

ANLAGE NR. 4

ZUSÄTZLICHE VERSICHERUNGSLEISTUNGEN -

TITEL I

Allgemeine Bestimmungen betreffend die zusätzlichen Versicherungsleistungen bei vorzeitigem Ableben und vollständiger Dauerinvalidität

Art. 1. – Beitrittsmodalitäten und Festlegung des versicherten Kapitals

1. Anrecht auf die Zusatzleistungen haben nur jene Mitglieder, die zum Zeitpunkt des Ansuchens bei guter Gesundheit sind, sich keiner bestehenden Krankheitserscheinungen bewusst sind und keinen Antrag auf Anerkennung der Invalidität bei der zuständigen Pflichtvorsorgekörperschaft eingereicht haben.

2. Die Zusatzleistungen sehen die Auszahlung eines jährlich festgelegten Kapitals gemäß nachfolgendem Abs. 3 vor; bei gleichbleibender Beitragszahlung ändert sich dieses Kapital zu jedem Jahrestag auf der Grundlage des vom Mitglied erreichten Alters.

3. Das versicherte Kapital wird anfänglich und jährlich zu jedem Jahrestag festgelegt, indem man die Höhe des gewählten Beitrags durch den in Bezug auf die Art der Zusatzleistung gewählten Satz sowie auf das Alter des Mitglieds – wie in den nachfolgenden Tabellen 4a und 4b dargestellt – dividiert. Das versicherte Kapital darf auf keinen Fall mehr als 103.291,38 Euro ausmachen.

4. Sollte das Mitglied die ursprüngliche Höhe des Jahresbeitrags der Zusatzleistung ändern oder auf die besagte Leistung verzichten wollen, so muss es dem Fonds mindestens 3 Monate vor Ablauf ein entsprechendes Ansuchen übermitteln und die entsprechenden Formulare ausfüllen. Das neue versicherte Kapital darf auf keinen Fall mehr als 103.291,38 Euro ausmachen.

5. Das Mitglied, das auf die Zusatzleistungen zugreifen möchte, muss beim Beitritt zum Fonds die Höhe des Beitrags angeben, den es gedenkt jährlich einzuzahlen. Die Höhe des ersten Jahresbeitrags wird in einem einzigen Mal vom ersten in den Fonds eingezahlten Gesamtbeitrag abgezogen. Die nachfolgenden Jahresbeiträge werden zu jedem Jahrestag einmalig von dem auf dem individuellen Konto des Mitglieds angereiften Kapital abgezogen.

6. Bei Ansuchen um Anspruch auf die Leistungen nach dem Beitritt zum Fonds wird die Höhe des Jahresbeitrages an jenem Tag, an welchem die Wirksamkeit der Versicherungsgarantie eintritt, einmalig von dem auf dem individuellen Konto des Mitglieds angereiften Kapital abgezogen.

TITEL II

Zusätzliche Versicherungsleistungen bei vorzeitigem Ableben

Art. 2. - Versicherungsleistungen

1. Gegenstand der vorliegenden Bedingungen ist eine einjährige, jährlich erneuerbare Versicherung, welche die Deckung des Todesfallrisikos des versicherten Mitglieds gewährleistet. Die Gesellschaft verpflichtet sich, das versicherte Kapital an die Anspruchsberechtigten auszuzahlen, sofern das Mitglied die für die Zusatzleistungen vorgesehenen Beitragszahlungen getätigt hat.

2. Die Gesellschaft geht das im vorliegenden Titel beschriebene Risiko nur nach vorheriger Unterzeichnung der im entsprechenden Formular angeführten Erklärungen und nach Ausfüllen des sanitären Fragebogens, woraus der gute Gesundheitszustand des Mitglieds hervorgehen muss, ein. Im gegenteiligen Fall wird das Risiko nicht eingegangen.

3. Unbeschadet der Bestimmungen laut vorhergehendem Punkt beginnt die Versicherung um 24 Uhr des Tages, der auf jenen folgt, an dem der erste Jahresbeitrag gemäß den Modalitäten laut Art. 1, Abs. 5 und 6 einbehalten wurde und endet um 24 Uhr des darauf folgenden Jahrestages, es sei denn, dass im entsprechenden Formular diesbezüglich anderweitig bestimmt wird.

4. Mitglieder unter 18 Jahren und über 64 Jahren können nicht versichert werden.

Art. 3. - Beendigung der Garantie

1. Sollte der Versicherte bei Ablauf des festgelegten Versicherungszeitraums noch am Leben sein, so erlischt die Versicherung.

2. Die Garantie erlischt vorzeitig, falls das versicherte Mitglied aus dem Fonds austreten sollte.

Art. 4. - Todesfallrisiko

1. Das Todesfallrisiko ist unabhängig von der Ursache gedeckt und unterliegt keiner geografischen Einschränkung, wobei auch die beruflichen Wechsel des versicherten Mitglieds keine Berücksichtigung finden.

2. Von der Versicherung ausgeschlossen ist nur das Ableben verursacht durch:

- Vorsatz des Mitglieds oder des Begünstigten;
- aktive Teilnahme des Mitglieds an vorsätzlichen Delikten;
- aktive Teilnahme des Mitglieds an Kriegshandlungen, unabhängig davon, ob es sich um einen erklärten oder einen nicht erklärten Konflikt handelt, an einem Bürgerkrieg, an Terrorismusakten, an zivilen Unruhen, an einem Volksaufstand oder an militärischen Handlungen jedweder Art; die Deckung wird zudem nicht gewährt, wenn das Mitglied zwar nicht aktiv an den Kriegshandlungen oder an einem Bürgerkrieg teilgenommen hat, sich jedoch bereits im Gebiet des Geschehens befunden hat und der Tod 14 Tage nach Beginn der Feindlichkeiten eintritt; die Ankunft des Mitglieds in einem fremden Land während einer wie oben geschilderten Kriegssituation oder einer ähnlichen Situation hat den vollständigen Deckungsausschluss – unabhängig von der Ursache – zur Folge;
- Atomwaffen, Kernumwandlung und durch die Beschleunigung von Atomteilchen künstlich verursachte Strahlung oder Einwirkung ionisierender Strahlung;
- Teilnahme an Geschwindigkeitswettkämpfen mit Motorfahrzeugen jeder Art sowie Teilnahme an den entsprechenden Trainings;

- Flugzeugunglücke, wenn das Mitglied an Bord eines nicht zum Flug zugelassenen Flugzeuges oder mit einem Piloten reist, welcher nicht im Besitz des entsprechenden Flugscheines ist, sowie in jedem Fall, wenn es als Besatzungsmitglied mitreist;
- Selbstmord, wenn dieser in den ersten zwei Jahren ab Inkrafttreten der Versicherung erfolgt oder – auch nach Ablauf dieses Zeitraums – in den ersten zwölf Monaten nach der etwaigen Wiederinkraftsetzung der Versicherung;
- Unfälle und/oder Krankheiten infolge von/in Zusammenhang mit Betrunkenheit des Mitglieds sowie infolge von nicht therapeutisch bedingtem Konsum von Rauschgift, Halluzinogenen, psychotropen Substanzen und Ähnlichem.

Art. 5. – Begünstigte

1. Das Mitglied benennt die Begünstigten der Versicherungsleistung.

2. Bei Ableben des Mitglieds müssen die Anspruchsberechtigten die Auszahlung des Kapitals beantragen und der Gesellschaft die Unterlagen weiterleiten, die das Datum und die Ursache des Todes sowie ihr Anrecht auf die Leistung belegen. Innerhalb von 30 Tagen ab Erhalt dieser Unterlagen zahlt die Gesellschaft den Anspruchsberechtigten das versicherte Kapital aus, sofern neben den bereits erhaltenen keine weiteren Informationen notwendig sind. Als Zahlungsmittel wird das von den Anspruchsberechtigten aus den von der Gesellschaft vorgeschlagenen Zahlungsmitteln gewählte verwendet.

3. Die Benennung der Begünstigten kann in folgenden Fällen nicht widerrufen oder geändert werden:

- nachdem der Versicherungsnehmer und der Begünstigte der Gesellschaft schriftlich mitgeteilt haben, auf das Widerrufsrecht zu verzichten beziehungsweise die Benennung als Begünstigter anzunehmen;
- nach Ableben des Versicherungsnehmers;
- falls der Begünstigte nach Eintreten des vorgesehenen Versicherungsfalles der Gesellschaft schriftlich mitgeteilt hat, die Leistung in Anspruch nehmen zu wollen.

4. Für alle Zahlungen seitens der Gesellschaft müssen dieser zuvor alle Unterlagen ausgehändigt werden, die erforderlich sind, um:

- das tatsächliche Vorliegen der Zahlungsverpflichtung zu überprüfen;
- die Begünstigten genau zu ermitteln.

Nachfolgend werden die Unterlagen angeführt, die der Begünstigte bei Ableben des Mitglieds vorlegen muss:

- Benachrichtigung der Begünstigten über das Ableben;
- Original der Polisse und der etwaigen Anhänge betreffend Vertragsänderungen beziehungsweise, in Ermangelung derselben, Verlustanzeige;
- Todesurkunde;
- auf eigenem von der Gesellschaft zur Verfügung gestelltem Formular abgefasster ärztlicher Bericht über die Ursachen des Ablebens des Mitglieds sowie etwaige weitere ärztliche Unterlagen, die erforderlich sein sollten, um die Richtigkeit und die Vollständigkeit der Erklärungen des Mitglieds hinsichtlich der Sachverhalte, welche die Beurteilung des Risikos beeinflusst haben, zu überprüfen;
- beeidigte Bezeugungsurkunde (Notorietätsakt) oder Ersatzerklärung, aus welcher hervorgeht, ob das Mitglied ein Testament hinterlassen hat;
- bei Vorliegen eines Testaments muss eine beeidigte Abschrift desselben eingereicht werden;
- beeidigte Bezeugungsurkunde (Notorietätsakt) oder Ersatzerklärung, aus welcher die rechtmäßigen Erben hervorgehen;
- bei minderjährigen Begünstigten: Ermächtigung des Vormundschaftsrichters zur Einlösung der geschuldeten Beträge.

Die Gesellschaft behält sich zudem das Recht vor, in Sonderfällen weitere Unterlagen im Zusammenhang mit besonderen Prüfungserfordernissen einzufordern.

Art. 6. - Schlussklausel des Titels II

1. Die in der nachfolgenden Tabelle angeführten Sätze könnten infolge von besonderen Bestimmungen der Aufsichtsbehörde über die Privatversicherungen (ISVAP) Änderungen unterliegen beziehungsweise anhand des Vergleichs zwischen den angewandten technischen Grundlagen und den Ergebnissen aus der direkten Erfahrung geändert werden.

2. Die neuen Sätze treten beim ersten Jahrestag nach ihrer Einführung in Kraft.

TABELLE 4a

ZUSÄTZLICHE VERSICHERUNGSLEISTUNGEN BEI VORZEITIGEM ABLEBEN - SÄTZE PRO 1.000 EURO AN VERSICHERTEM KAPITAL

ALTER	UNISEX-SÄTZE
18	0,48
19	0,51
20	0,54
21	0,56
22	0,56
23	0,58
24	0,59
25	0,60
26	0,62
27	0,64
28	0,65
29	0,66
30	0,64
31	0,69
32	0,69
33	0,71
34	0,75
35	0,81
36	0,86
37	0,91
38	0,98
39	1,05
40	1,17
41	1,32
42	1,43
43	1,56
44	1,70
45	1,87
46	2,04
47	2,25
48	2,52
49	2,76
50	3,04
51	3,35
52	3,67
53	4,02
54	4,51
55	5,05

PENSPLAN PLURIFONDS

56	5,60
57	6,09
58	6,88
59	7,57
60	8,50
61	9,72
62	10,62
63	11,42
64	12,81

TITEL III

Zusätzliche Versicherungsleistungen bei vorzeitigem Ableben und vollständiger Dauerinvalidität

Art. 7. - Versicherungsleistungen

1. Gegenstand der vorliegenden Bedingungen ist eine einjährige, jährlich erneuerbare Versicherung, welche die Deckung des Todesfalls und der vollständigen Dauerinvalidität des versicherten Mitglieds gewährleisten. Die Gesellschaft verpflichtet sich, das versicherte Kapital an die Anspruchsberechtigten auszuzahlen, sofern das Mitglied die für die Zusatzleistungen vorgesehenen Beitragszahlungen getätigt hat.

2. Die Gesellschaft geht das im vorliegenden Titel beschriebene Risiko nur nach vorheriger Unterzeichnung der im entsprechenden Formular angeführten Erklärungen und nach Ausfüllen des sanitären Fragebogens, woraus der gute Gesundheitszustand des Mitglieds hervorgehen muss, ein. Im gegenteiligen Fall wird das Risiko nicht eingegangen.

3. Unbeschadet der Bestimmungen laut vorhergehendem Punkt beginnt die Versicherung um 24 Uhr des Tages, der auf jenen folgt, an dem der erste Jahresbeitrag gemäß den Modalitäten laut Art. 1, Abs. 5 und 6 einbehalten wurde und endet um 24 Uhr des darauf folgenden Jahrestages, es sei denn, dass im entsprechenden Formular diesbezüglich anderweitig bestimmt wird.

4. Mitglieder unter 18 Jahren und über 59 Jahren können nicht versichert werden.

Art. 8. - Beendigung der Garantie

1. Sollte der Versicherte bei Ablauf des festgelegten Versicherungszeitraums noch am Leben sein, so erlischt die Versicherung.

2. Die Garantie erlischt vorzeitig, falls das versicherte Mitglied aus dem Fonds austreten sollte.

3. Die Garantie erlischt sofort bei Auszahlung des versicherten Kapitals aufgrund der Anerkennung der vollständigen Dauerinvalidität des versicherten Mitglieds gemäß nachfolgendem Art. 11.

Art. 9. - Todesfallrisiko

1. Das Todesfallrisiko ist unabhängig von der Ursache gedeckt und unterliegt keiner geografischen Einschränkung, wobei auch die beruflichen Wechsel des versicherten Mitglieds keine Berücksichtigung finden.

2. Von der Versicherung ausgeschlossen ist nur das Ableben verursacht durch:

- Vorsatz des Versicherungsnehmers oder des Begünstigten;
- aktive Teilnahme des Mitglieds an vorsätzlichen Delikten;
- aktive Teilnahme des Mitglieds an Kriegshandlungen, unabhängig davon, ob es sich um einen erklärten oder einen nicht erklärten Konflikt handelt,

an einem Bürgerkrieg, an Terrorismusakten, an zivilen Unruhen, an einem Volksaufstand oder an militärischen Handlungen jedweder Art; die Deckung wird zudem nicht gewährt, wenn das Mitglied zwar nicht aktiv an den Kriegshandlungen oder an einem Bürgerkrieg teilgenommen hat, sich jedoch bereits im Gebiet des Geschehens befunden hat und der Tod 14 Tage nach Beginn der Feindlichkeiten eintritt; die Ankunft des Mitglieds in einem fremden Land während einer wie oben geschilderten Kriegssituation oder einer ähnlichen Situation hat den vollständigen Deckungsausschluss – unabhängig von der Ursache – zur Folge;

- Atomwaffen, Kernumwandlung und durch die Beschleunigung von Atomteilchen künstlich verursachte Strahlung oder Einwirkung ionisierender Strahlung;
- Teilnahme an Geschwindigkeitswettkämpfen mit Motorfahrzeugen jeder Art sowie Teilnahme an den entsprechenden Trainings;
- Flugzeugunglücke, wenn das Mitglied an Bord eines nicht zum Flug zugelassenen Flugzeuges oder mit einem Piloten reist, welcher nicht im Besitz des entsprechenden Flugscheines ist, sowie in jedem Fall, wenn es als Besatzungsmitglied mitreist;

- Selbstmord, wenn dieser in den ersten zwei Jahren ab Inkrafttreten der Versicherung erfolgt oder – auch nach Ablauf dieses Zeitraums – in den ersten zwölf Monaten nach der etwaigen Wiederinkraftsetzung der Versicherung;
- Unfälle und/oder Krankheiten infolge von/in Zusammenhang mit Betrunkenheit des Mitglieds sowie infolge von nicht therapeutisch bedingtem Konsum von Rauschgift, Halluzinogenen, psychotropen Substanzen und Ähnlichem.

10. - Risiko der vollständigen Dauerinvalidität

1. Als vollständiger Dauerinvalid wird jenes Mitglied bezeichnet, das infolge einer plötzlich eingetretenen organischen Krankheit oder Körperverschädigung, die nicht vom eigenen Willen abhängt und objektiv feststellbar ist, voraussichtlich vollständig und dauerhaft die Fähigkeit der Ausübung seines Berufes und jeder anderer, seinen Begabungen und Gewohnheiten angemessenen Arbeit verloren hat.

2. Von der Versicherung ausgeschlossen sind die Fälle von Invalidität, die nach dem 60. Lebensjahr des versicherten Mitglieds eintreten und jene, die verursacht sind durch:

- Vorsatz des Versicherungsnehmers oder des Begünstigten;
- vorsätzlich vom Mitglied ausgeübte Straftaten oder durch das Mitglied ausgeführte oder zugelassene Handlungen gegen seine Person;
- aktive Teilnahme des Mitglieds an Kriegshandlungen, unabhängig davon, ob es sich um einen erklärten oder einen nicht erklärten Konflikt handelt, an einem Bürgerkrieg, an Terrorismusakten, an zivilen Unruhen, an einem Volksaufstand oder an militärischen Handlungen jedweder Art; die Deckung wird zudem nicht gewährt, wenn das Mitglied zwar nicht aktiv an den Kriegshandlungen oder an einem Bürgerkrieg teilgenommen hat, sich jedoch bereits im Gebiet des Geschehens befunden hat und der Tod 14 Tage nach Beginn der Feindlichkeiten eintritt; die Ankunft des Mitglieds in einem fremden Land während einer wie oben geschilderten Kriegssituation oder einer ähnlichen Situation hat den vollständigen Deckungsausschluss – unabhängig von der Ursache – zur Folge;
- Überschwemmungen, Erdbeben, Vulkanausbrüche, Atomwaffen, Kernumwandlung und durch die Beschleunigung von Atomteilchen künstlich verursachte Strahlung oder Einwirkung ionisierender Strahlung;
- Teilnahme an Streitereien, Schlägereien, Wettkämpfen und Wettläufen im Allgemeinen und an den entsprechenden Trainings, Klettertouren und Gletscherbesteigungen;
- Unfälle, Krankheiten, Missbildungen und Krankheitszustände im Allgemeinen, die bereits vor Abschluss des Vertrags vorlagen;
- Unfälle, die sowohl in der Luft als auch am Boden infolge von Flugreisen als Militär- oder Zivilperson aufgetreten sind, ausgenommen jener Reisen, die als Passagier auf die für die öffentliche Luftfahrt ordnungsgemäß eingerichteten Fluglinien stattgefunden haben und auf für den Flug genehmigten Mehrmotorenflugzeugen von Unternehmen oder Privatpersonen, die von Berufspiloten gesteuert wurden, die Inhaber eines entsprechenden Flugscheins sind; Übersee Flüge fallen nicht in die letzt genannte Kategorie hinein.
- Unfälle und/oder Krankheiten im Zusammenhang mit fortwährendem und systematischem Alkoholkonsum durch das Mitglied sowie infolge von nicht therapeutisch bedingtem Konsum von Rauschgift, Halluzinogenen, psychotropen Substanzen und Ähnlichem.

3. Nach Feststellung der Invalidität muss das versicherte Mitglied zum Zweck der angemessenen Feststellungen Anzeige bei der ITAS LEBEN AG erstatten, indem es der Gesellschaft mittels Einschreibebrief die Bescheinigung des behandelnden Arztes zukommen lässt.

Die Gesellschaft verpflichtet sich, die Invalidität innerhalb von 180 Tagen ab dem Datum des Einschreibebriefes festzustellen. Das Ableben des versicherten Mitglieds bevor die Invalidität anerkannt wurde entspricht der erfolgten Anerkennung des Zustands der Invalidität.

4. Auf Anfrage der Gesellschaft ist das versicherte Mitglied unter Androhung des Verlustes eines jeden Anspruchs aus der vorliegenden Versicherung im Falle der Invalidität verpflichtet:

- jede von Seiten der Gesellschaft angeforderte Erklärung für den Nachweis des Zustands der Invalidität des Versicherten wahrheitsgemäß und genau wiederzugeben;

- alle Beweise zu liefern, die von der Gesellschaft als wichtig erachtet werden, um die Ursachen für die Krankheit oder die Körperverletzung festzulegen, die zur Invalidität geführt haben.

Die Gesellschaft behält sich weiters das völlige und bedingungslose Recht vor, die Invalidität durch Ärzte ihres Vertrauens zu überprüfen.

5. Das versicherte Kapital kann ausgezahlt werden, nachdem die Gesellschaft nach Vorlage der angeforderten Unterlagen den Zustand der Invalidität des versicherten Mitglieds anerkannt hat.

6. Sollte die Gesellschaft die Invalidität nicht anerkennen, so hat das versicherte Mitglied innerhalb von 30 Tagen ab erfolgter Mitteilung die Möglichkeit, mittels Einschreibebrief mit Rückantwort an die Generaldirektion der Gesellschaft die Entscheidung eines Schiedsgerichts zu beantragen. Dieses setzt sich aus drei Ärzten zusammen: einen ernennt die Gesellschaft, einen das versicherte Mitglied und der Dritte wird im Einvernehmen zwischen den beiden Parteien ernannt. Sollte innerhalb von 20 Tagen ab Ansuchen um Schiedsgerichtsverfahren keine Vereinbarung getroffen worden sein, so wird die Wahl des dritten Schiedsrichters dem Präsidenten des Landesgerichtes, das dem Wohnort des versicherten Mitglieds am nächsten gelegen ist, übertragen.

Das Schiedsgericht beschließt durch Mehrheitsabstimmung innerhalb von 30 Tagen, und zwar als Schlichter ohne Verfahrensformalität.

Die Schiedsrichter können, sofern sie es für nötig halten, ohne Urteilspflicht jede einleitende oder nebensächliche gesundheitliche Bescheinigung (Arztvisiten, Laboruntersuchungen, usw.) anfordern.

Jede Partei haftet für die Kosten und Vergütungen des jeweiligen Arztes und für die Hälfte jener des dritten Arztes. Die anderen Kosten gehen zu Lasten der verlierenden Partei.

Art. 11. – Begünstigte

1. Begünstigte im Falle des Ablebens: die vom Mitglied auf dem Beitrittsformular angegebenen Begünstigten. Begünstigte im Falle der vollständigen Dauerinvalidität: das Mitglied selbst.

2. Bei Ableben des Mitglieds müssen die Anspruchsberechtigten die Auszahlung des Kapitals beantragen und der Gesellschaft die Unterlagen weiterleiten, die das Datum und die Ursache des Todes sowie ihr Anrecht auf die Leistung belegen. Innerhalb von 30 Tagen ab Erhalt dieser Unterlagen zahlt die Gesellschaft den Anspruchsberechtigten das versicherte Kapital aus, sofern neben den bereits erhaltenen keine weiteren Informationen notwendig sind. Als Zahlungsmittel wird das von den Anspruchsberechtigten aus den von der Gesellschaft vorgeschlagenen Zahlungsmitteln gewählte verwendet.

3. Die Benennung der Begünstigten kann in folgenden Fällen nicht widerrufen oder geändert werden:
- nachdem der Versicherungsnehmer und der Begünstigte der Gesellschaft schriftlich mitgeteilt haben, auf das Widerrufsrecht zu verzichten beziehungsweise die Benennung als Begünstigter anzunehmen;
 - nach Ableben des Versicherungsnehmers;
 - falls der Begünstigte nach Eintreten des vorgesehenen Versicherungsfalls der Gesellschaft schriftlich mitgeteilt hat, die Leistung in Anspruch nehmen zu wollen.

4. Für alle Zahlungen seitens der Gesellschaft müssen dieser zuvor alle Unterlagen ausgehändigt werden, die erforderlich sind, um:

- das tatsächliche Vorliegen der Zahlungsverpflichtung zu überprüfen;
- die Begünstigten genau zu ermitteln.

Nachfolgend werden die Unterlagen angeführt, die der Begünstigte bei Ableben des Mitglieds vorlegen muss:

- Benachrichtigung der Begünstigten über das Ableben;
- Original der Polisse und der etwaigen Anhänge betreffend Vertragsänderungen beziehungsweise, in Ermangelung derselben, Verlustanzeige;
- Todesurkunde;

- auf eigenem von der Gesellschaft zur Verfügung gestelltem Formular abgefasster ärztlicher Bericht über die Ursachen des Ablebens des Mitglieds sowie etwaige weitere ärztliche Unterlagen, die erforderlich sein sollten, um die Richtigkeit und die Vollständigkeit der Erklärungen des Mitglieds hinsichtlich der Sachverhalte, welche die Beurteilung des Risikos beeinflusst haben, zu überprüfen;
- beeidigte Bezeugungsurkunde (Notorietätsakt) oder Ersatzerklärung, aus welcher hervorgeht, ob das Mitglied ein Testament hinterlassen hat;
- bei Vorliegen eines Testaments muss eine beeidigte Abschrift desselben eingereicht werden;
- beeidigte Bezeugungsurkunde (Notorietätsakt) oder Ersatzerklärung, aus welcher die rechtmäßigen Erben hervorgehen;
- bei minderjährigen Begünstigten: Ermächtigung des Vormundschaftsrichters zur Einlösung der geschuldeten Beträge.

Die Gesellschaft behält sich zudem das Recht vor, in Sonderfällen weitere Unterlagen im Zusammenhang mit besonderen Prüfungserfordernissen einzufordern.

Art. 12. - Schlussklausel des Titels III

1. Die in der nachfolgenden Tabelle angeführten Sätze könnten infolge von besonderen Bestimmungen der Aufsichtsbehörde über die Privatversicherungen (ISVAP) Änderungen unterliegen beziehungsweise anhand des Vergleichs zwischen den angewandten technischen Grundlagen und den Ergebnissen aus der direkten Erfahrung geändert werden.

2. Die neuen Sätze treten beim ersten Jahrestag nach ihrer Einführung in Kraft.

TABELLE 4b

ZUSÄTZLICHE VERSICHERUNGSLEISTUNGEN BEI VORZEITIGEM ABLEBEN UND VOLLSTÄNDIGER
DAUERINVALIDITÄT
SÄTZE PRO 1.000 EURO AN VERSICHERTEM KAPITAL

ALTER	UNISEX-SÄTZE
18	0,58
19	0,61
20	0,65
21	0,68
22	0,70
23	0,75
24	0,78
25	0,81
26	0,84
27	0,89
28	0,93
29	0,95
30	0,96
31	1,04
32	1,06
33	1,14
34	1,19
35	1,27
36	1,38
37	1,47
38	1,60
39	1,73
40	1,90

PENSPLAN PLURIFONDS

41	2,17
42	2,35
43	2,59
44	2,85
45	3,16
46	3,46
47	3,81
48	4,24
49	4,68
50	5,22
51	5,90
52	6,59
53	7,24
54	8,00
55	8,78
56	9,66
57	10,56
58	11,50
59	12,15