zwei Wochen nach dem Zeitpunkt der Klärung der Ursache des *Versicherungsfalls* und der Höhe der Versicherungsleistung.

Steht die Leistungspflicht nur dem Grunde nach, nicht jedoch in der Höhe fest, kann der *Begünstigte* nach Ablauf eines Monats Vorschüsse bis zur Höhe des Betrags fordern, den der *Versicherer* nach Lage der Sache mindestens zu zahlen haben wird.

Die unvollständige und fehlende Folgeleistung der an den *Versicherten* gestellten Forderungen haben den verspäteten Abschluss des *Versicherungsfalls* zur Folge.

### **6.4 – Freies Schiedsverfahren**

Meinungsverschiedenheiten über den Grad der *dauernden Invalidität* sowie über die Anwendung der Kriterien zur sachlichen Begrenzung des Versicherungsschutzes laut Artikel 6.2 sind schriftlich an eine Ärztekommision zu übergeben. Die Kommission setzt sich aus drei Ärzten zusammen, wobei jede Vertragspartei einen Arzt ihrer Wahl bestimmen darf. Der dritte Arzt wird im gemeinsamen Einverständnis bzw. vom Rat der Ärztekammer bestellt, der für den Ort zuständig ist, an dem die Kommission zusammentritt.

Der Sitz der Ärztekommision liegt in der Gemeinde, in dem sich das gerichtsmedizinische Institut befindet, das dem Wohnsitz des *Versicherten* am nächsten liegt.

Jede Vertragspartei kommt für die Kosten des von ihr gewählten Arztes auf. Die Kosten für dritten Arzt werden unter den Vertragsparteien geteilt.

Die Kommission kann die definitive Feststellung der *dauernden Invalidität* nach eigenem Ermessen auf einen späteren Zeitpunkt innerhalb von zwei Jahren verschieben. In diesem Fall kann die Kommission in der Zwischenzeit die Auszahlung eines Betrag gewähren, der bei der endgültigen Schadensabwicklung angerechnet wird.

Die Entscheidungen der Ärztekommision werden mehrheitlich getroffen. Sie sind von jeder gesetzlichen Förmlichkeit befreit und für alle Vertragsparteien bindend, auch wenn einer der Ärzte die Unterschrift des Protokolls verweigert.

### **6.5 - Eintrittsrecht**

Der *Versicherer* verzichtet zugunsten des *Versicherten* und seiner Berechtigten auf das Eintrittsrecht, das ihm gemäß Artikel 1916 des ital. Zivilgesetzbuches gegenüber am *Unfall* verantwortlichen Dritten zusteht.

Sonderbedingungen für die  
**ZUSATZVERSICHERUNG**  
**“UNFALLPAKET“**

(Tarif SA/.../SE – CPA. Merkblatt 60A – Ausgabe 06.2009)

**ARTIKEL 1 – Wirksamkeit**

Die Zusatzversicherung gilt für die in der *Polizze* angeführten Person bis zur dort ausgewiesenen Versicherungssumme und für den dort genannten Versicherungsschutz.

Im Falle der Wiederherstellung der erloschenen oder prämienfrei gestellten Stammversicherung und der neuerlichen Gültigkeit der Zusatzversicherung können für Ereignisse, die während der Unterbrechung des Versicherungsschutzes eingetreten sind, keine Ansprüche aus der Zusatzversicherungen erhoben werden.

Die Verminderung der Versicherungssumme oder der Rückkauf sind im Rahmen dieser Zusatzversicherung nicht möglich. Darüber hinaus besteht bei dieser Versicherung kein Anspruch auf Gewinnbeteiligung.

**ARTIKEL 2 – Anzuwendende Bedingungen**

Auf die Zusatzversicherung finden die *Bedingungen* der Stammversicherung und der zugehörigen Zusatzbedingungen Anwendung, sofern sie mit den gegenständlichen *Sonderbedingungen* konform sind und nicht von den vorliegenden *Sonderbedingungen* aufgehoben werden.

**2.1 - Vertragslaufzeit**

Die Zusatzversicherung hat die selbe Laufzeit wie die Stammversicherung.

Die Zusatzversicherung endet in jedem Fall spätestens am Ende jenes Versicherungsjahres, in dem der *Versicherte* das 75. Lebensjahr vollendet.

Sobald der *Versicherte* dieses Alter erreicht hat, endet die Versicherung bei der ersten jährlichen Fälligkeit der *Prämie*. Das Inkasso von danach fälligen Prämien, die in einem solchen Fall vor Steuern erstattet werden, kann den Vertrag auf keinen Fall verlängern.

**2.2 - Prämien**

Die Erbringung der Leistung aus der Zusatzversicherung erfolgt nach Vorauszahlung einer jährlicher *Prämie*, die in der Gesamtprämie zur *Polizze* inkludiert ist.

Die Entrichtung der *Prämie* einschließlich aller Nebengebühren und der Versicherungssteuer erfolgt in der selben Rateinteilung wie die Stammversicherung und ab Beginn des Vertrages und während seiner vereinbarten Dauer bzw. bis zum Ablebensfall des *Versicherten*, falls dieser vor Vertragssende eintritt.

**2.3 - Erlöschen der Zusatzversicherung**

Die Versicherung erlischt

- a) bei Unterbrechung der Prämienzahlung
- b) bei Unterbrechung oder Einstellung der Prämienzahlung der Stammversicherung
- c) am Ende des Versicherungsjahres, in dem der *Versicherte* das 75. Lebensjahr vollendet
- d) bei Rücktritt gemäß Artikel 2.4. der gegenständlichen *Bedingungen*.

Die Prämien gebühren dem *Versicherer*.

**2.4 - Rücktritt nach Eintreten des Versicherungsfalls**

Nach Meldung des *Versicherungsfalls* oder bis zum 60. Tag nach Zahlung oder Verweigerung der Versicherungsleistung kann jede der Vertragsparteien unter Einhaltung einer dreißigtägigen Kündigungsfrist vom Vertrag zurücktreten. Bei Rücktritt vom Vertrag durch den *Versicherer* wird dem *Versicherungsnehmer* der Prämienanteil für den risikofreien Zeitraum innerhalb von 15 Tagen ab Wirksamkeit des Rücktritts exklusive der Steuer rückerstattet.

Bei Rücktritt vom Vertrag durch den *Versicherungsnehmer* gebührt dem *Versicherer* die Jahresprämie für das zum Zeitpunkt des Rücktritts laufende Jahr.

## ARTIKEL 3 – Gegenstand der Versicherung; Basisschutz

Die gegenständliche Zusatzversicherung gilt für Unfälle, die sich während der Gültigkeitsdauer des Vertrags ereignen und in der Höhe der auf der *Polizze* ausgewiesenen Versicherungssumme.

Bei Versicherungsleistungen, die auf den Angaben des *Versicherungsnehmers* basieren, wonach der ausgeübte Beruf des *Versicherten* mit jenem übereinstimmt, der auf dem Antrag der Stammversicherung angeführt ist, gilt der Versicherungsschutz für Unfälle, die der *Versicherte*

- a) im Rahmen der angeführten beruflichen Tätigkeit
- b) bei der Ausübung normaler, privater, nicht beruflicher Tätigkeiten erleidet.

Die Versicherungsleistung wird nicht erbracht, wenn es sich um eine der Tätigkeiten handelt, die der *Versicherer* für gewöhnlich nicht versichert.

Unter *Unfall* versteht man ein Ereignis, das durch Zufall, gewaltsam und durch äußere Einflüsse stattfindet und zu körperlichen Verletzungen führt, die objektiv feststellbar sind und den Tod oder die *dauernde Invalidität* des Verunglückten nach sich ziehen können.

### 3.1 - Ausweitung des Versicherungsschutzes

Anspruch besteht auch bei den folgenden, vom Willen des *Versicherten* unabhängigen Ereignissen:

- a) Ertrinken und die Folgen von Verbrennungen, Blitzschlag oder Stromschlägen
- b) Einatmen von Gasen oder Dämpfen, sowie Vergiftungen und Verätzungen infolge der Einnahme von giftigen oder ätzenden Substanzen, es sei denn, dass diese Einwirkungen allmählich erfolgen
- c) Verrenkungen, Zerrungen und Zerreißen – nicht von Organen oder Gefäßen - infolge plötzlicher und ungewohnter Anstrengung
- d) Infektionen von Wunden als Folge eines versicherbaren Unfalls
- e) Meniskusverletzungen
- f) Verrenkungen von Gliedern sowie Zerrungen und Zerreißen von Gliedmaßen, Muskeln, Sehnen, Bändern und Kapseln an der Wirbelsäule
- g) die Folgen von Wundstarrkrampf und Tollwut, sofern sie durch Unfälle ausgelöst werden, die vertraglich versicherbar sind
- h) die Folgen von Kinderlähmung und der durch Zeckenbiss übertragene Frühsommer-Meningoencephalitis sowie Meningo-Polyneuritis infolge von durch Zeckenbiss übertragenen Borreliose – vorausgesetzt, die Krankheit wurde serologisch festgestellt und kommt frühestens 15 Tage nach Versicherungsbeginn, jedoch spätestens nach 15 Tage nach Erlöschen der Versicherung zum Ausbruch. Als Krankheitsbeginn gilt der Tag, an dem erstmals wegen der als Kinderlähmung, Frühsommer-Meningoencephalitis oder Meningo-Polyneuritis diagnostizierten Krankheit ein Arzt konsultiert wurde.

Die Versicherungsleistung wird im Ablebensfall oder bei *dauernder Invalidität* im Rahmen der Versicherungssumme bis zu einem Höchstbetrag von EUR 100.000,00 erbracht.

- i) Unfälle infolge eines Herzinfarkts oder eines Hirnschlags; der Herzinfarkt bzw. der Hirnschlag können auf keinen Fall als Unfallfolge anerkannt werden
- j) Verletzungen infolge von Ungeschicklichkeit, mangelnder Vorsicht und grober Fahrlässigkeit
- k) Erfrierungen infolge von versicherbaren Unfällen
- l) Körperverletzungen bei Notwehr, der Ausübung von humanitärer Solidarität und bei Erleiden von Aggressionen, auch bei terroristischen Handlungen
- m) Folgen von chirurgischen Eingriffen oder von Behandlungen infolge von versicherbaren Unfällen
- n) Unfälle während Leistung des Wehrdiensts in Friedenszeiten oder des Zivildiensts
- o) die Folgen von Tierbissen und -tritten

### 3.2 - Flugrisiko

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auch auf Unfälle des *Versicherten* als Fluggast in motorisierten Luftfahrzeugen, die für die Personenbeförderung zugelassen sind.

Als Fluggast gilt, wer weder mit dem Betrieb des Luftfahrzeugs in ursächlichem Zusammenhang steht oder Besatzungsmitglied ist, noch mittels des Luftfahrzeugs eine berufliche Betätigung ausübt.



### 3.3 - Sportliche Betätigung

Die Versicherung deckt die Ausübung von allen Sportarten mit Ausnahmen von:

Boxen, Schwerathletik, Kampfsportarten im allgemeinen, Lenkschlitten, Bergsteigen (ab Grad III), Free Climbing, Alpinski, Schanzensprünge auf Ski oder Wasserschi, Canyoning, Höhlenklettern, Rafting, Rugby, American Football, Jumping, Inlinehockey, Motorbootsport, Autosport, Motorradsport, Bob, Eishockey, Flugsport im allgemeinen.

Die Versicherung gilt bei der Teilnahme an Wettbewerben und dem dazugehörigen Training nur bei folgenden Sportarten und nur unter der Bedingung, dass der *Versicherte* nicht als Mitglied eines Sportverbandes als Profi oder Halbprofi daran teilnimmt, und dass der Versicherte daraus keine Einnahmequelle zieht:

- Baseball, Basketball, Handball, Wasserball, Volleyball, Radsport, Fußball, Reitsport, Schi, Wasserschi, Tennis.

### 3.4 - Örtlicher Geltungsbereich

Die Versicherung gilt auf der ganzen Erde.

## ARTIKEL 4 – Leistungen

Die Leistungen der gegenständliche Zusatzversicherung sind, sofern sie auf der Polizze angeführt werden, in den Artikeln 4.1 bis 4.4 dargestellt.

### 4.1 - Todesfall

Im Todesfälle infolge eines laut *Polizze* versicherbaren *Unfalls*, der innerhalb eines Jahres nach dem Unfalltag eintritt, zahlt der *Versicherer* die für den Todesfall versicherte Summe abzüglich der Zahlungen, die für die dauernde Invalidität infolge desselben *Unfalls* geleistet wurden.

Falls die Höhe dieser Zahlungen über der für den Todesfall versicherten Summe liegt, kann der *Versicherer* die Differenz nicht zurückverlangen.

### 4.2 - Dauernde Invalidität

Ergibt sich innerhalb eines Jahres vom Unfalltag an gerechnet als Folge des *Unfalls* eine *dauernde Invalidität*, bemisst der Versicherer den Invaliditätsgrad.

Wenn der erhobene Invaliditätsgrad über 5% liegt, zahlt der *Versicherer* aus der für hierfür versicherten Summe der dem Grad der Invalidität entsprechenden Betrag. Der Grad wird mit Hilfe der untenstehenden Tabelle unabhängig von der höheren oder geringeren Arbeitsfähigkeit ermittelt.

Wenn der Invaliditätsgrad bei 5% oder darunter liegt, ist der *Versicherer* leistungsfrei.

#### 4.2.1 - Bestimmungen zur Bemessung des Invaliditätsgrades

a) völliger physischer oder funktionaler Verlust	
• eines Armes ab Schultergelenk	80%
• eines Armes bis oberhalb des Ellenbogengelenks	75%
• eines Ellbogengelenks	70%
• eines Armes unterhalb des Ellenbogengelenks oder einer Hand	60%
• eines Daumens	20%
• eines Zeigefingers	10%
• eines anderen Fingers	5%
• eines Beins bis über die Mitte des Oberschenkels	70%
• eines Beins bis zur Mitte des Oberschenkels	60%
• eines Beins bis zur Mitte des Unterschenkels oder eines Fußes	50%
• einer großen Zehe	5%
• einer anderen Zehe	2%
• der Sehkraft beider Augen	100%
• der Sehkraft eines Auges	50%
sofern jedoch die Sehkraft des anderen Auges vor Eintritt des Versicherungsfalles bereits beeinträchtigt war	65%
• des Gehörsinns beider Ohren	80%
• der Gehörsinn eines Ohres	30%

- sofern jedoch das Gehör des anderen Ohres vor Eintritt des Versicherungsfalls bereits geschädigt war
- |                       |     |
|-----------------------|-----|
|                       | 50% |
| • des Geruchsinnes    | 10% |
| • des Geschmacksinnes | 10% |
- Darüber hinaus gelten folgende Bestimmungen:
- b) Bei teilweisem Verlust oder teilweiser Funktionsunfähigkeit der obengenannten Körperteile oder Sinne werden die obengenannten Sätze anteilig verwendet.  
Bei Funktionseinschränkungen von Armen oder Beinen ist der Satz für die gesamte Extremität anteilig anzuwenden.
- c) Lässt sich der Invaliditätsgrad nach den Angaben in Punkt a) nicht bestimmen, ist maßgebend, inwieweit die körperliche Funktionsfähigkeit vom medizinischen Standpunkt aus beeinträchtigt ist. Die sich aus den Punkten a) und c) ergebenden Prozentsätze werden zusammengerechnet. Die Bestimmungen aus Punkt g) bleiben davon unberührt.
- d) Bei vollständigem anatomischen oder funktionalen Verlust mehrerer Körperteile oder Sinne ist die Summe der anteiligen Sätze dennoch mit 100% begrenzt.
- e) Falls der Grad der *permanenten Invalidität*, der gemäß den Bestimmungen dieses Artikels, Punkt a) bis c), festgelegt wird,
- größer als 50% aber niedriger als 100% ist, wird auf den Anteil, der die 50% überschreitet, die Leistung verdoppelt;
  - gleich 100 % ist, schreibt der *Versicherer* ein Entgelt zu, welches das doppelte der Versicherungssumme zu dieser Leistung ausmacht
- f) Im ersten Jahr nach dem Unfall wird eine Invaliditätsleistung nur erbracht, wenn Art und Umfang der Unfallfolgen aus ärztlicher Sicht eindeutig feststehen.  
Steht der Grad der dauernden Invalidität nicht eindeutig fest, sind sowohl der *Versicherte* als auch der *Versicherer* berechtigt, den Invaliditätsgrad jährlich bis 4 Jahre ab dem Unfalltag ärztlich neu bemessen zu lassen. Nach zwei Jahren nach dem Unfalltag kann diese Bemessung auch durch eine Ärztekommision erfolgen.  
Ergibt in einem solchen Falle die endgültige Bemessung eine höhere Invaliditätsleistung als der Versicherer bereits erbracht hat, ist die Differenz ab Fälligkeit des Vorschusses mit dem gesetzlichen Satz zu verzinsen.
- g) Bei Ableben des Versicherten
- unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall, besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung;
  - aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach dem Unfall, ist nach dem Grad der dauernden Invalidität auf der Grundlage der zuletzt erstellten Befunde zu leisten;
  - unfallbedingt oder aus unfallfremder Ursache später als ein Jahr nach dem Unfalltag, ist nach dem Grad der dauernden Invalidität auf der Grundlage der zuletzt erstellten Befunde zu leisten.

### 4.3 - Temporäre Unfallsrente

Bei Feststellung einer 50%-igen oder höheren dauernden Invalidität als Unfallsfolge verpflichtet sich der *Versicherer*, dem *Versicherten* unabhängig von dessen Alter während eines Zeitraums von 10 Jahren eine *Rente* zu zahlen. Die Zahlung erfolgt in vorausgezahlten Monatsraten in der auf der *Police* ausgewiesenen Höhe.

Die Bemessung des Grades der dauernden Invalidität erfolgt ohne Berücksichtigung des Artikels 6.2, Punkt a), 2. Absatz der gegenständlichen *Bedingungen*.

#### 4.3.1 - Laufzeit der Rente

Nach Klärung des Anspruchs des *Versicherten* auf Erbringung der Leistung und nach Ablauf der in Artikel 6.3 der gegenständlichen *Bedingungen* definierten Frist zahlt der *Versicherer* ab dem auf den Unfalltag folgenden Monatsersten die Rente.

#### 4.3.2 - Dauer

Die Erbringung der Leistung erfolgt über den vereinbarten Zeitraum und endet zum Zeitpunkt des Ablebens des Versicherten.

Darüber hinaus gelten folgende Bestimmungen:

- a) Innerhalb von vier Jahren ab dem Unfalltag hat der *Versicherer* das Recht, die erneute Untersuchung

des *Versicherten* durch einen medizinischen Sachverständigen zu fordern. Wenn aus dieser Untersuchung hervorgeht, dass der unmittelbar auf den Unfall zurückzuführende Grad der Invalidität unter 50% gesunken ist, erlischt der Rentenanspruch vom Zeitpunkt der Untersuchung. Die bereits erhaltenen Beträge müssen vom *Versicherten* nicht erstattet werden.

Die Kosten für die medizinische Untersuchung gehen zu Lasten des *Versicherers*.

- b) Wenn der *Versicherte* die medizinische Untersuchung verweigert bzw. sich dieser nicht innerhalb von drei Monaten ab Forderung durch den *Versicherer* unterzieht, verwirkt der Anspruch auf die verbleibenden Rentenraten.

#### **4.4 - Spitalsgeld**

Bei Aufnahme des *Versicherten* in eine Krankensanstalt infolge des *Unfalls* zahlt der *Versicherer* für jeden Tag die auf der *Polizze* ausgewiesene Versicherungssumme.

Das Spitalgeld wird längstens für 365 Tage innerhalb von zwei Jahren ab dem Unfalltag gezahlt. Die 365 Tage müssen nicht aufeinander folgen.

Am Tag der Entlassung erfolgt keine Zahlung.

##### **4.4.1 - Auszahlung der Leistung**

Die Zahlungen des *Versicherers* erfolgen nach Vorzeigen des Krankenblatts und weiterer Befunde, sofern diese vom *Versicherer* als notwendig erachtet werden.

## **ARTIKEL 5 – Ausschlüsse**

Die Versicherung deckt keine Unfälle infolge

- a) von Kriegsereignissen jeder Art
- b) der Benützung von motorbetriebenen Fahrzeugen oder Wasserfahrzeugen, wenn der *Versicherte* nicht über die vorgeschriebene Befähigung verfügt
- c) von Fallschirmsprüngen und Tauchgängen, auch wenn sie hobbymäßig betrieben werden
- d) der Teilnahme an Wettbewerben - auch als Passagier - mit motorbetriebenen Fahrzeugen oder Booten und den dazugehörigen Trainingsfahrten
- e) eines Flugunfalls, wenn der *Versicherte* an Bord eines nicht autorisierten Flugzeugs oder mit einem nicht befähigten Piloten reist, und in jedem Fall, wenn er als Mitglied der Crew reist. Diese Ausnahme wird außerdem auf den Fall ausgedehnt, in dem sich der *Versicherte* als Fallschirmspringer oder Spezialpilot betätigt (zum Beispiel: Hängegleiter, Heißluftballon, Hubschrauber, Militärflugzeug, etc.). Die Bestimmungen des Artikels 3.2. sind davon unbeschadet.
- f) von strafbaren Handlungen, die vom *Versicherten* vorsätzlich begangen oder versucht werden
- g) von Bewusstseinsstörungen bzw. Trunkenheit, Missbrauch von Psychopharmaka, Einnahme von Suchtgiften oder Halluzinogenen
- h) von chirurgischen Eingriffen, Untersuchungen oder medizinischen Therapien, für die kein Versicherungsfall Anlass war
- i) der Benützung von motorbetriebenen Wasserfahrzeugen für nicht private Zwecke
- j) von natürlichen oder nicht natürlichen energetischen Umwandlungen des Atoms, Beschleunigung der Atompartikel (Kernschmelzung oder -spaltung, radioaktive Isotope, Beschleuniger, Röntgenstrahlen, etc.)
- k) der freiwilligen und aktiven Teilnahme des *Versicherten* an Unruhen und Volksaufständen.

Selbstmord kann in keinem Fall als Unfall anerkannt werden.

Krankheiten können in keinem Fall als Unfall betrachtet werden. Infektionskrankheiten können nicht als Folge eines Unfalls angesehen werden. Das gilt nicht für die Bestimmungen in Artikel 3.1., Punkt g) und h).

#### **5.1 - Unversicherbare Personen**

Unversicherbar sind, unabhängig von der konkreten Erhebung ihres Gesundheitszustandes, Personen, die an Alkoholismus, Drogensucht, AIDS, Epilepsie, Lähmung, Geisteskrankheiten, Delirium tremens oder anderen schweren und dauernden Krankheiten leiden.

Unversicherbar sind darüber hinaus Personen mit über 50% liegender *permanenter Invalidität* und mit dauerhafter Arbeitsunfähigkeit.

Vollständige Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn dem *Versicherten* infolge von Krankheit oder Gebrechen nach medizinischen Gesichtspunkten die Ausübung einer Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann

und auch tatsächlich keine Erwerbstätigkeit vorliegt.

In Einklang mit den Bestimmungen des Artikel 1898 des ital. Zivilgesetzbuches endet die Versicherung mit dem Auftreten von Gründen für die Unversicherbarkeit.

Es gilt als vereinbart, dass Personen, die unter schweren und dauernden Gebrechen, Verstümmelungen oder erheblichen physischen Beeinträchtigungen leiden, nur mit vorheriger Zustimmung des *Versicherers* versicherbar sind.

## ARTIKEL 6 – Anzeige von Versicherungsfällen

Der *Versicherungsfall* muss vom *Versicherten*, dem *Versicherungsnehmer* oder den Berechtigten dem *Versicherer* oder der Agentur, welcher die *Polizze* zugehörig ist, gemäß Artikel 1913 des ital. Zivilgesetzbuches innerhalb von sieben Tagen schriftlich angezeigt werden, nachdem sie davon Kenntnis erlangt haben. Die Nichterfüllung dieser Pflicht kann den gesamten oder teilweisen Verlust auf Anspruch der Versicherungsleistung gemäß Artikel 1915 des ital. Zivilgesetzbuches nach sich ziehen.

Die Anzeige muss Angaben über Ort, Tag, Uhrzeit, Ursache und Hergang enthalten. Der Anzeige beiliegen muss darüber hinaus ein ärztlicher Befund mit Angaben über die Art der Verletzung, die Prognose und die Notwendigkeit einer Spitalseinlieferung oder eines Eingriffs.

Der Verlauf der Verletzungen muss bis zur Heilung durch weitere medizinische Atteste dokumentiert werden.

### 6.1 - Obliegenheiten des Versicherten

Der *Versicherte* hat nach dem *Unfall* geeignete ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen und die Behandlung fortzusetzen, mit dem Ziel, die Unfallschäden zu verringern oder zu beseitigen.

Der *Versicherte*, oder im Todesfall die *Begünstigten*, müssen dem *Versicherer* ausnahmslos alle Untersuchungen und Erhebungen gestatten. Zu diesem Zweck entbinden sie alle Ärzte und Gesundheitseinrichtungen, an die sich der *Versicherte* gewandt hat, von ihrem Berufsgeheimnis.

Der Todesfall des *Versicherten* muss innerhalb von drei Tagen telegrafisch angezeigt werden, auch wenn die Unfallsanzeige bereits erfolgt war.

### 6.2 - Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes

Der *Versicherer* zahlt für die direkten und ausschließlich auf den *Unfall* zurückzuführenden Folgen, die in keinem Zusammenhang mit vorher bestandenen physischen oder pathologischen Bedingungen stehen. Die Auswirkungen des *Unfalls* auf diese Bedingungen sowie die Auswirkungen dieser Bedingungen auf die Unfallverletzungen sind indirekte Folgen und daher nicht versicherbar.

Dennoch gilt als vereinbart:

- a) Wenn die Unfallfolgen auf vom *Versicherungsfall* unabhängige Krankheiten oder Gebrechen zurückzuführen sind, wird die Versicherungsleistung entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens auf die Unfallfolgen vermindert.  
Davon ausgenommen sind die in den Punkten e) und f) des Artikels 3.1 angeführten Ereignisse. Diese Einschränkung findet keine Anwendung auf Fälle, in denen der Anteil auf die obengenannten Folgen unter 25% liegt.
- b) Wenn durch den *Unfall* Teile oder Organe des Körpers betroffen sind, die bereits vorher teilweise beeinträchtigt waren, oder wenn der Versicherungsfall eine vorher bestehende organische Insuffizienz verschlimmert, wird die Versicherungsleistung der Erhöhung des Invaliditätsgrades entsprechen bemessen.
- c) Für organisch bedingte Störungen des Nervensystems wird eine Leistung nur erbracht, wenn und soweit diese Störungen auf eine durch den *Unfall* verursachte organische Schädigung oder auf Epilepsie infolge des Unfalls zurückzuführen sind. Seelische Störungen (Neurosen, Psychoneurosen u.ä.) gelten nicht als Unfallfolgen.
- d) Bei Bandscheibenhernien wird eine Leistung nur erbracht, wenn sie durch direkte mechanische Einwirkung auf die Wirbelsäule entstanden sind und es sich nicht um eine Verschlimmerung von vor dem *Unfall* bestandenen Krankheitserscheinungen handelt.
- e) Für Bauch- und Leistenbrüche jeder Art wird eine Leistung nur erbracht, wenn sie durch eine von außen kommende mechanische Einwirkung direkt herbeigeführt worden sind und nicht anlagebedingt waren.

### **6.3 - Zahlung der Versicherungsleistung**

Der *Versicherer* zahlt die Versicherungsleistung zwei Wochen nach dem Zeitpunkt der Klärung der Ursache des *Versicherungsfalls* und der Höhe der Versicherungsleistung.

Steht die Leistungspflicht nur dem Grunde nach, nicht jedoch in der Höhe fest, kann der *Begünstigte* nach Ablauf eines Monats Vorschüsse bis zur Höhe des Betrags fordern, den der *Versicherer* nach Lage der Sache mindestens zu zahlen haben wird.

Die unvollständige und fehlende Folgeleistung der an den *Versicherten* gestellten Forderungen haben den verspäteten Abschluss des *Versicherungsfalls* zur Folge.

### **6.4 – Freies Schiedsverfahren**

Meinungsverschiedenheiten über den Grad der *dauernden Invalidität* sowie über die Anwendung der Kriterien zur sachlichen Begrenzung des Versicherungsschutzes laut Artikel 6.2 sind schriftlich an eine Ärztekommision zu übergeben. Die Kommission setzt sich aus drei Ärzten zusammen, wobei jede Vertragspartei einen Arzt ihrer Wahl bestimmen darf. Der dritte Arzt wird im gemeinsamen Einverständnis bzw. vom Rat der Ärztekammer bestellt, der für den Ort zuständig ist, an dem die Kommission zusammentritt.

Der Sitz der Ärztekommision liegt in der Gemeinde, in dem sich das gerichtsmedizinische Institut befindet, das dem Wohnsitz des *Versicherten* am nächsten liegt.

Jede Vertragspartei kommt für die Kosten des von ihr gewählten Arztes auf. Die Kosten für dritten Arzt werden unter den Vertragsparteien geteilt.

Die Kommission kann die definitive Feststellung der *dauernden Invalidität* nach eigenem Ermessen auf einen späteren Zeitpunkt innerhalb von zwei Jahren verschieben. In diesem Fall kann die Kommission in der Zwischenzeit die Auszahlung eines Betrag gewähren, der bei der endgültigen Schadensabwicklung angerechnet wird.

Die Entscheidungen der Ärztekommision werden mehrheitlich getroffen. Sie sind von jeder gesetzlichen Förmlichkeit befreit und für alle Vertragsparteien bindend, auch wenn einer der Ärzte die Unterschrift des Protokolls verweigert.

### **6.5 - Eintrittsrecht**

Der *Versicherer* verzichtet zugunsten des *Versicherten* und seiner Berechtigten auf das Eintrittsrecht, das ihm gemäß Artikel 1916 des ital. Zivilgesetzbuches gegenüber am *Unfall* verantwortlichen Dritten zusteht.

Sonderbedingungen für die  
**ZUSATZVERSICHERUNG ZUR PRÄMEINBEFREIUNG  
BEI ZAHLUNGSUNFÄHIGKEIT  
INFOLGE VON KRANKHEIT ODER UNFALL**  
(Tarif 9E / 9I – CPA Merkblatt 54A - Ausgabe 06.2009)

**ARTIKEL 1 – Wirksamkeit**

Die gegenständliche Zusatzversicherung ist nur wirksam, wenn ihre Gültigkeit ausdrücklich auf der *Police* vermerkt ist. Die Zusatzversicherung wird zugunsten der unten definierten Person geschlossen, welche bei Vertragsabschluss nicht älter als 50 Jahre ist:

- wenn der *Versicherte* und der *Versicherungsnehmer* ein und dieselbe natürliche Person sind, wird die Zusatzversicherung auf die natürliche Person „Versicherter-Versicherungsnehmer“ abgeschlossen (Tarif 9E);
- wenn der *Versicherte* und der *Versicherungsnehmer* verschiedene natürliche Personen sind, wird die Zusatzversicherung zugunsten der natürlichen Person „*Versicherungsnehmer*“ abgeschlossen (Tarif 9I).

Der Begriff „*Versicherter*“ bezeichnet in den gegenständlichen *Sonderbedingungen* und einzig in der gegenständlichen Zusatzversicherung die oben definierte natürliche Person, für welche die Zusatzversicherung Wirksamkeit besitzt.

Die Verminderung der Versicherungssumme oder der Rückkauf sind im Rahmen dieser Zusatzversicherung nicht möglich. Darüber hinaus besteht bei dieser Versicherung kein Anspruch auf Gewinnbeteiligung.

**ARTIKEL 2 – Sonderbedingungen**

Auf die Zusatzversicherung finden die *Bedingungen* der Stammversicherung und der zugehörigen *Zusatzbedingungen* Anwendung, sofern sie mit den gegenständlichen *Sonderbedingungen* vereinbar sind und nicht durch diese aufgehoben werden.

**2.1 - Vertragslaufzeit**

Die Zusatzversicherung hat die selbe Laufzeit wie die Stammversicherung.

Die Zusatzversicherung endet in jedem Fall spätestens am Ende jenes Versicherungsjahres, in dem der „*Versicherte*“ das 65. Lebensjahr vollendet.

Sobald der „*Versicherte*“ dieses Alter erreicht hat, endet die Versicherung bei der ersten jährlichen Fälligkeit der *Prämie*. Das allfällige Inkasso von danach fälligen Prämien, die in einem solchen Fall vor Steuern erstattet werden, kann die Versicherung auf keinen Fall verlängern.

**2.2 - Prämie**

Die Erbringung der Leistung aus der Zusatzversicherung erfolgt nach Vorauszahlung der auf der *Police* angeführten Jahresprämie. Diese *Prämie* kann von der Gesamtprämie der *Police* nicht getrennt werden.

Die Entrichtung der *Prämie* einschließlich aller Nebengebühren und der Versicherungsteuer erfolgt in der selben Rateinteilung wie die Stammversicherung und ab Beginn des Vertrages und während seiner vereinbarten Dauer beziehungsweise bis zum Ablebensfall des „*Versicherten*“, falls dieser vor Vertragsende eintritt.

**2.3 - Erlöschen der Zusatzversicherung**

Die Versicherung erlischt

- a) bei Unterbrechung oder Einstellung der Prämienzahlung der Zusatzversicherung aus jedwedem Grund
- b) bei Unterbrechung oder Einstellung der Prämienzahlung der Stammversicherung aus jedwedem Grund, mit Ausnahme der Befreiung von der Prämienzahlung
- c) am Ende des Versicherungsjahres, in dem der „*Versicherte*“ das 65. Lebensjahr vollendet.

Die *Prämien* gebühren dem *Versicherer*.

Im Falle der Wiederherstellung der erloschenen oder prämienfrei gestellten Stammversicherung und der

neuerlichen Gültigkeit der Zusatzversicherung können für Ereignisse, die während der Unterbrechung des Versicherungsschutzes eingetreten sind, keine Ansprüche aus der Zusatzversicherungen erhoben werden.

### ARTIKEL 3 – Versicherungsleistung

Bei vollständiger Arbeitsunfähigkeit infolge einer *Krankheit* oder eines *Unfalls* ist der „*Versicherte*“ von der Prämienzahlung befreit. Die Befreiung wird ab dem 43. Tag der ununterbrochenen Arbeitsunfähigkeit wirksam und bleibt während der gesamten Dauer der Arbeitsunfähigkeit aufrecht.

#### 3.1 - Definition der Arbeitsunfähigkeit

Unter Arbeitsunfähigkeit versteht man den gänzlichen Verlust der Fähigkeit des „*Versicherten*“, seiner Erwerbstätigkeit oder einer anderen, seiner Eignung entsprechenden Arbeit nachzugehen, sofern dieser Verlust zurückzuführen ist auf

- eine klar erkennbare *Krankheit*,
- einen *Unfall*
- eine Verminderung der psychischen und physischen Fähigkeiten.

Gemäß den gegenständlichen *Sonderbedingungen* und unter Berücksichtigung weiblicher „*Versicherter*“ gilt auch die Führung eines Haushalts und die Obsorge über die Familie als Beruf oder Erwerbstätigkeit. Schwangerschaft und Geburtsfolgen gelten nicht als *Krankheit*.

### ARTIKEL 4 – Einschränkungen

Die Zusatzversicherung deckt weder den teilweisen Verlust der Arbeitsfähigkeit noch die Folgen aus:

- a) vorsätzlicher Selbstverstümmelung, Körperverletzungen durch grobe Fahrlässigkeit, Selbstmordversuch
- b) Krankheiten oder Körperverletzungen infolge der aktiven Teilnahme an Kriegshandlungen, Aufständen, Unruhen und bürgerkriegsähnlichen Ausschreitungen
- c) vorsätzlich herbeigeführten Krankheiten oder Kräfteverfall
- d) einem vom „*Versicherten*“ begangenen Vorsatzdelikt.

Nicht versichert sind außerdem Krankheiten und Körperverletzungen infolge

- e) der Führung von motorbetriebenen Fahrzeugen oder Wasserfahrzeugen, sofern der Versicherte nicht über die entsprechende Befähigung verfügt;
- f) von Fallschirmsprüngen und Tauchgängen, auch wenn sie hobbymäßig betrieben werden;
- g) der Teilnahme an Wettbewerben - auch als Fahrgast - mit motorbetriebenen Fahrzeugen oder Wasserfahrzeugen und den dazugehörigen Trainingsfahrten;
- h) der Betätigung als Pilot, unabhängig vom Flugzeugtyp;
- i) der Benutzung - auch als Fahrgast - eines Sonderflugzeugs wie zum Beispiel: Hängegleiter, Heißluftballons und ähnliche Flugobjekte ohne jede Ausnahme;
- j) von Vorsatzdelikten, die vom „*Versicherten*“ versucht oder begangen werden;
- k) von Trunkenheit, Missbrauch von Psychopharmaka, Drogen oder Halluzinogenen;
- l) natürliche oder nicht natürliche energetische Umwandlung des Atoms, Beschleunigung der Atompartikel (Kernschmelzung oder -spaltung, radioaktive Isotope, Beschleuniger, Röntgenstrahlen, etc.), Nuklearkatastrophe.

#### 4.1 - Sportliche Betätigung

Nicht versichert ist die Ausübung der folgenden Sportarten:

Boxen, Schwerathletik, Kampfsportarten im allgemeinen, Lenkschlitten, Bergsteigen (ab Grad III), Free Climbing, Alpinski, Schanzensprünge auf Ski oder Wasserski, Canyoning, Höhenwanderungen, Rafting, Rugby, American Football, Jumping, Inlinehockey, Motorbootsport, Autosport, Motorradsport, Bob, Eishockey, Flugsport im allgemeinen, Hochseesegeln.

### ARTIKEL 5 – Anzeige der Arbeitsunfähigkeit und Ansuchen um Anerkennung

Nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit muss der „*Versicherte*“ innerhalb von vier Wochen ab Ablauf des Freistellungszeitraums den *Versicherer* schriftlich mittels Einschreiben davon in Kenntnis setzen und um Anerkennung ansuchen.

Der Mitteilung beigelegt sein muss ein detaillierter ärztlicher Befund mit Angaben zur Ursache und Verlauf der *Krankheit* oder Verletzung, die zur Arbeitsunfähigkeit geführt haben, sowie allfällige Befunde von Gesundheitseinrichtungen, an die sich der „Versicherte“ gewendet hat und weitere, nach Ermessen des *Versicherers* notwendige Befunden.

Aus dem Befund muss das Datum ersichtlich sein, an dem die Arbeitsunfähigkeit eingetreten ist sowie deren voraussichtliche Dauer.

Die Nichterfüllung dieser Pflicht kann den gesamten oder teilweisen Verlust auf Anspruch der Versicherungsleistung gemäß Artikel 1915 des ital. Zivilgesetzbuches nach sich ziehen.

### **5.1 - Obliegenheiten des „Versicherten“**

Der „Versicherte“ muss dem *Versicherer* alle sachdienlichen Hinweise über die Ursache und die Folgen der Arbeitsunfähigkeit liefern und die Durchführung aller nach Ermessen des *Versicherers* erforderlichen Untersuchungen und Erhebungen gestatten. Zu diesem Zweck entbindet der „Versicherte“ alle Ärzte, an die er sich aus jedwedem Grund gewandt hat, von ihrem Berufsgeheimnis.

Innerhalb von 30 Tagen nach Erhalt der gesamten Dokumentation teilt der *Versicherer* dem „Versicherten“ schriftlich mit, ob die Arbeitsunfähigkeit anerkannt und die Prämienfreistellung gewährt wird.

Bei Anerkennung der Freistellung hat der *Versicherer* bei jeder Prämienfälligkeit das Recht, vom „Versicherten“ weitere ärztliche Befunde zu verlangen, welche das ununterbrochene Fortbestehen der vollständigen Arbeitsunfähigkeit attestieren, und zwar solange, bis nicht eine dauernde Arbeitsunfähigkeit festgestellt wird.

Der *Versicherer* kann darüber hinaus zu jeder Zeit und auf eigne Kosten die Untersuchung des „Versicherten“ durch einen Vertrauensarzt verlangen.

### **5.2 - Verspätete Anzeige**

Im Falle der Anzeige nach Ablauf der in Art. 5 erwähnten Frist erfolgt die Leistungserbringung ab dem Zeitpunkt der Meldung, vorausgesetzt, dass der *Versicherer* den Status der vollständigen Arbeitsunfähigkeit anerkennt und dieser zum gegebenen Zeitpunkt weiterhin besteht.

### **5.3 - Pflichten des Versicherten nach Ende der Arbeitsunfähigkeit**

Innerhalb von vier Monaten nach Ende der vollständigen Arbeitsunfähigkeit muss der „Versicherte“ den *Versicherer* davon in Kenntnis setzen. Dieser Mitteilung ist ein ärztlicher Befund beizulegen.

### **5.4 - Nichterfüllung der Pflichten des „Versicherten“**

Wenn der „Versicherte“ seinen in Art. 5 definierten Pflichten im Anschluss an die Anerkennung und die Beendigung der Arbeitsunfähigkeit nicht zur Gänze nachkommt, erlischt der Anspruch auf Prämienfreistellung rückwirkend bis zu jenem Zeitpunkt, den der *Versicherer* als Beginn der Arbeitsunfähigkeit festgelegt hatte.

In diesem Fall ist der „Versicherte“ verpflichtet, dem *Versicherer* alle freigestellten Beträge zu erstatten, so als wäre die gegenständliche Versicherung nie gültig gewesen.

## **ARTIKEL 6 – Leistungserbringung**

Bei Feststellung des Anspruchs auf Prämienfreistellung zieht der *Versicherer* für jeden Tag der Arbeitsunfähigkeit den 365. Teil der vertraglich vereinbarten Jahresprämie von der geschuldeten *Prämie* ab, unter Bezugnahme auf das Versicherungsjahr, in das der Tag der Freistellung fällt.

Die wie oben berechnete freigestellte *Prämie* versteht sich einschließlich der Versicherungssteuer und allfälliger Zuschläge bei unterjähriger Prämienzahlung.

Die Zinsen für Darlehen auf die Stammversicherung sind in der freigestellten *Prämie* nicht enthalten.



Sonderbedingungen zur  
**PRÄMIENBEFREIUNG**  
**MIT VERSCHIEBUNG DES VERTRAGSABLAUFES**  
**BEI ARBEITSLOSIGKEIT**  
(CPA Merkblatt 64A - Ausgabe 06.2009)

**ARTIKEL 1 - Wirksamkeit**

**1.1** – Diese Versicherung ist im Falle einer versicherten Person, die im Polizzendokument angegeben ist, wirksam, wobei diese dem Versicherungsnehmer zustimmen muss und bei Vertragsabschluss nicht älter als 34 Jahre sein darf.

**1.2** – Falls nicht anders bestimmt, finden die Allgemeinen Versicherungsbedingungen gleichsam Anwendung. Allfällige Bestimmungen über eine Gewinnbeteiligung der Hauptversicherung gelten nicht.

**ARTIKEL 2 – Versicherungsleistung**

**2.1** – Nach Maßgabe der nachfolgenden Bestimmungen kann der Versicherte ab dem 3. Versicherungsjahr eine Befreiung von der Prämienzahlungspflicht für die Hauptversicherung und die eventuell eingeschlossene Versicherung für den Ablebensfall für genau ein Jahr verlangen, wenn er arbeitslos wird.

**2.2** – Für die gesamte obenvereinbarte Versicherungsdauer bleibt der Versicherungsschutz der Hauptversicherung für den Ablebensfall unverändert aufrecht. Der Versicherungsschutz einer allfällig eingeschlossenen temporären Ablebensversicherung (Risikozusatzversicherung) bleibt bis zu einer Versicherungssumme von max. 50% der Versicherungssumme der Hauptversicherung ebenfalls unverändert aufrecht. Der Versicherungsschutz einer allfällig eingeschlossenen Unfallversicherung und weiterer allfällig eingeschlossener Zusatzversicherungen entfällt während dieses Jahres.

**2.3** – Während dieses Jahres führt der allfällig eingeschlossene Anpassungsbrief zu keine Erhöhung der vereinbarten Prämie.

**2.4** – Während dieses Jahres werden Ihrem Vertrag keine Gewinnanteile gutgeschrieben.

**2.5** – Nach dem Jahr der Prämienbefreiung wird der Vertrag – um ein Jahr verschoben – so fortgesetzt, wie sein Stand am Beginn der Prämienbefreiung war. Insbesondere verschiebt sich der Ablauf des Vertrages um ein Jahr.

**ARTIKEL 3 – Begriffsbestimmung Arbeitslosigkeit**

**3.1** – Gemäß dieser besonderen Bedingungen gilt als Arbeitslosigkeit, wenn der Versicherte beim Arbeitsamt als arbeitslos und als Arbeitssuchender gemeldet sind, bzw. einen Anspruch auf Arbeitslosengeld hat bzw. diesen bereits ausgeschöpft hat.

**ARTIKEL 4 – Wiederholte Arbeitslosigkeit**

Bei wiederholter Arbeitslosigkeit kann die Leistung ein zweites Mal in Anspruch genommen werden, wenn zwischen den beiden Jahren der Prämienbefreiung zumindest ein Jahr liegt, in dem die Prämie voll bezahlt wurde. Für die Fortsetzung des Vertrages nach dem zweiten Jahr der Prämienfreistellung gilt Art. 2.5) sinngemäß, insbesondere verschiebt sich dadurch der Ablauf des Vertrages um insgesamt 2 Jahre.

**ARTIKEL 5 – Anzeige des Versicherungsfalls**

Bei Arbeitslosigkeit gemäß Art. 3.1 muss der Versicherte eine vom Arbeitsamt ausgestellte Erklärung vorzeigen, in der Arbeitslosigkeit und Arbeitssuche bestätigt werden, bzw. der Anspruch auf Arbeitslosengeld.

Sonderbedingungen für die  
**PRÄMIENANPASSUNG**  
(CPA Merkblatt 56A – Ausgabe 06.2009)

**ARTIKEL 1 - Wirksamkeit**

Die Bestimmungen der gegenständlichen Anlage gelten, sofern sie vom *Versicherungsnehmer*

- vor Abschluss des Vertrags, beziehungsweise
- jedes Jahr zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses mit einer Vorankündigung von 90 Tagen ausdrücklich gefordert wurden.

**1.1 - Sonderbedingungen**

Auf die gegenständlichen Anlage finden die *Bedingungen* der Stammversicherung Anwendung, sofern sie mit den gegenständlichen *Sonderbedingungen* vereinbar sind und von diesen nicht aufgehoben werden.

**ARTIKEL 2 – Bezugsindex**

Die *Prämie* unterliegt einer jährlichen Anpassung auf der Grundlage des Allgemeinen Nationalen Verbraucherpreisindex für Arbeiter- und Angestelltenfamilien (vormals „Lebenshaltungskosten“), der vom Statistischen Zentralamt gemäß den unten angeführten Bestimmungen ermittelt wird.

Wird der oben genannte Index nicht mehr veröffentlicht, so ist der an seine Stelle tretende Index heranzuziehen.

**ARTIKEL 3 – Prämienanpassung**

Die Prämienanpassung erfolgt zu den folgenden Bedingungen:

- a) Dem Vertrag wird der durchschnittliche Index jenes Kalenderjahres zugewiesen, das dem Datum der Wirksamkeit des Vertrages vorangeht, wenn das Datum der Wirksamkeit auf die letzten zwei Drittel des Kalenderjahres fällt.  
Wenn das Datum der Wirksamkeit in das erste Jahresdrittel fällt, wird dem Vertrag der durchschnittliche Index des zweitvorangegangenen Jahres zugewiesen.
- b) Die erste Anpassung erfolgt durch die Gegenüberstellung des in a) erwähnten Indexes mit jenem des vorangegangenen Jahres, wobei die *Prämie* anteilmäßig erhöht wird.
- c) Die Erhöhungen erfolgen ab der ersten Fälligkeit der ersten auf den Vertragsabschluss folgenden *Prämie*, die auf das Jahr der Anpassung folgt und nur solange die Vertragsrestdauer von mindestens 5 Jahre beträgt.  
Danach erfolgt keine Anpassung mehr.
- d) Die weiteren Prämienanpassungen erfolgen analog, wobei die letzte angepasste Prämie gemäß den Bestimmungen der vorherigen Punkte erhöht wird.
- e) Wenn der in Punkt b) erwähnte Vergleich eine unter 4% liegende Erhöhung ergibt, wird die Prämie um 4% erhöht.
- f) Der Prozentsatz der Erhöhung wird auf eine Dezimale gerundet.

**3.1 - Anpassung der Leistung**

Die Prämienhöhung wird vom *Versicherer* als Inventarprämie einer Zusatzversicherung auf der Basis des Tarifs der Stammversicherung, des Alters des Versicherten zum Zeitpunkt der Anpassung und der Restdauer des Vertrages ohne vorherige Überprüfung des Gesundheitszustands vorgenommen.

Die Leistung jeder Zusatzpolizze wird zur Leistung von anderen, aufgrund von vorherigen Anpassungen ausgestellten Zusatzpolizzen und jener der Stammpolizze hinzugerechnet.

Die Anpassung der Zusatzversicherungen wird in Artikel 5.2 der gegenständlichen *Sonderbedingungen* geregelt.

Am Ende jedes Versicherungsjahres gibt der *Versicherer* einen Zusatz zur Polizze heraus, auf dem die *Prämie* für das folgende Versicherungsjahr und die neue Versicherungssumme ausgewiesen ist.

## ARTIKEL 4 – Erlöschen der Anpassung

Der *Versicherungsnehmer* kann die Anpassung auch im Wege der Rückstellung des erwähnten Zusatzes an den *Versicherer* innerhalb eines Monats ab Erhalt desselben verweigern. Bei Verweigerung der Anpassung während zwei aufeinander folgender Jahre versteht sich der Anspruch auf Anpassung als erloschen.

Die Anpassung erlischt außerdem

- bei mehr als dreimonatiger Verspätung der Prämienzahlung
- oder bei Prämienfreistellung gemäß den *Sonderbedingungen* der Zusatzversicherung.

## ARTIKEL 5 – Weitere Zusatzbedingungen

Auf die Leistungen des gegenständlichen Anhangs finden außerdem die im Folgenden angeführten *Zusatzbedingungen* Anwendung:

### **5.1 - Versicherungsbedingungen, Optionen bei Vertragsende, Gewinnbeteiligung**

Die Allgemeinen und Besonderen Versicherungsbedingungen für den Vertrag, auf den sich die gegenständlicher Anhang bezieht, die Optionen bei Vertragsende und die Bedingungen zur Gewinnbeteiligung finden auch auf die Leistungszuschläge Anwendung, die aus der Prämienanpassung resultieren.

Die Bedingungen hinsichtlich der Einschränkung der Versicherung bei unvollständigen oder unrichtigen Angaben oder bei Selbstmord verlieren ihre Wirksamkeit zur gleichen Zeit wie jene des Referenzvertrags.

Die Zuweisung von Gewinnen infolge jeder Prämienerrhöhung erfolgt gemäß den Modalitäten und den *Bedingungen* der Stammversicherung und unter Berücksichtigung der restlichen *Vertragsdauer*.

### **5.2 - Zusatzversicherungen**

Im Falle von Zusatzversicherungen zum Vertrag gilt als vereinbart:

- a) Bei Zusatzversicherungen, deren Leistung anteilsmäßig an jener der Stammversicherung bemessen wird, wächst die Leistung der Zusatzversicherung im selben Maße wie die Leistung der Stammversicherung. Die daraus resultierende Prämienerrhöhung wird anhand des Tarifs der Zusatzversicherung errechnet.
- b) Bei Zusatzversicherungen, deren *Prämie* anteilsmäßig an jener der Stammversicherung bemessen wird, wächst die *Prämie* der Zusatzversicherung im selben Maße wie die Prämie der Stammversicherung. Die daraus resultierende Leistungserhöhung wird anhand des Tarifs der Zusatzversicherung errechnet.

## DEFINITIONEN

<b>Allgemeine Versicherungsbedingungen:</b>	Im Versicherungsvertrag enthaltene Grundklauseln, welche die allgemeinen Aspekte des Vertrags wie z.B. Prämienzahlung, Versicherungsbeginn und Laufzeit betreffen. Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) können durch Zusatz- und Sonderbedingungen ergänzt werden.
<b>Anhang:</b>	Dokument, das integrierender Bestandteil des Vertrags ist und gemeinsam mit dem Vertrag oder auch später als dieser ausgestellt wird, um einige Aspekte des Vertrags abzuändern. Dies geschieht in jedem Fall im Einklang zwischen Versicherung und Versicherungsnehmer.
<b>Begünstigter:</b>	Vom Versicherungsnehmer in der Polizza angegebene natürliche oder juristische Person, die bei Eintritt des Versicherungsfalls zum Bezug der Leistungen berechtigt ist. Begünstigter und Versicherer bzw. Versicherungsnehmer können, müssen aber nicht ein und die selbe Person sein.
<b>Dauernde Invalidität:</b>	Dauerhafter, definitiver, unwiederbringlicher und vollständiger oder teilweiser Verlust der Fähigkeit des Versicherten, infolge eines Unfalls, unabhängig von seinem Beruf, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen.
<b>Deckungsrückstellung:</b>	Betrag, welchen der Versicherer jedes Jahr zurück legen muss, um den künftigen, aus dem Vertrag erwachsenden Verpflichtungen nachzukommen.
<b>Gezillmerte Deckungsrückstellung:</b>	Betrag der Deckungsrückstellung vermindert durch die noch zu tilgende (und vom Kunden einzuholende) Abschlussprovision.
<b>Heil- und Pflegeanstalt:</b>	Ordnungsgemäß zum Krankenhausbetrieb zugelassene Gesundheitseinrichtung mit der Ausnahme von Kureinrichtungen, Reha-Kliniken, Pflegeheimen, betrieblichen Gesundheitseinrichtungen, Heilanstalten für Lungen- oder chronische Krankheiten, psychiatrischen Anstalten, Geriatriespitalern.
<b>Inventarprämie:</b>	Summe der reinen Prämie (tarifliche Prämie nach Abzug aller Kosten) und der Verwaltungskosten.
<b>ISVAP:</b>	„Istituto per la Vigilanza delle Assicurazioni Private di Interesse Collettivo“ (Versicherungsaufsichtsbehörde)
<b>Krankheit:</b>	Veränderung des Gesundheitszustandes, die nicht infolge eines Unfalls auftritt.
<b>Leibrente:</b>	Rente, die bis zum Ableben des Versicherten auszuzahlen ist.
<b>Polizze:</b>	Dokument, welches das Bestehen des Versicherungsvertrags beweist.
<b>Prämie:</b>	Dem Versicherer gebührende geldwerte Leistung für die Stammversicherung und allfällige Zusatzversicherungen.
<b>Rechnungzinssatz / technischer Zinssatz:</b>	Jährlicher Ertragssatz, welcher in der Anfangsrechnung der Leistungen gegenüber der eingezahlten Prämie angewandt wird.
<b>Sonderbedingungen:</b>	Gesamtheit der Vertragsklauseln, anhand derer die in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen enthaltenen Grundklauseln eingeschränkt bzw. erweitert werden.
<b>Sportliche Tätigkeit:</b>	Sportliche Freizeitaktivitäten.
<b>Stammversicherung:</b>	Vom Vertrag vorgesehene Versicherung auf Grund derer der Versicherer sich verpflichtet, die versicherte Leistung zu Gunsten des Begünstigten zu erbringen. Die Stammversicherung kann durch weitere Leistungen ergänzt werden, wobei man von Zusatzversicherungen spricht.

<b>Stationäre Aufnahme:</b>	Eine oder mehrere Nächtigungen in einer öffentlichen oder privaten Heil- und Pflegeanstalt
<b>Termfix-Versicherung:</b>	Der Versicherer garantiert die Auszahlung des versicherten Kapitals bei Vertragsablauf, sowohl im Erlebens- als auch im Ablebensfall, solange alle Raten über die gesamte Prämienzahlungsdauer hinweg bzw. bis zum Ableben des Versicherten vor Vertragsablauf eingezahlt wurden.
<b>Unfall:</b>	Ereignis, das durch Zufall, gewaltsam und durch äußere Einflüsse stattfindet und zu körperlichen Verletzungen führt, die objektiv feststellbar sind und den Tod oder die dauernde Invalidität des Verunglückten nach sich ziehen.
<b>Versicherer:</b>	Die „Wiener Städtische Versicherung A.G. Vienna Insurance Group“.
<b>Versicherter:</b>	Natürliche Person, deren Leben versichert wird. Versicherungsnehmer und Versicherter können, müssen aber nicht ein und die selbe Person sein. Die vertraglich vorgesehenen Leistungen hängen von Alter, Geschlecht und Lebensumständen des Versicherten ab.
<b>Versicherungsantrag:</b>	Dokument, mit dem der Versicherungsnehmer auf der Grundlage der darin genannten Konditionen einen Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrags stellt.
<b>Versicherungsbeginn:</b>	In der Polizze ausgewiesenes Bezugsdatum für die Berechnung der vertraglichen Leistungen.
<b>Versicherungsfall:</b>	Das Eintreten eines Ereignisses, für welches eine Versicherungsleistung vorgesehen ist.
<b>Versicherungsjahr:</b>	In vollen Jahren berechnete Zeitspanne ab Versicherungsbeginn.
<b>Versicherungsnehmer:</b>	Natürliche oder juristische Person, die den Versicherungsvertrag abschließt und sich zur Zahlung der vereinbarten Prämien verpflichtet. Versicherungsnehmer und Versicherter bzw. Begünstigter können, müssen aber nicht ein und die selbe Person sein.
<b>Vertragsdauer/ Vertragslaufzeit:</b>	Die in Jahren ausgedrückte Zeitspanne, die zwischen Beginn und Ablauf der Wirksamkeit des Vertrags liegt.
<b>Zusatzbedingungen:</b>	Vertragsklauseln, die die Allgemeinen Versicherungsbedingungen ergänzen und ein integrierender Bestandteil derselben sind, sofern auf der Polizze angeführt werden.

# INFORMATION ZUR VERARBEITUNG VON PERSONENBEZOGENEN DATEN

## INFORMATION ZUR VERARBEITUNG VON PERSONENBEZOGENEN DATEN GEMÄSS ART. 13 DES GESETZESDEKRETS NR. 196/2003 "DATENSCHUTZGESETZ"

In Anwendung der Gesetzgebung im Bereich Datenschutz, informieren wir Sie über die Verwendung Ihrer personenbezogenen Daten und über Ihre Rechte, gemäß Art. 13 des Gesetzesdekrets vom 30. Juni 2003, Nr. 196 (im Folgenden „Gesetz“ genannt).

### **1 - Verarbeitung von personenbezogenen Daten zu Versicherungszwecken <sup>(1)</sup>**

Um Ihnen die gewünschten bzw. zu Ihren Gunsten vorgesehenen Dienstleistungen bzw. Versicherungsprodukte anbieten zu können, muss unsere Gesellschaft über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten verfügen. Es handelt sich hierbei um Daten, die bei Ihnen oder bei anderen Personen eingeholt worden sind<sup>(2)</sup> bzw. Daten, die von Ihnen oder dritten Personen gemäß gesetzlichen Vorschriften übermittelt worden sind<sup>(3)</sup>. Die Gesellschaft muss diese Daten gemäß den gewöhnlichen und zahlreichen Tätigkeiten und operativen Modalitäten der Versicherung verarbeiten.

Wir bitten Sie daher, uns Ihre Zustimmung zur Verarbeitung Ihrer Daten, die für die Erbringung der oben genannten Dienstleistungen bzw. Versicherungsprodukte unbedingt notwendig sind, zu geben.

Die erbetene Zustimmung bezieht sich auch auf die eventuell sensiblen personenbezogenen Daten<sup>(4)</sup>, die unmittelbar die Erbringung oben genannter Dienstleistungen bzw. Versicherungsprodukte betreffen, deren Verarbeitung, wie auch die Verarbeitung sonstiger besonders geschützter Datenkategorien<sup>(5)</sup>, konkret im Rahmen der absoluten Notwendigkeit von den entsprechenden allgemeinen Genehmigungen der Datenschutzaufsichtsbehörde zugelassen ist.

Außerdem können oder müssen die Daten, ausschließlich für die oben genannten Zwecke und immer auf die genaue Zuständigkeit im Bezug auf das spezifische Verhältnis zwischen Ihnen und unserer Gesellschaft begrenzt, je nach Fall, an andere Subjekte im Versicherungsbereich gemeldet werden, die eine rein organisatorische Funktion ausüben oder als selbständige Gesellschaftseigentümer in Italien oder im Ausland als öffentliche Einrichtung tätig sind und so alle zusammen die „Versicherungskette“ darstellen<sup>(6)</sup>.

Die erbetene Zustimmung bezieht sich daher, sowohl auf unsere Meldungen und Übertragungen, als auch auf die spezifischen Verarbeitungen, Meldungen und Übertragungen innerhalb der „Versicherungskette“, die von oben genannten Personen durchgeführt werden.

Wir weisen darauf hin, dass wir ohne Ihre Daten die genannten Dienstleistungen bzw. Versicherungsprodukte weder im Ganzen noch zum Teil anbieten können.

### **2 – Verarbeitung von personenbezogenen Daten für Marktforschungen bzw. Werbezwecke**

Wir bitten Sie, uns Ihre Zustimmung zur Verarbeitung Ihrer Daten seitens unserer Gesellschaft zu geben, damit wir die Qualität der Dienstleistungen oder die Wünsche der Kunden ermitteln, Marktforschungen und statistische Untersuchungen durchführen und Werbung zu Dienstleistungen bzw. Produkten anstellen können.

Wir weisen darauf hin, dass die Zustimmung in diesem Fall völlig freiwillig ist und dass Ihre eventuelle Ablehnung keinerlei Auswirkung auf die Erbringung der in diesem Informationsblatt angegebenen Dienstleistungen bzw. Versicherungsprodukte hat.

Demzufolge können Sie, je nachdem, ob Sie an den oben erläuterten Gelegenheiten interessiert sind oder nicht, frei Ihre Zustimmung zur Verarbeitung der Daten erteilen oder verweigern, indem Sie das entsprechende Kästchen im *dafür vorgesehenen Feld „Datenschutz“ auf dem Versicherungsantrag ankreuzen*.

### **3 – Art der Verarbeitung der personenbezogenen Daten**

Die Daten werden von unserer Gesellschaft – Inhaber der Verarbeitung – nur unter den Bedingungen und Verfahren (auch mit Informationstechnik und Telematik) verarbeitet<sup>(7)</sup>, die für die Erbringung der beantragten oder vorgesehenen Dienstleistungen bzw. Versicherungsprodukte absolut notwendig sind, oder, falls Sie zugestimmt haben, für Marktforschungen, statistische Umfragen und Werbeaktivitäten; es wer-

den die selben Verfahrensweisen und Prozeduren verwendet auch wenn die Daten – in Italien oder im Ausland – für oben genannte Zwecke an Subjekte gemeldet werden, die in diesem Informationsblatt schon angegeben sind und die ihrerseits verpflichtet sind, diese Daten nur mit den Verfahrensweisen und Prozeduren zu verarbeiten, die für die spezifischen Zwecke absolut notwendig sind, die in diesem Informationsblatt angegeben sind und den Vorschriften entsprechen.

In unserer Gesellschaft werden die Daten von all unseren Angestellten und Mitarbeitern verarbeitet, die im Rahmen ihrer jeweiligen Funktionen und der erteilten Anweisungen, und zwar jeweils nur für die Erlangung der in diesem Informationsblatt angegebenen Zwecke; dasselbe geschieht bei den in diesem Informationsblatt bereits genannten Subjekten, an die die Daten übermittelt werden.

Für einige Aktivitäten verwenden wir – teilweise auch im Ausland tätige – Subjekte, die wir als vertrauenswürdig betrachten und die in unserem Namen technische oder organisatorische Aufgaben ausüben<sup>(8)</sup>; dasselbe ist mit den in diesem Informationsblatt bereits genannten Subjekten, an die die Daten übermittelt werden.

Die oben schon mehrmals erbetene Zustimmung beinhaltet selbstverständlich auch die hier angegebenen Verfahrensweisen, Prozeduren, Meldungen und Übertragungen.

#### **4 – Inhaber und Verantwortlicher der Datenverarbeitung**

Inhaber der Datenverarbeitung ist die Wiener Städtische Versicherung A.G. Vienna Insurance Group mit Rechtssitz in Wien – Schottenring 30 (Österreich).

GENERALVERTRETUNG FÜR ITALIEN: Via Vittor Pisani, 27 – 20124 Milano

DIREKTION FÜR ITALIEN: Via Cristoforo Colombo, 149 – 00147 Roma – Tel. 06-510701 – Fax 06-51070129.

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung ist Herr Dr. Paolo Masci, dienstansässig bei der Direktion für Italien, Via Cristoforo Colombo 149, Rom. Die Liste der sonstigen Verantwortlichen kann auf telefonische bzw. schriftliche Anfrage unter der Nummer 06-510701 (Telefon) bzw. 06-51070129 (Fax) hin eingesehen werden.

#### **5 - Rechte des Betroffenen**

Sie haben das Recht, jederzeit zu erfahren, welche Ihrer Daten bei den einzelnen Behandlungsinhabern vorliegen, d.h. bei unserer Gesellschaft oder bei den oben genannten Subjekten, denen wir diese gemeldet haben, und wie diese verwendet werden; Sie haben außerdem das Recht, diese aktualisieren, ergänzen, ausbessern oder löschen zu lassen, deren Sperre zu beantragen oder deren Behandlung zu verweigern<sup>(9)</sup>.

Für die Ausübung Ihrer Rechte und für detailliertere Informationen über die Subjekte oder Subjektklassen, denen die Daten gemeldet worden sind oder die diese als Verantwortliche oder Beauftragte erfahren, können Sie sich an unseren Verantwortlichen für Kontrollen durch Betroffene wenden: Wiener Städtische A.G. – Direzione per l'Italia, Servizio Privacy, Via Cristoforo Colombo 149 – 00147 Roma, Telefon +39-06-5107011, Fax +39-06-51070129, E-Mail [wienner@wienneritalia.com](mailto:wienner@wienneritalia.com)<sup>(10)</sup>.

***\*Gemäß den obigen Erläuterungen können Sie Ihre Zustimmung - für die spezifische Verarbeitung, einschließlich Meldungen und Übertragungen, die von unserer Gesellschaft durchgeführt werden, und für die gleichfalls spezifische Verarbeitung, einschließlich Meldungen und Übertragungen, die von den Subjekten der „Versicherungskette“ durchgeführt werden - erteilen, indem Sie in dem im Antragsformular dafür vorgesehenen Kästchen „Datenschutz“ unterschreiben.***

#### **ANMERKUNGEN**

- 1) Der „Versicherungszweck“ verlangt zwangsmäßig, auch in Betracht der Empfehlung des Europarats REC(2002)9, dass die Daten zu folgenden Zwecken verarbeitet werden: Erstellung und Abschluss von Versicherungspolizzen; Aufnahme der Prämien; Auszahlung von Versicherungsleistungen; Rückversicherung; Mitversicherung; Vorsorge von und Ermittlung bei Versicherungsbetrug und entsprechende Rechtsverfahren; Verfassung, Ausübung und Schutz der Rechte des Versicherers; Erfüllung von weiteren spezifischen rechtlichen oder vertraglichen Verpflichtungen; Analyse von neuen Versicherungsmärkten; Verwaltung und interne Kontrolle; Statistik.
- 2) Zum Beispiel: weitere Subjekte in Bezug auf Ihr Vertragsverhältnis (Versicherungsnehmer von Versicherungen, in denen Sie als Versicherte Person, Bezugsberechtigter usw. erscheinen; Mitobligation); weitere Versicherungsmitarbeiter (wie Agenten, Versicherungsmakler, Versicherungsgesellschaften usw.); Subjekte, die, um Ihre Anfragen zu beantworten (wie Versicherungsschutz, Leistungsabwicklung usw.), Handelsinformationen

liefern; assoziative und genossenschaftliche Organe des Versicherungsbereiches (s. Anm. 6, Abs. 4-5); weitere öffentliche Einrichtungen (s. Anm. 6, Abs. 6-7).

- 3) Zum Beispiel gemäß dem Geldwäsche-Gesetz.
- 4) d.h. Daten gemäß Art. 4, Abs. 1, Buchstabe d), des Gesetzes, wie Daten bezüglich des Gesundheitszustandes, politische, gewerkschaftliche und religiöse Ansichten.
- 5) Zum Beispiel: Daten bezüglich Rechtsverfahren oder Ermittlungen.
- 6) Gemäß dem spezifischen Versicherungsverhältnis können die Daten an einige der folgenden Subjekte gemeldet werden:
  - Versicherer, Mitversicherer (im Vertrag angegeben) und Rückversicherer; Agenten, Subagenten, Versicherungsvermittler und Rückversicherungsvermittler, Vermittler, und weitere Abschlusskanäle; Banken, Kapitalverwaltungsgesellschaften, Anlagevermittler; Rechtsanwälte; Sachverständige (auf der Einladung angegeben);
  - Dienstleistungsgesellschaften für Quittungen; Dienstleistungsgesellschaften, denen die Verwaltung, die Leistungsabwicklung und die Auszahlung anvertraut worden sind (auf der Einladung angegeben); Dienstleistungsgesellschaften für Informatik und Telematik oder für Archivierung; Postdienstleistungsgesellschaften (für die Versendung, Kuvertierung, den Transport und die Verteilung der Meldungen an die Kundschaft) (auf dem Postumschlag angegeben); Revisions- und Beratungsgesellschaften (in den Bilanzakten angegeben); Gesellschaften für Verkaufsinformationen bezüglich finanzieller Risiken; Dienstleistungsgesellschaften für Betrugskontrolle; Forderungsverwaltungsgesellschaften; (siehe aber auch Anm. 9);
  - Gesellschaften unserer Firmengruppe (kontrollierende, kontrollierte oder verbundene Gesellschaften, auch indirekt, gemäß den geltenden Gesetzen);
  - ANIA - Associazione nazionale fra le imprese assicuratrici - Nationaler Verband für Versicherungsunternehmen - (Via della Frezza, 70 - Rom), für die Einholung, Verarbeitung und den gegenseitigen Austausch mit den Versicherungsgesellschaften, denen die Daten gemeldet werden dürfen, von Elementen, Informationen und Daten, die für die Ausübung der Versicherungsaktivitäten und den Schutz der Rechte der Versicherungsindustrie in Bezug auf die Vermeidung von Betrugsfällen zweckdienlich sind;
  - Genossenschaftsapparate des Versicherungswesens - die im gegenseitigen Austausch mit allen vereinigten Versicherungsgesellschaften arbeiten, denen die Daten gemeldet werden dürfen -, wie (für den entsprechenden Versicherungsbereich):
    - Lebensversicherungen: Consorzio Italiano per l'Assicurazione Vita dei Rischi Tarati - CIRT - Italienische Genossenschaft für die Lebensversicherung der Tarierten Risiken (Via dei Giuochi Istmici, 40 - Rom), für die Bewertung der tarierten Lebensrisiken, für die Einholung von Daten bezüglich der versicherten Personen und der zu versichernden Personen und für den gegenseitigen Austausch derselben Daten mit den vereinigten Versicherungsgesellschaften, denen die Daten gemeldet werden dürfen, für Zwecke, die eng mit der Annahme der tarierten Lebensrisikoaufnahme verbunden sind und für die Rückversicherung in Form einer Genossenschaft derselben Risiken, für den Schutz der Rechte der Versicherungsindustrie im Lebensversicherungsbereich im Bezug auf die die Vermeidung von Betrugsfällen;
    - Pool Italiano per la Previdenza Assicurativa degli Handicappati - Italienisches Team für die Versicherungsvorsorge der Behinderten - (Via dei Giuochi Istmici, 40 - Rom), für die Bewertung der tarierten Lebensrisiken von behinderten Personen;
  - und weitere Subjekte, wie: UIC - Ufficio Italiano dei Cambi - Italienisches Amt für Wechselkurse - (Via IV Fontane, 123 - Rom), gemäß den Antigeldwäschebestimmungen des Art. 13 des Gesetzes vom 6. Februar 1980, Nr. 15; Casellario Centrale Infortuni - Zentrales Register für Unfälle - (Via Santuario Regina degli Apostoli, 33 - Rom), gemäß dem Gesetzesdekret vom 23. Februar 2000, Nr. 38; CONSOB - Commissione Nazionale per le Società e la Borsa - Kontrollkommission für Aktiengesellschaften und Börsen - (Via G.B. Martini, 3 - Rom), gemäß dem Gesetz vom 7. Juni 1974, Nr. 216; COVIP - Commissione di vigilanza sui fondi pensione - Kontrollkommission für Pensionsfonds - (Via in Arcione, 71 - Rom), gemäß Art. 17 des Gesetzesdekrets vom 21. April 1993, Nr. 124; Ministero del lavoro e della previdenza sociale - Italienisches Arbeits- und Sozialministerium (Via Flavia, 6 - Rom), gemäß Art. 17 des Gesetzesdekrets vom 21. April 1993, Nr. 124; Verwaltungskörperschaften von verpflichtenden Sozialversicherungen, wie INPS - Nationale Sozialversicherungsanstalt - (Via Ciro il Grande, 21 - Rom), INPDAI - Nationale Sozialversicherungsanstalt für Leitende Angestellte - (Viale delle Provincie, 196 - Rom), INPGI - Nationale Sozialversicherungsanstalt für Journalisten - (Via Nizza, 35 - Rom) usw.; Ministero del Commercio e delle Finanze - Anagrafe tributaria - Italienisches Handels- und Finanzministerium - Zentrale Steuerkartei (Via Carucci, 99 - Rom), gemäß Art. 7 des Erlasses des Präsidenten der Republik vom 29. September 1973, Nr. 605; Richterschaft; Ordnungskräfte (Polizei; Carabinieri; Italienisches Polizeikorps für Zoll- und Steuerkontrolle; Feuerwehr; Städtische Polizei); weitere Subjekte oder Datenbanken, denen gegenüber die Datenmeldung verpflichtend vorgeschrieben ist.



Die vollständige und aktualisierte Liste der Subjekte, die in den vorhergehenden Punkten aufgelistet worden sind, steht kostenlos auf Anfrage bei der Informationsblatt angegebenen Abteilung zur Verfügung.

- 7) Die Verarbeitung kann folgende Verfahren mit sich bringen, die von Art. 4, Abs. 1, Buchstabe a) des Gesetzes vorgesehen sind: Einholung, Registrierung, Organisation, Erhaltung, Verarbeitung, Änderung, Auswahl, Auslösung, Vergleichaufstellung, Gebrauch, Verbindung, Sperre, Meldung, Löschung, Verteilung der Daten; die Verbreitung der Daten ist hingegen ausgeschlossen.
- 8) Bei diesen Subjekten handelt es sich um Gesellschaften oder natürliche Personen, die unsere direkten Mitarbeiter sind und die Verantwortungsfunktionen in Bezug auf die Datenverarbeitung ausüben. Falls diese hingegen selbständig als „Inhaber,, der Datenverarbeitung arbeiten, gehören diese wie gesagt mit organisatorischer Funktion der „Versicherungskette“ an (s. Anm. 6, Abs. 2).
- 9) Diese Rechte sind von Art. 7-10 des Gesetzes vorgesehen und reglementiert. Die Löschung bzw. Sperre betrifft die Daten, die in Verletzung des Gesetzes verarbeitet werden. Für die Ergänzung muss man ein Interesse vorweisen können. Der Einspruch gegenüber dem Werbematerial, dem Direktverkauf oder den Marktforschungen kann immer ausgeübt werden; in sonstigen Fällen muss der Einspruch einen legitimen Grund voraussetzen.
- 10) Die vollständige Liste der Subjekte, denen die Daten mitgeteilt werden, sowie der Verantwortlichen für die Datenverarbeitung stehen zusammen mit der Liste der Subjektklassen, die von den Daten als Bearbeitungsbeauftragte informiert werden, kostenlos auf Anfrage bei der im Informationsblatt angegebenen Abteilung zur Verfügung.



VFG Italia S.r.l.  
Via Grappoli, 50  
I - 39100 Bolzano



WIENER STÄDTISCHE  
VIENNA INSURANCE GROUP  
Versicherung AG • Vienna Insurance Group  
Direzione Generale per l'Italia  
00147 Roma - Via Cristoforo Colombo, 149  
Tel. (06) 5107011 - Fax (06) 51070129

Eingangsdatum	Polizzen Nr.
---------------	--------------

Werber	CAB	Mitarbeiternummer
--------	-----	-------------------

**VERSICHERUNGSNEHMER**

1	Familienname	Vorname	Hauptberuf / Nebenberuf	Geschlecht <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w		Geburtsdatum TT MM JJ			
Aktueller Wohnsitz (STRASSE)			Ort (WOHNSITZGEMEINDE)	PLZ	PROV.	GEBURTSORT/-STAAT		PROVINZ GEB. ORT	
FAMILIENSTAND	ALTER	WIRTSCHAFTSBRANCHE (GESETZ 5.7.91, Nr. 197)				Steuernummer/UID			
		UNTERGRUPPE		ZWEIG					
Tel. Nr.:									

**VERSICHERTE PERSON (NUR BEI ABWEICHUNGEN VOM VERSICHERUNGSNEHMER)**

2	Familienname	Vorname	Hauptberuf / Nebenberuf	Geschlecht <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w		Geburtsdatum TT MM JJ			
Aktueller Wohnsitz (STRASSE)			Ort (WOHNSITZGEMEINDE)	PLZ	PROV.	GEBURTSORT/-STAAT		PROVINZ GEB.-SORT	
FAMILIENSTAND	ALTER	WIRTSCHAFTSBRANCHE (GESETZ 5.7.91, Nr. 197)				Steuernummer/UID			
		UNTERGRUPPE		ZWEIG					

**VERTRAGSDATEN**

<b>STAMMVERSICHERUNG UND LEISTUNGEN</b>							
<input type="checkbox"/> EAS 06 Rendimento più	<input type="checkbox"/>	Prämienzahlungsdauer	Vertragsdauer *	BEGINN	VERS. SUMME ODER MONATSRENTE	PRÄMIE	
				0 1	€	€	
<b>ZUSATZVERSICHERUNG UND LEISTUNGEN</b>							
<input type="checkbox"/> ZK Todesfall	Prämiendauer max. wie oben		WIE OBEN		€	€	

**UNFALLPAKET**

Tarif	<input type="checkbox"/> SA (SM)	<input type="checkbox"/> SB (SN)	<input type="checkbox"/> SC (SP)	<input type="checkbox"/> SD (SR)	<input type="checkbox"/> SE (SS)	PRÄMIE
Unfalltod	€ 22.000,--	€ 44.000,--	€ 66.000,--	€ 88.000,--	€ 110.000,--	
Invalidität bis	€ 22.000,--	€ 44.000,--	€ 66.000,--	€ 88.000,--	€ 110.000,--	
Totalinvalidität 100%	€ 44.000,--	€ 88.000,--	€ 132.000,--	€ 176.000,--	€ 220.000,--	
Unfallrente monatl.	€ 370,--	€ 740,--	€ 1.110,--	€ 1.480,--	€ 1.850,--	
Spitalgeld	€ 15,--	€ 30,--	€ 45,--	€ 60,--	€ 75,--	€

**ZUSATZVERSICHERUNGEN UND LEISTUNGEN**

<b>UNFALLTOD (9A)</b>	<input type="checkbox"/> einfach	<input type="checkbox"/> doppelt	<input type="checkbox"/> dreifach	€
<b>DAUERHAFT ININVALIDITÄT ALS UNFALLFOLGE (9B)</b>	<input type="checkbox"/> einfach	<input type="checkbox"/> doppelt	<input type="checkbox"/> dreifach	€
<input type="checkbox"/> <b>Prämienenerlass (9E)</b> VN und VP sind die selbe Person	<input type="checkbox"/> <b>Prämienenerlass für VN (9I)</b> VN und VP sind nicht die selbe Person – gilt für den VN. Verwandtschaftsgrad zwischen VN und VP			€
<input type="checkbox"/> <b>Prämienbefreiung mit Verschiebung des Vertragsablaufes bei Arbeitslosigkeit</b> (Eintrittsalter max. 34 Jahre)				€
INDEXANPASSUNG (AUSGESCHLOSSEN ZK) <sup>2)</sup> ISTAT-ERHÖHUNG, MIND. 4%			<input type="checkbox"/> JA	Gesamtbetrag
<b>VERSICHERUNGSSTEUER AUF ZUSATZVERSICHERUNG</b>		€	€	

**PRÄMIE**

<input type="checkbox"/> JÄHRLICH	<input type="checkbox"/> HALBJÄHRLICH	<input type="checkbox"/> VIERTELJÄHRLICH	<input type="checkbox"/> MONATLICH	Prämienrate bei Unterzeichnung	€
-----------------------------------	---------------------------------------	--	------------------------------------	--------------------------------	---

**ZAHLUNG DER FOLGEPRÄMIEN**

<input type="checkbox"/> <b>RID</b> AUTOMATISCHE ABBUCHUNG VOM KONTO	<input type="checkbox"/> <b>MAV</b> IN ALLEN BANKEN UND BEI DER POST ZAHLBARE ERLAGSCHEINE
--	--

\*) Die Zeitspanne, die zwischen dem Vertragsbeginn und der Aufschubdauer liegt

## ZAHLUNG DER ERSTPRÄMIE

**ACHTUNG:** Die Zahlung der Erstprämie hat zu erfolgen

- mittels auf die „WIENER STÄDTISCHE A.G.“ ausgestellten, NICHT übertragbaren Bank- oder Zirkular-Verrechnungsscheck, welcher der Agentur, bei der die Versicherung abgeschlossen wird, zur Weiterleitung an den Versicherer übergeben werden muss, oder
- mittels Banküberweisung zu Gunsten von „WIENER STÄDTISCHE A.G.“, Kreditinstitut: BANCA INTESA SpA, Kto.-Nr. 615291966959, ABI 03069, CAB 05054, CIN G, IBAN IT28 G030 6905 0546 1529 1966 959.

Der Versicherer haftet noch für anders lautende Schecks bzw. Überweisungen, noch für auf andere Art und Weise erfolgte Zahlungen.

Wir bestätigen den Erhalt von

Zirkularscheck: Nr. \_\_\_\_\_ Ausstellerbank: \_\_\_\_\_

Bankscheck: Nr. \_\_\_\_\_ Ausstellerbank: \_\_\_\_\_

Kopie der durch folgende Bank getätigten Überweisung: \_\_\_\_\_

Kontonummer: \_\_\_\_\_ Euro \_\_\_\_\_ welche vorbehaltlich des positiven Ausgangs der Transaktion angenommen wird.

\_\_\_\_\_  
(Ort) (Datum) (Stempel und Unterschrift des Agenten)

## GEWINNVERANLAGUNG (WENN NICHTS ANGEGEBEN WIRD, ERFOLGT DIE VERANLAGUNG IN "KLASSISCHER" FORM)

"klassisch" (die Gewinnanteile werden verzinslich angesammelt)

## BEZUGSRECHT

im ABLEBENSFALL: (Vorname, Familienname, Geburtsdatum)	im ERLEBENSFALL: <input type="checkbox"/> Versicherte Person oder namentliches Bezugsrecht (Vorname, Familienname, Geburtsdatum)
--	---

Wird kein Name angegeben, gilt der Versicherungsnehmer als bezugsberechtigt. Sind Versicherungsnehmer und versicherte Person identisch, sind im Ablebensfall die Erben bezugsberechtigt.

## ERKLÄRUNGEN DES VERSICHERUNGSNEHMERS UND DER VERSICHERTEN PERSON

Zutreffendes bitte ankreuzen!

Bitte alle Fragen beantworten!	1 VERSICHERUNGSNEHMER	2 VERSICHERTE PERSON
Haben Sie andere Lebens-, Kranken- oder Unfallversicherungen abgeschlossen oder einen entsprechenden Antrag gestellt?	<input type="checkbox"/> Ja; Welche? Versicherung? <input type="checkbox"/> Nein Polizzennummer?	<input type="checkbox"/> Ja; Welche? Versicherung? <input type="checkbox"/> Nein Polizzennummer?
Wurde ein solcher Antrag in der Vergangenheit schon einmal abgelehnt, bestanden Probleme bei der Annahme eines Antrags, wurde die Annahme vom Versicherer auf einen späteren Zeitpunkt verschoben, oder wurde ein bereits bestehender Vertrag gekündigt?	<input type="checkbox"/> Ja; Welcher Art? <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja; Welcher Art? <input type="checkbox"/> Nein
Sind Sie besonderen Gefahren in Beruf oder Freizeit ausgesetzt (z.B. Strahlengefährdung, Umgang mit explosiven und/oder gesundheitsschädlichen Stoffen, Aufenthalt in Gefahrengebieten, Teilnahme an Wettbewerben, Tauchen tiefer als 40m, Hänge-, Paragleiten, Fallschirmspringen, Lenken von Flugzeugen, oder andere Extremsportarten)?	<input type="checkbox"/> Ja; Welcher Art? <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja; Welcher Art? <input type="checkbox"/> Nein

## GESUNDHEITSFragen

Zutreffendes bitte ankreuzen!

Reicht der vorgesehene Raum für die Beantwortung nicht aus, ist die Beantwortung bitte auf einem Beiblatt vorzunehmen und im Antrag auf das Beiblatt hinzuweisen!				
Bitte alle Fragen beantworten!	1 VERSICHERUNGSNEHMER		2 VERSICHERTE PERSON	
Bestehen oder bestanden in den letzten 10 Jahren Krankheiten oder Leiden (z.B. des Herz-Kreislauf-Systems, des Blutes, des Verdauungssystems, des Stoffwechsels, der Atemwege, der Knochen, der Nerven, der Leber, der Nieren, der Drüsen, der Sexualorgane)?	<input type="checkbox"/> Ja; Seit wann? Sind diese geheilt? <input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> Ja; Seit wann? Sind diese Geheilt? <input type="checkbox"/> Nein	
Sind Sie oder waren Sie in den letzten 10 Jahren stationär oder ambulant in Behandlung, Untersuchung oder Operation in einem Krankenhaus, Sanatorium oder einer Heilanstalt?	<input type="checkbox"/> Ja; Wann? Warum? Wo? <input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> Ja; Wann? Warum? Wo? <input type="checkbox"/> Nein	
Wurden Sie mit Radiotherapie oder Chemotherapie behandelt?	<input type="checkbox"/> Ja; Wann? Warum? Wo? <input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> Ja; Wann? Warum? Wo? <input type="checkbox"/> Nein	
Wurden auffallende bzw. von der Norm abweichende Befunde (Labor-, EKG-, Arterien- oder Röntgen-, Untersuchungsbefunde) erstellt, wurde eine HIV-Infektion oder eine Schwächung des Immunsystems festgestellt?	<input type="checkbox"/> Ja; Welche?; Wann? <input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> Ja; Welche?; Wann? <input type="checkbox"/> Nein	
Haben Sie ein Leiden oder eine Behinderung (z.B. Skoliose, Folgen von Unfällen oder Kinderlähmung) oder eine Störung des Gehörsinns oder der Sehkraft?	<input type="checkbox"/> Ja; Welche? <input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> Ja; Welche? <input type="checkbox"/> Nein	
Nehmen oder nahmen Sie regelmäßig Medikamente oder Drogen ein? Sind Sie regelmäßig bei einem Arzt oder Psychotherapeuten in Behandlung oder Untersuchung?	<input type="checkbox"/> Ja; Welche?; Menge, von wann bis wann? Arzt? <input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> Ja; Welche? Menge, von wann bis wann? Arzt? <input type="checkbox"/> Nein	
Nehmen oder nahmen Sie regelmäßig alkoholische Getränke zu sich?	<input type="checkbox"/> Ja; Welche?; Tägliche Menge? <input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> Ja; Welche?; Tägliche Menge? <input type="checkbox"/> Nein	
Rauchen Sie ?	<input type="checkbox"/> Ja; Welche? Tägliche Menge? <input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> Ja; Welche? Tägliche Menge? <input type="checkbox"/> Nein	
Ihre Größe, Ihr Gewicht:	_____ cm	_____ kg	_____ cm	_____ kg
Hausarzt und/oder Arzt, der über Ihren Gesundheitszustand am besten Bescheid weiß:				

**Der unterzeichnete Versicherungsnehmer und der unterzeichnete Versicherte, geben jeder für die ihn betreffenden Bereiche, folgende Erklärungen ab:**

**Ich erkläre** hiermit mit voller rechtlicher Wirkung, dass die im vorliegenden Dokument enthaltenen Informationen und Antworten, welche zur Risikobewertung von Seiten des Versicherers notwendig sind, wahrheitsgetreu, genau und vollständig sind und dass ich keinen Umstand in Bezug auf die Fragen verschwiegen, ausgelassen oder verfälscht habe und übernehme die volle Verantwortung für die Antworten, auch wenn ich sie nicht persönlich geschrieben habe.

**Ich erkläre** mich hiermit ausdrücklich damit einverstanden, dass die im vorliegenden Antrag genannten Fälligkeiten der Prämienraten aus technischen Gründen unabhängig vom Abschlussdatum des Versicherungsvertrags nicht abgeändert werden können.

**Ich befreie** hiermit alle Ärzte, an die ich mich sowohl vor als auch nach der Unterzeichnung der obigen Angaben konsultiert habe bzw. konsultieren werde, sowie die öffentlichen bzw. privaten Krankenhäuser, Kliniken, Pflegeheime und sonstige Einrichtungen im Bereich des Gesundheitswesens, die über mich betreffende Informationen verfügen und an die sich der Versicherer wenden könnte, von ihrer beruflichen Schweigepflicht und ermächtige sie, die entsprechenden Informationen, Bescheinigungen und Dokumente auszugeben.

Ich gebe weiters mein Einverständnis, dass der Versicherer mich betreffende Informationen zu Versicherungs- bzw. Rückversicherungszwecken an andere Anstalten weiter gibt.

**Ich erkläre** weiters, dass eventuell vor Vertragsabschluss von mir an den Versicherer voraus gezahlte Beträge als reine Hinterlegung kassiert werden, ohne dass dies für den Versicherer eine vertragliche Verpflichtung mit sich bringt.

**Nach Einsicht in die Allgemeinen Versicherungsbedingungen, welche in der mir ausgehändigten Merkblattsammlung des Tarifs EAS Ausgabe 06/2009 enthalten sind, erkläre ich, dass ich dieselben akzeptiere.**

Ort \_\_\_\_\_, am \_\_\_\_\_

Unterschrift der Versicherten Person \_\_\_\_\_ Unterschrift des Versicherungsnehmers \_\_\_\_\_

Gemäß Artt. 1341 und 1342 des ital. ZGB erkenne ich weiters folgende Klauseln ausdrücklich an:

- für sämtliche Verträge: die Klauseln, die die Modalitäten der Prämienzahlung von Seiten des Versicherungsnehmers sowie der Zahlungen des Versicherers regeln;
- für sämtliche Verträge mit Todesfallrisiko: die Klauseln, welche die Kranzzeit regeln;
- für sämtliche Verträge, welche eine Unfallzusatzversicherung beinhalten: die Klauseln in Bezug auf Freibeträge und die Anrufung eines formlosen Schiedsrichters;
- für sämtliche Verträge, welche die Zusatzversicherung „Prämienbefreiung“: die Klauseln in Bezug auf Freibeträge und die Folgen der Nichteinhaltung der Fristen, der Modalitäten der Anzeige der Arbeitsunfähigkeit und der folgenden Erfüllungen.

Unterschrift der Versicherten Person \_\_\_\_\_ Unterschrift des Versicherungsnehmers \_\_\_\_\_

### ZUSTIMMUNGSKLAUSEL ZUR VERARBEITUNG DER PERSONENBEZOGENEN DATEN

**Nach Einsichtnahme in das Informationsblatt genehmige ich** gemäß Artikel 23 und 24 des "Codice in materia di protezione dei dati personali" (Datenschutzgesetz, Gesetzesdekret Nr. 196/2003) die Verarbeitung der allgemeinen und vertraulichen Daten zu meiner Person im Zusammenhang mit dem Rechtsverhältnis, welches mit der Versicherungsgesellschaft hinsichtlich der unter Punkt 1 des oben genannten Informationsblattes angeführten Versicherungszwecke begründet wird oder besteht. Die Genehmigung bezieht sich auf die Verarbeitung (einschließlich Mitteilungen und Übertragung) seitens des Versicherers und seitens der Mitglieder der "Versicherungskette", die ebenfalls unter Punkt 1 des oben genannten Informationsblattes angeführt sind.

Unterschrift der Versicherten Person \_\_\_\_\_ Unterschrift des Versicherungsnehmers \_\_\_\_\_

- Ebenso stimme ich der Verarbeitung der personenbezogenen Daten zu Zwecken der Marktforschung bzw. zu den unter Punkt 2 des oben genannten Informationsblattes angeführten Werbezwecken zu.

*(Zutreffendes bitte ankreuzen)*

**JA** Ich stimme zu  **Ich stimme nicht zu**  **NEIN**

Die Einwilligung ist bedingt durch die Einhaltung der geltenden gesetzlichen Bestimmungen.

Unterschrift der Versicherten Person \_\_\_\_\_ Unterschrift des Versicherungsnehmers \_\_\_\_\_

## WIDERRUF DES ANTRAGS

Dieser Antrag kann vor Abschluss des Vertrags durch per Einschreiben zu erfolgende schriftliche Mitteilung an die Wiener Städtische A.G. Direzione per l'Italia – Via Cristoforo Colombo 149 – 00147 Roma widerrufen werden.

Der Widerruf muss die Nummer des unterzeichneten Antrags enthalten.

Die eventuell bereits vom Versicherungsnehmer geleisteten Zahlungen werden innerhalb von 30 Tagen ab Erhalt der Widerrufserklärung rückerstattet.

## RÜCKTRITT VOM VERTRAG

Der Versicherungsnehmer kann innerhalb von 30 Tagen ab Vertragsabschluss vom Vertrag, der Gegenstand dieses Antrags ist, zurücktreten.

Die Rücktrittserklärung hat per Einschreiben an die Wiener Städtische A.G. Direzione per l'Italia – Via Cristoforo Colombo 149 – 00147 Roma erfolgen.

Der Rücktritt befreit den Versicherer und den Versicherungsnehmer von jeglicher aus dem Vertrag erwachsenden Verpflichtung ab 24 Uhr des Datums der Absendung der Rücktrittserklärung (Datum des Poststempels).

Innerhalb von 30 Tagen ab Erhalt der Rücktrittserklärung erstattet der Versicherer dem Versicherungsnehmer die geleistete Prämie nach Abzug des für das getragene Risiko berechneten Anteils, der Steuern und Ausgabekosten, welche gemäß AVB € 30,- betragen, zurück.

## ANMERKUNGEN

- 1) Bei Risikoversicherungen mit Prämienbonus ist dieser in der angeführten Prämienrate bereits berücksichtigt.
- 2) Der Einschluss des Anpassungsbriefes sichert Ihnen den Wert Ihrer Lebensversicherung. Die automatischen Anpassungen, entsprechend der Entwicklung des Index der Verbraucherpreise (ISTAT), erfolgen ohne neuerliche Prüfung des Gesundheitszustandes der Versicherten Person. Für den Einschluss des Anpassungsbriefes muss die Jahresprämie mindestens Eur 240,00 betragen. Bei Risikoversicherungen sowie bei Tarifen mit Einmalergängen ist kein Einschluss des Anpassungsbriefes möglich.

# ANTRAG AUF LEBENSVERSICHERUNG “Rendimento più”

## WICHTIGE HINWEISE ZUM AUSFÜLLEN DES FRAGEBOGENS ZUM GESUNDHEITZUSTAND

- a) Unwahre, unkorrekte und ausgelassene Angaben durch die zur Angabe der für den Vertragsabschluss notwendigen Daten berechnete Person können das Recht auf die Leistung gefährden.
- b) Die im vorausgehenden Punkt genannte Person ist verpflichtet, vor Unterzeichnung die Korrektheit der im Fragebogen gemachten Angaben zu prüfen.
- c) Auch in den nicht ausdrücklich vom Versicherer vorgesehenen Fällen kann der Versicherte um eine ärztliche Untersuchung bitten, um seinen tatsächlichen Gesundheitszustand zu belegen. Die Kosten der Untersuchung fallen zu Lasten des Versicherten.

Vertrieben von



**Direzione per l'Italia: I-00147 Roma • Via Cristoforo Colombo, 149 • Tel. +39-06-5107011 • Fax +39-06-51070129**



Wiener Städtische Versicherung AG Vienna Insurance Group • Iscritta al registro delle Società del Tribunale del Commercio di Vienna n. FN 75687 f • Capitale sociale interamente versato Euro 109.009.251,26 • Sede: A-1010 Vienna • Schottenring 30 • Rappresentanza Generale per l'Italia: I-20124 Milano • Via Vittor Pisani 27 • R.E.A. Milano: 1588797/1999 • Registro Imprese Milano: 159837/1999 • Codice fiscale e Partita IVA: 12830730151



Diese Antragsunterlagen wurden im Juni 2009 verfasst. Die darin enthaltenen Informationen entsprechen den zu diesem Datum aktuellen Daten.

