

Besondere Bedingung KL101

für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung mit Gewinnbeteiligung

Nur gültig in Verbindung mit der Lebensversicherung

- § 1 Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?
- § 2 Was ist Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen?
- § 3 Was ist versichert?
- § 4 Wann beginnt der Versicherungsschutz?
- § 5 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?
- § 6 Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Leistungen verlangt werden?
- § 7 Wann beginnt und wann endet ein Anspruch auf Leistung? Wann werden Leistungen fällig?
- § 8 Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?
- § 9 Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?
- § 10 Was gilt bei einer Verletzung der Anzeige- und Mitwirkungspflichten?
- § 11 Was gilt bei Meinungsverschiedenheiten?
- § 12 Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?
- § 13 Wie sind Sie am Überschuss beteiligt (Gewinnbeteiligung)?
- § 14 Wann kann die Prämie angepasst werden?
- § 15 Wann kann die Berufsunfähigkeitsrente erhöht werden?

§ 1 Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

1.1. Ist die versicherte Person

- infolge Krankheit, Körperverletzung oder eines mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls,
- die ärztlich nachzuweisen sind,
- voraussichtlich 6 Monate ununterbrochen zu mindestens 50% außerstande oder bereits 6 Monate ununterbrochen zu mindestens 50% außerstande gewesen, ihren Beruf auszuüben,
- und übt sie auch keine andere Tätigkeit aus, die ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht, so gilt dieser Zustand von Beginn an als Berufsunfähigkeit.

Die Lebensstellung ergibt sich aus dem beruflichen Einkommen und der sozialen Wertschätzung des Berufs, wobei die andere Tätigkeit bereits dann nicht der bisherigen Lebensstellung entspricht, wenn entweder das Einkommen oder die Wertschätzung der anderen Tätigkeit spürbar unter das Niveau des bislang ausgeübten Berufs absinken. Die zumutbare Minderung des Einkommens und der Wertschätzung richten sich dabei nach den individuellen Gegebenheiten in Anlehnung an die von der Rechtsprechung entwickelten Grundsätze. Die zumutbare Minderung des Einkommens beträgt jedoch höchstens 20 Prozent des jährlichen Bruttoeinkommens des bislang ausgeübten Berufs. Unsere Bedingungen sehen keine abstrakte Verweisbarkeit auf einen anderen Beruf vor.

1.2. Bei der Prüfung der Berufsunfähigkeit ist der zuletzt ausgeübte Beruf, so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war, maßgebend. Falls die versicherte Person infolge einer fortschreitenden Krankheit oder eines mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls ihren Beruf leidensbedingt geändert hat, ist für die Frage, ob Berufsunfähigkeit vorliegt, der bei Eintritt des Leidens ausgeübte Beruf maßgebend.

1.3. Bei Selbstständigen setzt Berufsunfähigkeit im Sinne von Punkt 1.1 zusätzlich voraus, dass die versicherte Person auch nach einer zumutbaren Umorganisation des Betriebes außerstande ist, ihren Beruf auszuüben. Zumutbar ist eine Umorganisation nur, wenn der versicherten Person ein sinnvolles Tätigkeitsfeld verbleibt und ihre Lebensstellung als Betriebsinhaber gewahrt ist. Die Umorganisationsmaßnahmen müssen wirtschaftlich zweckmäßig sein, dürfen keinen erheblichen Kapitaleinsatz erfordern und dürfen nicht zu Lasten der Gesundheit gehen.

Wir verzichten auf eine Prüfung der Umorganisation

- wenn der versicherte Selbstständige eine akademische Ausbildung erfolgreich abgeschlossen hat und in seiner täglichen Arbeitszeit mindestens zu 90 Prozent kaufmännische, planerische, leitende oder organisatorische Tätigkeiten ausübt oder
- wenn der Betrieb weniger als 5 Mitarbeiter beschäftigt. Zu den 5 Mitarbeitern zählen nur aus- oder angelernte Personen. Auszubildende, Praktikanten oder Werkstudenten bleiben dabei unberücksichtigt.

1.4. Ist die versicherte Person infolge eines Tätigkeitsverbots, das von der zuständigen Gesundheitsbehörde ausschließlich aus medizinischen Gründen aufgrund einer von der versicherten Person ausgehenden Infektionsgefahr ausgesprochen wurde, voraussichtlich 6 Monate ununterbrochen außerstande oder bereits 6 Monate ununterbrochen außerstande gewesen, ihren Beruf zu mindestens 50% auszuüben und übt sie auch keine andere Tätigkeit aus, die Ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht, so liegt von Beginn an Berufsunfähigkeit vor. Darüber hinaus gelten die Regelungen in Abs. Punkt 1.2 und 1.3.

- 1.5. Scheidet die versicherte Person bewusst und gewollt aus dem Berufsleben aus und werden später Leistungen wegen Berufsunfähigkeit beantragt, wird bei der Prüfung, ob Berufsunfähigkeit vorliegt, grundsätzlich auf den zuletzt vor Ausscheiden aus dem Berufsleben ausgeübten Beruf abgestellt. Haben sich die Anforderungen an diesen Beruf so verändert, dass die versicherte Person mit ihren Kenntnissen und Fähigkeiten auch ohne gesundheitliche Beeinträchtigung diesen Beruf tatsächlich nicht mehr ausüben könnte, wird bei der Anwendung von Punkt 1.2 auf eine Tätigkeit abgestellt, die von der versicherten Person aufgrund der bestehenden Kenntnisse und Fähigkeiten noch ausgeübt werden könnte und ihrer Lebensstellung zum Zeitpunkt des Ausscheidens aus dem Berufsleben entspricht. Ein Ausscheiden aus dem Berufsleben liegt nicht vor, wenn es sich nur um eine vorübergehende Unterbrechung der Berufsausübung von bis zu 5 Jahren handelt (z. B. wegen Mutterschutz, Karenzurlaub, Arbeitslosigkeit, Zivil- oder Grundwehrdienst); in diesen Fällen ist bei der Prüfung der Leistungsansprüche im Sinne der Punkte 1. und 1.2 der vor der Unterbrechung ausgeübte Beruf und die damit verbundene Lebensstellung maßgeblich.
- 1.6. Ist die versicherte Person pflegebedürftig im Sinne von § 2, so gilt dieser Zustand als Berufsunfähigkeit.

§ 2 Was ist Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

- 2.1. Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person 6 Monate ununterbrochen infolge Krankheit, Körperverletzung oder eines mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls so hilflos ist, dass sie für mindestens drei der in Punkt 2.2 genannten Verrichtungen auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel in erheblichem Umfang täglich der Hilfe einer anderen Person bedarf. Die Pflegebedürftigkeit ist ärztlich nachzuweisen.
- 2.2. Bei Beurteilung der Pflegebedürftigkeit ist die erforderliche Hilfe bei folgenden Verrichtungen maßgebend: Die versicherte Person benötigt Hilfe beim
- Fortbewegen im Zimmer**
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person - auch bei Inanspruchnahme einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls - die Unterstützung einer anderen Person für die Fortbewegung benötigt.
- Aufstehen und Zubettgehen**
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person nur mit Hilfe einer anderen Person das Bett verlassen oder in das Bett gelangen kann.
- An- und Auskleiden**
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person - auch bei Benutzung krankengerechter Kleidung - sich nicht ohne Hilfe einer anderen Person an- oder auskleiden kann.
- Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken**
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person - auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße - nicht ohne Hilfe einer anderen Person essen und trinken kann.
- Waschen, Kämmen oder Rasieren**
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person von einer anderen Person gewaschen, gekämmt oder rasiert werden muss, da sie selbst nicht mehr fähig ist, die dafür erforderlichen Körperbewegungen auszuführen.
- Verrichten der Notdurft**
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person die Unterstützung einer anderen Person benötigt, weil
- sie sich nach dem Stuhlgang nicht allein säubern kann
 - sie ihre Notdurft nur unter Zuhilfenahme einer Bettschüssel verrichten kann oder weil
 - der Darm bzw. die Blase nur mit fremder Hilfe entleert werden kann.
- Besteht allein eine Inkontinenz des Darms bzw. der Blase, die durch die Verwendung von Windeln oder speziellen Einlagen ausgeglichen werden kann, liegt hinsichtlich der Verrichtung der Notdurft keine Pflegebedürftigkeit vor.
- 2.3. Unabhängig von der Beurteilung der Pflegebedürftigkeit gemäß Punkt 2.2 liegt Pflegebedürftigkeit vor, wenn die versicherte Person
- wegen einer seelischen Erkrankung oder geistigen Beeinträchtigung sich oder andere gefährdet und deshalb täglicher Beaufsichtigung bedarf oder
 - dauernd bettlägerig ist und nicht ohne Hilfe einer anderen Person aufstehen kann.

§ 3 Was ist versichert?

3.1. Prämienbefreiung bei Berufsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit:

Wird die versicherte Person während der vereinbarten Versicherungsdauer berufsunfähig, so entfällt die Verpflichtung zur Prämienzahlung, sofern diese besteht. Dies gilt nicht für allfällige Zusatzprämien für Vorauszahlungen laut den Bestimmungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Hauptversicherung.

3.2. Berufsunfähigkeitsrente (sofern vereinbart) bei Berufsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit:

Wird die versicherte Person während der vereinbarten Versicherungsdauer berufsunfähig, gelangt, sofern vereinbart, während der vereinbarten Leistungsdauer eine Berufsunfähigkeitsrente zur Auszahlung. Sofern nicht anders vereinbart, wird die Rente monatlich im Voraus gezahlt.

Ist eine garantierte Rentensteigerung für den Leistungsfall vereinbart, erhöht sich die Rente bei Berufsunfähigkeit jährlich um den vereinbarten Prozentsatz. Die Erhöhung erfolgt zu Beginn jedes Versicherungsjahres, wobei die erstmalige Erhöhung der Rente mit Beginn des zweiten vollen Versicherungsjahres nach Eintritt der Berufsunfähigkeit vorgenommen wird.

Entsteht während der Versicherungsdauer erneut ein Anspruch auf Zahlung einer Berufsunfähigkeitsrente, so beginnt die Rentenzahlung wieder in der Höhe der ursprünglich versicherten Rente und erhöht sich in den Folgejahren wie beschrieben. In der Vergangenheit bereits erfolgte Rentensteigerungen werden der Rentenzahlung somit nicht zugrunde gelegt.

3.3. Prämienbefreiung und Rente (sofern vereinbart) bei Krankschreibung:

Ist die versicherte Person mindestens sechs Monate während der vereinbarten Versicherungsdauer ununterbrochen krankgeschrieben, so entfällt die Verpflichtung zur Prämienzahlung und es gelangt die Rente in Höhe der Berufsunfähigkeitsrente zur Auszahlung.

Wenn die Leistungsprüfung ergibt, dass bei der versicherten Person Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Versicherungsbedingungen vorliegt, erbringen wir mit Beginn des nächsten Monatsersten nach Abschluss der Leistungsprüfung Leistungen wegen Berufsunfähigkeit. Ab diesem Zeitpunkt werden die Leistungen wegen Krankschreibung eingestellt.

Solange Leistungen wegen Berufsunfähigkeit erbracht werden, besteht kein Anspruch auf Leistungen wegen Krankschreibung.

Wenn die versicherte Person mehrfach Leistungen basierend auf Krankschreibung erhält, ist die Leistungsdauer für alle eingetretenen Krankschreibungen auf 18 Monate begrenzt.

Leistungen wegen Krankschreibung können nur dann verlangt werden, wenn zeitgleich Leistungen wegen Berufsunfähigkeit im Sinne von §1 beantragt werden.

3.4. Wiedereingliederungshilfe bei Wegfall der Berufsunfähigkeitsrente:

Wenn wir die vereinbarte Berufsunfähigkeitsrente nicht mehr leisten, weil die versicherte Person tatsächlich eine andere Tätigkeit als bei Anerkennung der Berufsunfähigkeit ausübt, die ihrer bisherigen Lebensstellung nach Punkt 1.1 entspricht, zahlen wir als Wiedereingliederungshilfe einen einmaligen Betrag in Höhe von sechs Monatsrenten. Voraussetzung für die Zahlung ist, dass bei Entstehen des Anspruchs auf Wiedereingliederungshilfe die verbleibende Leistungsdauer noch mindestens ein Jahr beträgt. Wenn bei der versicherten Person innerhalb von 6 Monaten erneut eine Berufsunfähigkeit aufgrund derselben medizinischen Ursache eintritt, verrechnen wir im Fall der Anerkennung unserer Leistungspflicht die Einmalzahlung mit den Berufsunfähigkeitsrenten. Die Wiedereingliederungshilfe können Sie mehrmals erhalten, wenn die Voraussetzungen jeweils erneut erfüllt sind und Versicherungsschutz besteht.

3.5. Umorganisationshilfe bei Nichtzahlung oder Wegfall einer Berufsunfähigkeitsrente:

Wenn wir die vereinbarte Berufsunfähigkeitsrente nicht oder nicht mehr leisten, weil die versicherte Person ihren Betrieb zumutbar nach Punkt 1.3 umorganisieren könnte, zahlen wir als Umorganisationshilfe einen einmaligen Betrag in Höhe von sechs Monatsrenten. Voraussetzung für die Zahlung ist, dass bei Entstehen des Anspruchs auf Umorganisationshilfe die verbleibende Leistungsdauer noch mindestens ein Jahr beträgt. Wenn bei der versicherten Person innerhalb von 6 Monaten erneut eine Berufsunfähigkeit aufgrund derselben medizinischen Ursache eintritt, verrechnen wir im Fall der Anerkennung unserer Leistungspflicht die Einmalzahlung mit den Berufsunfähigkeitsrenten. Die Umorganisationshilfe können Sie mehrmals erhalten, wenn die Voraussetzungen jeweils erneut erfüllt sind und Versicherungsschutz besteht.

3.6. Weltweiter Versicherungsschutz:

Der Versicherungsschutz aus dieser Zusatzversicherung gilt weltweit.

3.7. Beratung zur Rehabilitation und Reintegration:

Wir bieten Ihnen darüber hinaus im Falle der Zahlung einer Berufsunfähigkeitsrente eine Beratung über Möglichkeiten zur medizinischen Rehabilitation und beruflichen Reintegration durch entsprechende Spezialisten an.

3.8. Leistungshöhe:

Die Höhe der vereinbarten Leistungen entnehmen Sie bitte Ihren Antragsunterlagen und der Versicherungsurkunde.

§ 4 Wann beginnt der Versicherungsschutz?

- 4.1. Der Versicherungsschutz aus dieser Zusatzversicherung beginnt, sobald wir die Annahme Ihres Antrages schriftlich oder durch Zustellung der Versicherungsurkunde erklärt und Sie die erste oder einmalige Prämie rechtzeitig bezahlt haben. Vor dem in der Versicherungsurkunde angegebenen Versicherungsbeginn besteht kein Versicherungsschutz.
- 4.2. Diese Zusatzversicherung ist mit vorläufigem Sofortschutz ausgestattet. Vorläufiger Sofortschutz besteht nur bei Berufsunfähigkeit der versicherten Person infolge eines Unfalls. Der vorläufige Sofortschutz erstreckt sich auf die Prämienbefreiung und, sofern beantragt, auf die Berufsunfähigkeitsrente, wobei die jährliche Leistung aus Prämienbefreiung und Berufsunfähigkeitsrente mit EUR 14.000,- begrenzt ist, auch wenn insgesamt höhere Summen auf das Leben derselben versicherten Person beantragt sind. Der vorläufige Sofortschutz gilt,
 - wenn die versicherte Person zum Zeitpunkt der Antragstellung voll arbeitsfähig ist,
 - nicht in ärztlicher Behandlung oder unter ärztlicher Kontrolle steht,
 - soweit die Versicherungsbedingungen keine Einschränkungen oder Ausschlüsse (siehe § 5) vorsehen,
 - soweit die Annahmerichtlinien eine Versicherbarkeit vorsehen.

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

Der vorläufige Sofortschutz beginnt mit Eingang Ihres vollständig ausgefüllten Antrages in einer unserer Verwaltungsstellen, frühestens aber mit dem beantragten Versicherungsbeginn. Der vorläufige Sofortschutz endet mit Zustellung der Versicherungsurkunde oder der Ablehnung Ihres Antrags oder auch mit unserer Erklärung, dass der vorläufige Sofortschutz beendet ist oder auch mit Ihrem Rücktritt vom Antrag, sofern dieser vor Zustellung der Versicherungsurkunde erfolgt, in jedem Fall jedoch sechs Wochen nach Antragstellung.

Wenn wir auf Grund des vorläufigen Sofortschutzes leisten, verrechnen wir keine Prämie.

§ 5 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

- 5.1. Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, auf welcher Ursache der Versicherungsfall beruht.
- 5.2. Wir leisten jedoch nicht, wenn die Berufsunfähigkeit auf einer der folgenden Ursachen beruht:
 - a) unmittelbar oder mittelbar auf kriegerischen Ereignissen. Wir werden jedoch leisten, wenn die Berufsunfähigkeit während eines Aufenthalts der versicherten Person außerhalb von Österreich in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang von kriegerischen Ereignissen verursacht wurde, an denen sie nicht selbst aktiv beteiligt war.
 - b) inneren Unruhen, falls die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat.
 - c) widerrechtlicher Handlung, mit der Sie als Versicherungsnehmer vorsätzlich die Berufsunfähigkeit der versicherten Person herbeigeführt haben.
 - d) vorsätzlicher Ausführung oder strafbarem Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die versicherte Person. Wir leisten jedoch uneingeschränkt, wenn die Berufsunfähigkeit bei einer von der versicherten Person begangenen Verwaltungsübertretung im Straßenverkehr verursacht wurde.
 - e) absichtlicher Herbeiführung von Krankheit oder eines mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls, absichtlicher Selbstverletzung oder versuchtem Selbstmord. In diesen Fällen besteht der Versicherungsschutz nur dann, wenn uns nachgewiesen wird, dass die Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit oder unter dem Druck schwerer körperlicher Leiden begangen worden sind.
 - f) durch Strahlen infolge Kernenergie, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen derart gefährden, dass zur Abwehr der Gefährdung eine Katastrophenschutzbehörde oder vergleichbare Einrichtung tätig wurde.
 - g) unmittelbar oder mittelbar durch den vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder den vorsätzlichen Einsatz oder die vorsätzliche Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen, sofern der Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet ist, das Leben einer Vielzahl von Personen zu gefährden.

Wir leisten jedoch in den Fällen f) und g) uneingeschränkt, wenn es sich um ein räumlich und zeitlich begrenztes Ereignis handelt, bei dem nicht mehr als 1.000 Menschen unmittelbar sterben oder voraussichtlich mittelbar innerhalb von fünf Jahren nach dem Ereignis sterben oder dauerhaft schwere gesundheitliche Beeinträchtigungen erleiden werden. Die Voraussetzungen einer uneingeschränkten Leistungspflicht werden wir innerhalb von 6 Monaten seit dem Ereignis von einem unabhängigen Gutachter prüfen und gegebenenfalls bestätigen lassen. Ansprüche auf die uneingeschränkte Versicherungsleistung werden frühestens nach Ablauf dieser Frist fällig.

§ 6 Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Leistungen verlangt werden?

- 6.1. Der Eintritt der Berufsunfähigkeit ist uns unverzüglich in geschriebener Form mitzuteilen. Werden Leistungen verlangt, sind uns folgende Unterlagen auf Kosten der Anspruch erhebenden Person vorzulegen:
- eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Berufsunfähigkeit;
 - ausführliche Berichte der Ärzte, die die versicherte Person gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens sowie über dessen Auswirkungen auf die Berufsfähigkeit oder Art und Umfang der Pflegebedürftigkeit.
 - Unterlagen über den Beruf der versicherten Person, seine Stellung und Tätigkeit zum Zeitpunkt des Eintrittes der Berufsunfähigkeit sowie über die eingetretenen Veränderungen
 - Unterlagen über das Einkommen aus selbstständiger oder unselbstständiger Tätigkeit der letzten 3 Jahre.
 - bei Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit zusätzlich eine Bescheinigung der Person oder der Einrichtung, die mit der Pflege betraut ist, über Art und Umfang der Pflege und soweit vorliegend der Leistungsbescheid nach Bundespflegegeldgesetz und die Gutachten zur Feststellung.
 - Bei Berufsunfähigkeit aufgrund eines Tätigkeitsverbots zusätzlich der Bescheid über das Tätigkeitsverbot und die dazugehörigen Unterlagen.
 - Sollen Leistungen aufgrund von Krankschreibung erbracht werden, zusätzlich Bescheinigungen des zuständigen Krankenversicherungsträgers, Amts- oder Gemeindearztes, die Beginn und Dauer und Ursache der Unmöglichkeit der Berufsausübung bestätigen und die Bescheinigung der Ursache von einem Facharzt der entsprechenden Fachrichtung.
- 6.2. Die untersuchenden und behandelnden Ärzte müssen ermächtigt werden, uns Auskunft zu erteilen. Das gilt auch für Krankenhäuser, Sanatorien, Heilanstalten, Pflegeheime, Pflegepersonen, Versorgungs- und Fürsorgeämter, Sachverständige, Versicherungsunternehmen, Sozialversicherungsträger oder ähnliche Einrichtungen sowie bezüglich des Berufes auch für Arbeitgeber.

Sie können eine solche Datenerhebung verweigern oder eine bereits erteilte Einwilligung widerrufen. Ob ein Anspruch auf eine Versicherungsleistung besteht, können wir jedoch dann aufgrund der fehlenden Unterlagen nicht prüfen. Es erfolgt daher keine Leistung.

- 6.3. Wir können auf unsere Kosten verlangen, dass
- uns Nachweise über wirtschaftliche Verhältnisse und deren Veränderungen vorgelegt werden. Hierzu zählen insbesondere zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen - auch der Arbeitgeber - über den zuletzt und bei Vertragsabschluss ausgeübten Beruf;
 - die versicherte Person von Ärzten und Sachverständigen unserer Wahl und auf unsere Kosten untersucht wird. Dabei handelt es sich um von uns unabhängige Ärzte und Sachverständige, die nicht bei einer Allianz-Gesellschaft angestellt sind.

Wenn sich die versicherte Person im Ausland aufhält, können wir verlangen, dass die Untersuchungen in Österreich durchgeführt werden. In diesem Fall übernehmen wir die Untersuchungskosten, sowie die allgemein üblichen Reise- und Aufenthaltskosten. Hat die versicherte Person ihren Wohnsitz in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, Großbritannien, Norwegen, Australien, Kanada und USA oder der Schweiz, prüfen wir auf Ihren Wunsch hin, ob dort eine qualitativ gleichwertige Untersuchung möglich und eine Reise vermeidbar ist.

- 6.4. Die versicherte Person ist dazu verpflichtet, geeignete Hilfsmittel (z. B. Sehhilfe, Prothese) zu verwenden und zumutbare Heilbehandlungen vorzunehmen, die eine wesentliche Besserung ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung erwarten lassen. Zumutbar sind Heilbehandlungen, die gefahrlos und nicht mit besonderen Schmerzen verbunden sind. Heilbehandlungen, die mit einem operativen Eingriff verbunden sind, sehen wir in diesem Zusammenhang als nicht zumutbar an.
- 6.5. Die Punkte 6.1 bis 6.4 gelten auch, wenn eine Karenzzeit im Sinne des Punkts 7.2 vereinbart ist.
- 6.6. Wir können verlangen, dass uns ein amtlicher Nachweis vorgelegt wird, aus dem hervorgeht, dass die versicherte Person am Fälligkeitstag der Leistung gelebt hat. Der Tod der versicherten Person ist uns unverzüglich anzuzeigen.
- 6.7. Zu Unrecht erhaltene Leistungen sind an uns zurückzuzahlen.

§ 7 Wann beginnt und wann endet ein Anspruch auf Leistung? Wann werden Leistungen fällig?

- 7.1. Der Anspruch auf Prämienbefreiung und Rente entsteht mit Ablauf des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist beziehungsweise die Krankschreibung begonnen hat.
- 7.2. Ist eine Karenzzeit vereinbart, entsteht der Anspruch auf Leistungen bei Berufsunfähigkeit oder Krankschreibung mit dem Ablauf des Monats, in dem die Karenzzeit endet. Die Karenzzeit ist der Zeitraum zwischen dem Eintritt der Berufsunfähigkeit oder Krankschreibung und dem Zeitpunkt, ab dem deswegen ein Anspruch auf

die Zahlung von Leistungen entstehen kann. Die Berufsunfähigkeit oder Krankschreibung im Sinne dieser Bedingungen muss dabei innerhalb der Karenzzeit ununterbrochen bestehen. Endet die Berufsunfähigkeit oder Krankschreibung vor Ablauf der Karenzzeit und tritt innerhalb von 3 Jahren danach erneut Berufsunfähigkeit oder Krankschreibung aufgrund derselben medizinischen Ursache ein, so werden bereits zurückgelegte Karenzzeiten angerechnet.

- 7.3. Der Anspruch auf die Wiedereingliederungs- bzw. Umorganisationshilfe entsteht, sobald die Leistungsvoraussetzungen erfüllt sind.
- 7.4. Der Anspruch auf Leistung endet, wenn die Berufsunfähigkeit wegfällt, die versicherte Person stirbt, die Krankschreibung endet oder die Dauer für die Leistungen bei Berufsunfähigkeit abläuft.
- 7.5. Wenn die versicherte Person mehrfach Leistungen basierend auf Krankschreibung (Punkt 1.7) erhält, ist die Leistungsdauer für alle eingetretenen Krankschreibungen auf 18 Monate begrenzt.
- 7.6. Die Versicherungsleistungen werden erstmals nach Abschluss der Erhebungen zum Versicherungsfall (mit Abgabe einer unsere Leistungspflicht bejahenden Erklärung im Sinne des § 8) fällig.

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

- 8.1. Während der Leistungsprüfung informieren wir Sie im Abstand von höchstens 4 Wochen über den aktuellen Bearbeitungsstand. Wenn uns alle erforderlichen Unterlagen vorliegen, erklären wir spätestens nach 4 Wochen in geschriebener Form, ob wir leisten und wenn ja, in welchem Umfang und ab welchem Zeitpunkt.
- 8.2. Bis zur Entscheidung über unsere Leistungspflicht sind die Prämien weiter zu bezahlen. Wir werden diese Prämien bei Anerkennung der Leistungspflicht zurückzahlen. Auf Ihren Antrag werden wir die bis zur endgültigen Entscheidung über unsere Leistungspflicht noch fällig werdenden Prämien zinsenlos stunden. Entscheiden wir nach Abschluss der Leistungsprüfung, dass kein Anspruch besteht, sind die gestundeten Prämien in einem Betrag nachzuzahlen. Auf Wunsch kann die Nachzahlung der gestundeten Prämien auch auf 24 Monate verteilt oder durch Reduktion der versicherten Leistung ausgeglichen werden.
- 8.3. Wir können einmalig für längstens 12 Monate ein zeitlich befristetes Anerkenntnis aussprechen. Eine Nachprüfung gemäß § 9 ist für die Zeit der Befristung ausgeschlossen. Die in diesem Zeitraum erbrachten Leistungen fordern wir auch dann nicht zurück, wenn sich im Nachhinein herausstellen sollte, dass sich ein bedingungsgemäßer Anspruch nicht nachweisen ließ bzw. bestanden hat. Nach Ablauf der Befristung prüfen wir das Vorliegen bedingungsgemäßer Berufsunfähigkeit wie bei einer Erstprüfung. Die erforderlichen Unterlagen werden wir dann von Ihnen anfordern.

§ 9 Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?

- 9.1. Nach Anerkennung oder Feststellung unserer Leistungspflicht sind wir berechtigt, das Fortbestehen der Berufsunfähigkeit und ihren Grad nachzuprüfen. Bei der Nachprüfung können neu erworbene Kenntnisse und Fähigkeiten berücksichtigt werden und wir können prüfen, ob eine andere Tätigkeit im Sinne von § 1 ausgeübt wird.
- 9.2. Zur Nachprüfung können wir auf unsere Kosten jederzeit sachdienliche Auskünfte und einmal jährlich umfassende Untersuchungen der versicherten Person durch von uns zu beauftragende Ärzte verlangen. Die Bestimmungen der Punkte 6.2 und 6.3 gelten entsprechend.
- 9.3. Die Wiederaufnahme der Berufstätigkeit müssen Sie uns unverzüglich mitteilen.
- 9.4. Stellen wir fest, dass die Voraussetzungen der Leistungspflicht im Sinne von § 1 bzw. § 2 entfallen sind, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn wir Ihnen die Veränderung in geschriebener Form darlegen. Die Einstellung unserer Leistung wird mit dem Ablauf des dritten Monats nach Zugang unserer Erklärung bei Ihnen wirksam. Zu diesem Zeitpunkt muss, sofern die Prämienzahlungsdauer nicht abgelaufen ist, auch die Prämienzahlung wieder aufgenommen werden. Endet eine Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen bereits vor Ablauf einer vereinbarten Karenzzeit, so wird keine Leistung erbracht.

§ 10 Was gilt bei einer Verletzung der Anzeige- und Mitwirkungspflichten?

- 10.1. Werden Fragen schuldhaft unrichtig oder unvollständig beantwortet, können wir innerhalb von drei Jahren seit Abschluss, Wiederherstellung oder einer die Leistungspflicht des Versicherers erweiternden Änderung des Vertrages vom Vertrag oder auch nur von der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung zurücktreten, bei Eintritt des Versicherungsfalles innerhalb dieser drei Jahre auch noch nach Ablauf dieser Frist. Wir können den Rücktritt nur innerhalb eines Monats ab Kenntnis der Unrichtigkeit oder Unvollständigkeit der Angaben erklären.

Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleiben wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war. Wir können nicht vom Vertrag zurücktreten, wenn wir von der Unrichtigkeit oder Unvollständigkeit der Angaben Kenntnis hatten.

Davon unberührt bleiben alle Rechte betreffend der Anfechtung des Vertrages wegen arglistiger Täuschung. Wenn wir den Vertrag anfechten oder vom Vertrag zurücktreten, haben Sie keinen Anspruch auf eine Leistung. Schuldhaft unrichtige oder unvollständige Angaben können darüber hinaus nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen zum Verlust des Versicherungsschutzes führen.

10.2. Solange eine Mitwirkungspflicht nach § 6 oder § 9 von Ihnen, der versicherten Person oder dem Anspruch Erhebenden vorsätzlich oder grob fahrlässig nicht erfüllt wird, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht bleiben die Ansprüche aus der Versicherung jedoch insoweit bestehen, wenn die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist.

10.3. Wird eine Mitwirkungspflicht zum Nachweis des Versicherungsfalles nach § 6 verspätet erfüllt, sind wir für die erwiesene Zeit der Berufsunfähigkeit, maximal für die Dauer von bis zu 3 Jahren rückwirkend ab dem Zeitpunkt der Erfüllung dieser Pflicht nach Maßgabe dieser Bedingungen zur Leistung verpflichtet. Wird eine Mitwirkungspflicht nach § 9 verspätet erfüllt, sind wir ab Beginn des laufenden Monats in dem die Pflicht erfüllt wird, nach Maßgabe dieser Bedingungen zur Leistung verpflichtet.

§ 11 Was gilt bei Meinungsverschiedenheiten?

11.1. Sind Sie mit unserer Entscheidung nicht einverstanden, können Sie innerhalb eines Jahres nach Zugang unserer in geschriebener Form erfolgten Erklärung den Anspruch gerichtlich geltend machen.

11.2. Verstreicht diese Frist, ohne dass bei Gericht Klage erhoben wird, so sind weitergehende Ansprüche als wir sie anerkannt haben, ausgeschlossen.

§ 12 Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?

12.1. Die Zusatzversicherung bildet mit der Versicherung, zu der sie abgeschlossen worden ist (Hauptversicherung), eine Einheit und kann ohne diese nicht fortgesetzt werden. Spätestens wenn der Versicherungsschutz aus der Hauptversicherung endet, erlischt auch die Zusatzversicherung, außer aus der Zusatzversicherung wird eine laufende Rentenleistung erbracht und die Leistungsdauer der laufenden Rente ist über das Ende der Hauptversicherung hinaus vereinbart.

12.2. Bei Herabsetzung der versicherten Leistung der Hauptversicherung verringert sich die versicherte Leistung aus dieser Zusatzversicherung im selben Verhältnis. Der Versicherungsschutz aus der Zusatzversicherung erlischt, wenn der Versicherungsschutz aus der Hauptversicherung nach einer erfolgten Prämienfreistellung nur noch in Höhe der prämienfreien Versicherungssumme besteht.

12.3. Die Zusatzversicherung kann für sich allein gekündigt werden. Rückkauf oder Prämienfreistellung ist nicht möglich.

12.4. Lebt unsere aus irgendeinem Grund erloschene oder beschränkte Leistungspflicht aus der Hauptversicherung wieder auf und tritt die Zusatzversicherung wieder in Kraft, so können Ansprüche aus dieser nicht aufgrund solcher Ursachen (Krankheit, Körperverletzung, Kräfteverfall) geltend gemacht werden, die während der Unterbrechung des vollen Versicherungsschutzes eingetreten sind.

12.5. Ist unsere Leistungspflicht anerkannt, so berechnen wir alle Leistungen aus der Hauptversicherung so, als ob Sie die Prämien, mit Ausnahme von Mehrprämien aus einer Zuwachsklausel Start-Ziel, unverändert ohne eventuelle weitere Wertanpassungen weitergezahlt hätten.

12.6. Anerkannte Ansprüche auf Zahlung einer Berufsunfähigkeitsrente werden bei Rückkauf der Hauptversicherung nicht berührt.

12.7. Weitere in die Hauptversicherung eingeschlossene Unfalltod- und Unfallinvaliditätszusatzversicherungen ruhen mit Eintritt der Berufsunfähigkeit.

12.8. Eine Zusatzversicherung, aus der eine Leistung erbracht wird, können Sie nicht kündigen.

12.9. Soweit in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Hauptversicherung sinngemäß Anwendung.

§ 13 Wie sind Sie am Überschuss beteiligt (Gewinnbeteiligung)?

- 13.1. Im Wege der Gewinnbeteiligung nehmen Sie an den aus dem Geschäftsverlauf nach unserem Geschäftsplan festgestellten Überschüssen teil. Die Lebensversicherer sind zu vorsichtiger Kalkulation verpflichtet, damit die vertraglichen Leistungen auch dann erfüllt werden können, wenn sich der Schadensverlauf ungünstig entwickelt. Ist der tatsächliche Verlauf günstiger als kalkuliert, so entstehen Risikogewinne.
- 13.2. Alle nach diesen Bedingungen abgeschlossenen Zusatzversicherungen sind dem Gewinnverband "Risiko" zugeordnet. Der Teilabrechnungsverband ist tarifabhängig und der Versicherungsurkunde zu entnehmen.
- 13.3. Die Beteiligung der einzelnen Verträge an den in Punkt 13.1 beschriebenen Risikogewinnen ist so gestaltet, dass in der versicherten Leistung ein prämienfreier Leistungsbonus berücksichtigt ist. Somit ist die Prämie an der versicherten Leistung abzüglich Leistungsbonus bemessen.
- 13.4. Der Leistungsbonus wird auf Basis des Verhältnisses ermittelt, das sich bei einem Vergleich der im entsprechenden Teilabrechnungsverband beobachteten Schadenswahrscheinlichkeiten mit der rechnermäßigen Schadenswahrscheinlichkeit laut Geschäftsplan ergibt.
- 13.5. Laufende Renten sind ebenfalls gewinnberechtigt. Sie steigen jährlich zum vollen Versicherungsjahr um den Zinsgewinnanteilsatz, der in Prozent angegeben ist. Dieser kann auch Null sein. Die erstmalige Erhöhung der Rente erfolgt mit Beginn des zweiten vollen Versicherungsjahres nach Eintritt der Berufsunfähigkeit. Entsteht während der Versicherungsdauer erneut ein Anspruch auf Zahlung einer Berufsunfähigkeitsrente oder Rente bei Krankschreibung, so beginnt die Rentenzahlung wieder in der Höhe der ursprünglich versicherten Rente und erhöht sich in den Folgejahren wie beschrieben. In der Vergangenheit bereits erfolgte Rentensteigerungen werden der Rentenzahlung somit nicht zugrunde gelegt.
- 13.6. Die Basis für den Leistungsbonus und der Zinsgewinnanteilsatz werden jährlich vom Vorstand der Allianz Elementar Lebensversicherungs-AG auf Vorschlag des verantwortlichen Aktuars unter Beachtung der maßgebenden aufsichtsrechtlichen Bestimmungen festgelegt und im Geschäftsbericht veröffentlicht. Sie können für die einzelnen Teilabrechnungsverbände und für in Sonderverbänden geführte Gruppen von Versicherungen, die sich nach Versicherungsart oder anderen objektiven Merkmalen unterscheiden, in unterschiedlicher Höhe festgesetzt werden. Der auf dieser Basis ermittelte und für die Prämienberechnung maßgebliche Leistungsbonus gilt jeweils für das im darauffolgenden Geschäftsjahr beginnende Versicherungsjahr.

§ 14 Wann kann die Prämie angepasst werden?

- 14.1. Wir sind nach § 172 Versicherungsvertragsgesetz (siehe Gesetzestext abgedruckt am Ende dieser Bedingungen) berechtigt, bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden und nicht vorhersehbaren Änderung des Leistungsbedarfes gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen und der daraus berechneten Prämie diese entsprechend den berichtigten Berechnungsgrundlagen neu festzusetzen. Voraussetzung ist, dass die Änderung erforderlich erscheint, um die dauernde Erfüllbarkeit der Versicherungsleistungen zu gewährleisten. Eine Prämienanpassung wird frühestens zu Beginn der Versicherungsperiode wirksam, die auf Ihre Benachrichtigung über die Prämienanpassung folgt.
- 14.2. Wir sind nach § 41 Versicherungsvertragsgesetz (siehe Gesetzestext abgedruckt am Ende dieser Bedingungen) berechtigt, die Prämie zu erhöhen oder die Berufsunfähigkeitszusatzversicherung zu kündigen, falls bei Vertragsabschluss gefahrerhebliche Umstände wegen Unkenntnis oder unverschuldet nicht angezeigt werden und dadurch erhöhte Risiken entstehen. Auf dieses Recht verzichten wir ausdrücklich.

§ 15 Wann kann die Berufsunfähigkeitsrente erhöht werden?

15.1. Anlassunabhängige Erhöhung:

Sie können verlangen, dass Ihre vereinbarte Berufsunfähigkeitsrente innerhalb der ersten 5 Jahre nach Versicherungsbeginn ohne erneute Risikoprüfung erhöht wird. Dies gilt nicht, wenn

- die versicherte Person in dem dem Erhöhungstermin vorangegangenen Jahr länger als 14 Kalendertage durchgehend außerstande war, ihre Berufstätigkeit auszuüben oder
- Ihre Versicherung mit vereinfachter Risikoprüfung zustande gekommen ist.

15.2. Anlassabhängige Erhöhung

Sie können eine eingeschlossene Berufsunfähigkeitsrente ohne erneute Risikoprüfung bei folgenden Anlässen erhöhen, wenn Sie die Erhöhung innerhalb von 6 Monaten seit Eintritt des Anlasses verlangen:

- Geburt eines Kindes der versicherten Person.
- Die Adoption eines Minderjährigen durch die versicherte Person.
- Aufnahme einer selbstständigen beruflichen Tätigkeit der versicherten Person, sofern diese die Mitgliedschaft in der für den Beruf zuständigen Kammer erfordert.
- Beendigung der Berufsausbildung bzw. Start in das Berufsleben der versicherten Person

- Aufnahme eines Darlehens der versicherten Person zur Finanzierung einer selbstgenutzten Immobilie im Wert von mindestens EUR 100.000,-.
- Heirat bzw. Begründung einer eingetragenen Partnerschaft der versicherten Person
- Ehescheidung bzw. Aufhebung der eingetragenen Partnerschaft der versicherten Person
- Erhöhung des Jahreseinkommens der versicherten Person unter folgenden Voraussetzungen:
Ist die versicherte Person nicht selbstständig tätig, muss die Erhöhung des garantierten Gehaltes mindestens 10 % des garantierten Gehaltes im Kalenderjahr zuvor betragen. Übt die versicherte Person eine selbstständige Tätigkeit aus, muss die versicherte Person in 3 aufeinander folgenden Kalenderjahren jeweils ein um 10 % höheres Einkommen aus beruflicher Tätigkeit vor Abzug von Steuern gegenüber dem Einkommen vor Steuern in dem Kalenderjahr erzielt haben, das dem 3-Jahreszeitraum vorausgeht.
- Die versicherte Person erhält Prokura.
- Das Einkommen der versicherten Person überschreitet erstmals die österreichische Sozialversicherungshöchstbeitragsgrundlage.
- Wegfall eines Vertrages auf betriebliche Altersversorgung, aufgrund dessen die versicherte Person verfallbare Versorgungsanswartschaften hatte, unter folgender Voraussetzung:
Die versicherte Person befindet sich in einem neuen, ungekündigten Arbeitsverhältnis oder hat eine selbstständige berufliche Tätigkeit aufgenommen, die die Mitgliedschaft in der für den Beruf zuständigen Kammer fordert.
- Beitragsfreistellung eines Vertrages auf betriebliche Altersversorgung, aufgrund dessen der versicherten Person verfallbare oder unverfallbare Versorgungsanswartschaften zustehen, unter folgenden Voraussetzungen:
 - Die versicherte Person führt den Vertrag auf betriebliche Altersversorgung nicht als Privatvertrag mit eigenen Beiträgen fort.
 - Die versicherte Person befindet sich in einem ungekündigten Arbeitsverhältnis oder hat eine selbstständige berufliche Tätigkeit aufgenommen, die die Mitgliedschaft in der für den Beruf zuständigen Kammer fordert.

15.3. Weitere Voraussetzungen

Darüber hinaus gelten folgende Voraussetzungen:

- Die versicherte Person darf bei einer Erhöhung nach Punkt 15.1 das vierzigste Lebensjahr noch nicht vollendet haben.
- Die versicherte Person darf bei einer Erhöhung nach Punkt 15.2 das fünfundvierzigste Lebensjahr noch nicht vollendet haben.
- Die versicherte Person darf nicht berufsunfähig oder krankgeschrieben sein und es wurden noch keine Leistungen wegen Berufsunfähigkeit oder Krankenschreibung beantragt.
- Es darf keine individuelle Anpassungsvereinbarung vorliegen.

15.4. Grenzen

Für die Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente ohne erneute Risikoprüfung gelten folgende Grenzen:

- die jährliche Berufsunfähigkeitsrente muss sich um mindestens 600 EUR erhöhen;
- die jährliche Berufsunfähigkeitsrente darf sich um höchstens 6.000 EUR erhöhen;
- mehrere Erhöhungen dürfen für alle für die versicherte Person bestehenden Berufsunfähigkeitsrenten insgesamt 12.000 EUR jährliche Rente nicht überschreiten;
- alle für die versicherte Person bestehenden Berufsunfähigkeitsrenten, Erwerbsunfähigkeitsrenten und Renten bei Beeinträchtigung von körperlichen und geistigen Fähigkeiten (dabei ist auch die staatliche und betriebliche Vorsorge umfasst) müssen insgesamt in einem angemessenen Verhältnis zum Einkommen der versicherten Person stehen. Bei einem Nettoarbeitseinkommen bis 50.000 EUR jährlich dürfen die Rentenansprüche im Fall der Berufsunfähigkeit insgesamt nicht mehr als 80 Prozent ihres Nettoarbeitseinkommens betragen; bei einem höheren Nettoarbeitseinkommen der versicherten Person dürfen die voraussichtlichen Rentenansprüche im Fall der Berufsunfähigkeit insgesamt die Summe von 80 Prozent von 50.000 EUR zuzüglich 60 Prozent von dem 50.000 EUR übersteigenden Teil des Nettoarbeitseinkommens nicht überschreiten. Als Nettoarbeitseinkommen gilt dabei das durchschnittliche Nettoarbeitseinkommen der letzten 3 Jahre.

15.5. Auswirkungen

Die Prämie für die erhöhte Berufsunfähigkeitsrente richtet sich nach den hierfür maßgebenden Tarifregelungen. Auf Wunsch informieren wir Sie über die Auswirkungen.

Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz - VersVG

§ 41 VersVG

(1) Ist die dem Versicherungsnehmer beim Abschluss des Vertrages obliegende Anzeigepflicht verletzt worden, das Rücktrittsrecht des Versicherers aber ausgeschlossen, weil dem anderen Teil kein Verschulden zur Last fällt, so kann der Versicherer vom Beginn der laufenden Versicherungsperiode an eine höhere Prämie verlangen, falls sie mit Rücksicht auf die höhere Gefahr angemessen ist. Das gleiche gilt, wenn beim Abschluss des Vertrages ein für die Übernahme der Gefahr erheblicher Umstand dem Versicherer nicht angezeigt worden ist, weil er dem anderen

Teil nicht bekannt war.

(2) Wird die höhere Gefahr nach den für den Geschäftsbetrieb des Versicherers maßgebenden Grundsätzen auch gegen eine höhere Prämie nicht übernommen, so kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von einem Monat kündigen.

(3) Der Anspruch auf die höhere Prämie erlischt, wenn er nicht innerhalb eines Monats von dem Zeitpunkt an geltend gemacht wird, in welchem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht oder von dem nicht angezeigten Umstand Kenntnis erlangt. Das gleiche gilt von dem Kündigungsrecht, wenn es nicht innerhalb des bezeichneten Zeitraumes ausgeübt wird.

§ 172 VersVG

Bietet eine Lebensversicherung Versicherungsschutz für ein Risiko, bei dem ungewiss ist, ob und wann der Versicherungsfall eintreten wird, so darf sich der Versicherer für den Fall einer nicht nur vorübergehenden nicht vorhersehbaren Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen und der daraus errechneten Prämie eine Erhöhung der Prämie in sinngemäßer Anwendung des § 178f ausbedingen.

§ 178f VersVG

(1) Eine Vereinbarung, nach der der Versicherer berechtigt ist, die Prämie nach Vertragsabschluß einseitig zu erhöhen oder den Versicherungsschutz einseitig zu ändern, etwa einen Selbstbehalt einzuführen, ist - unbeschadet des § 6 Abs. 1 Z 5 KSchG beziehungsweise des § 6 Abs. 2 Z 3 KSchG - nur mit den sich aus den Abs. 2 und 3 ergebenden Einschränkungen wirksam.

(2) Als für Änderungen der Prämie oder des Versicherungsschutzes maßgebende Umstände dürfen nur die Veränderungen folgender Faktoren vereinbart werden:

1. eines in der Vereinbarung genannten Index,
2. der durchschnittlichen Lebenserwartung,
3. der Häufigkeit der Inanspruchnahme von Leistungen nach Art der vertraglich vorgesehenen und deren Aufwendigkeit, bezogen auf die auf die zu diesem Tarif Versicherten,
4. des Verhältnisses zwischen den vertraglich vereinbarten Leistungen und den entsprechenden Kostenersätzen der gesetzlichen Sozialversicherungen,
5. der durch Gesetz, Verordnung, sonstigen behördlichen Akt oder durch Vertrag zwischen dem Versicherer und im Versicherungsvertrag bezeichneten Einrichtungen des Gesundheitswesens festgesetzten Entgelte für die Inanspruchnahme dieser Einrichtungen und
6. des Gesundheitswesens oder der dafür geltenden gesetzlichen Bestimmungen.

Bloß vom Älterwerden des Versicherten oder von der Verschlechterung seines Gesundheitszustandes abhängige Anpassungen dürfen jedenfalls nicht vereinbart werden, insbesondere ist eine Prämienanpassung unzulässig, um eine schon bei Eingehung der Versicherung unzureichend kalkulierte Alterungsrückstellung zu ersetzen. Es kann jedoch vereinbart werden, daß eine zunächst geringere Prämie ab einem bestimmten Lebensalter des Versicherten auf denjenigen Betrag angehoben wird, den der betreffende Tarif für Versicherte vorsieht, die mit diesem Alter in die Versicherung eintreten; dieses Lebensalter darf nicht über 20 Jahren liegen.

(3) Erhöht der Versicherer die Prämie, so hat er dem Versicherungsnehmer auf dessen Verlangen die Fortsetzung des Vertrages mit höchstens gleichbleibender Prämie und angemessen geänderten Leistungen anzubieten.

(4) Die Erklärung einer rückwirkenden Änderung der Prämie oder des Versicherungsschutzes ist unwirksam; die Erklärung wirkt erst ab dem der Absendung folgenden Monatsersten.