

## Besondere Bedingung KL105

### für die Zusatzversicherung mit Kapitalzahlung bei Eintritt einer schweren Krankheit

Nur gültig in Verbindung mit der Lebensversicherung

- § 1 Was gilt als schwere Krankheit im Sinne dieser Bedingungen?
- § 2 Was ist versichert?
- § 3 Wann beginnt der Versicherungsschutz?
- § 4 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?
- § 5 Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Leistungen verlangt werden?
- § 6 Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?
- § 7 Was gilt bei einer Verletzung der Anzeige- und Mitwirkungspflichten?
- § 8 Was gilt bei Meinungsverschiedenheiten?
- § 9 Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?
- § 10 Wie sind Sie am Überschuss beteiligt (Gewinnbeteiligung)?
- § 11 Wann kann die Prämie angepasst werden?

#### § 1 Was gilt als schwere Krankheit im Sinne dieser Bedingungen?

Die folgenden Krankheiten sind eine schwere Krankheit im Sinne dieser Bedingungen, wenn sie die im Einzelnen genannten Voraussetzungen erfüllen. Der Eintritt einer der versicherten schweren Krankheiten ist durch einen Facharzt der entsprechenden Fachrichtung gemäß der nach aktuellem medizinischen Wissensstand üblichen Befunderhebungen nachzuweisen.

- a) Herzinfarkt  
Es liegt ein während der Versicherungsdauer akut aufgetretener Infarkt vor, der mit den zum Zeitpunkt des Auftretens geltenden kardiologischen Nachweisverfahren eindeutig belegt worden ist. Andere Erkrankungen des Herzmuskels, die nicht eindeutig als Herzinfarkt nachgewiesen werden können, gelten nicht als Versicherungsfall im Sinne dieser Bedingungen.
- b) Koma  
Es liegt eine schwere Funktionsstörung des Gehirns mit einem Schweregrad von höchstens 8 Punkten nach dem Glasgow-Coma-Scale für die Dauer von mindestens 4 Tagen vor. Ein "Künstliches Koma" (Langzeitnarkose), das einen zu therapeutischen Zwecken medikamentös herbeigeführten Zustand darstellt, gilt nicht als Versicherungsfall im Sinne dieser Bedingungen.
- c) Krebs  
Bei einer Krebserkrankung muss ein Zeitraum von mindestens 6 Monaten zwischen Beginn der Zusatzversicherung und Erstdiagnosestellung gelegen haben. Zudem muss
  - ein solider Tumor ab einer Tumorgroße T2 oder
  - ein Tumor mit Lymphknoten oder
  - Fernmetastasen oder
  - ein Gehirntumor ab WHO II oder
  - Leukämie, Lymphomen in allen Stadien nachgewiesen werden.
- d) Multiple Sklerose  
Es liegt eine Multiple Sklerose in folgender Form vor: Wenn die Erkrankung schubförmig verläuft, müssen
  - mindestens zwei definierte Schübe und
  - mindestens eine objektivierbare klinische Läsion (Zerstörung des Nervengewebes) und
  - ein typischer Kernspin-Befund oder positiver Liquorbefund (Funktionsbefund der Rückenmarkflüssigkeit) vorliegen.Wenn die Erkrankung chronisch fortschreitend verläuft, müssen die Symptome mit bleibenden funktionellen Einschränkungen über mindestens 6 Monate kontinuierlich zunehmen und es müssen
  - mindestens eine objektivierbare klinische Läsion und
  - ein typischer Kernspin-Befund oder positiver Liquorbefund und
  - ein Kernspin-Befund über die Vergrößerung der Zerstörungsherde vorliegen.Die funktionellen Einschränkungen müssen gemäß der Extended Disability Status Scale festgestellt worden sein. Für einen Versicherungsfall müssen sie mindestens der EDSS Stufe 4,5 entsprechen. Unklare Verdachtsfälle, wie z.B. "Klinisch isoliertes Syndrom" oder "mögliche Multiple Sklerose" gelten nicht als Versicherungsfall im Sinne dieser Bedingungen.
- e) Schlaganfall  
Es liegt ein Schlaganfall mit einem der folgenden Symptome vor, die über mindestens 3 aufeinander folgende Monate vorgelegen haben müssen oder voraussichtlich 3 Monate lang vorliegen werden: Halbseitige Lähmungen (Hemiplegie / Hemiparese), Sprachstörungen (Aphasie), Sehstörungen, Schluckstörungen, Epi-

lepsie oder Einschränkung der alltäglichen Fähigkeiten auf unter 60 Punkte nach dem Barthel-Index (Index zur Bewertung von alltäglichen Fähigkeiten). Kurz andauernde Schlaganfälle, die folgenlos ausheilen (TIA = transitorische ischämische Attacke), gelten nicht als Versicherungsfall im Sinne dieser Bedingungen.

- f) Querschnittslähmung  
Es liegt eine Querschnittslähmung vor, bei der die Lähmung bzw. der Verlust der Gebrauchsfähigkeit beider Beine über mindestens 3 Monate vorgelegen hat und nach aktuellem medizinischem Wissensstand voraussichtlich auf Dauer fortbesteht.

## **§ 2 Was ist versichert?**

- 2.1 Tritt bei der versicherten Person während der Versicherungsdauer eine schwere Krankheit im Sinne des § 1 ein, zahlen wir nach Ablauf von 28 Tagen, gerechnet ab dem auf den Eintritt des Versicherungsfalls folgenden Tag, das vereinbarte Kapital.
- 2.2 Wenn die versicherte Person vor Ablauf der 28 Tage nach Eintritt der schweren Krankheit im Sinne des § 1 stirbt, erbringen wir keine Leistung und die Zusatzversicherung erlischt.
- 2.3 Auch nach Anerkennung einer Leistungspflicht wegen einer schweren Krankheit im Sinne des § 1 besteht Ihre Zusatzversicherung fort. Treten bei der versicherten Person nacheinander mehrere versicherte schwere Krankheiten im Sinne des § 1 ein, besteht unsere Leistungspflicht grundsätzlich auch für diese weiteren schweren Krankheiten.

Dabei sind folgende Einschränkungen zu beachten:

- Nach Eintritt einer schweren Krankheit im Sinne des § 1 gilt eine Wartezeit von drei Monaten, d.h. der Eintritt einer weiteren schweren Krankheit während dieses Zeitraums begründet keinen neuen Versicherungsfall im Sinne des Punkt 2.1.
  - Wenn die versicherte schwere Krankheit im Sinne des § 1, die bereits zur Leistungspflicht geführt hat, ein weiteres Mal eintritt, kann kein weiterer Versicherungsfall im Sinne des § Punkt 2.1 geltend gemacht werden.
  - Alle mittelbaren und unmittelbaren Folgen einer eingetretenen schweren Krankheit im Sinne des § 1 begründen keinen weiteren Versicherungsfall im Sinne des § Punkt 2.1.
  - Nach einem Herzinfarkt oder einem Schlaganfall im Sinne des § 1 wird nach Eintritt einer der beiden schweren Krankheiten die jeweilige andere schwere Krankheit nicht mehr vom Versicherungsschutz umfasst. Bei Eintritt eines Herzinfarkts oder eines Schlaganfalls besteht Ihre Zusatzversicherung daher ohne Versicherungsschutz für die schweren Krankheiten Schlaganfall und Herzinfarkt fort.
- 2.4 Weltweiter Versicherungsschutz:  
Der Versicherungsschutz besteht weltweit.
- 2.5 Leistungshöhe:  
Die Höhe der vereinbarten Leistungen entnehmen Sie bitte Ihren Antragsunterlagen und der Versicherungsurkunde.

## **§ 3 Wann beginnt der Versicherungsschutz?**

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 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?**

- 4.1 Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, auf welcher Ursache der Versicherungsfall beruht.
- 4.2 Wir leisten jedoch nicht, wenn der Versicherungsfall verursacht ist:
- a) durch innere Unruhen, wenn die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;
  - b) unmittelbar oder mittelbar durch kriegerische Ereignisse. Wir werden jedoch leisten, wenn der Versicherungsfall während eines Aufenthalts der versicherten Person außerhalb von Österreich in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen verursacht wurde, an denen sie nicht selbst aktiv beteiligt war;
  - c) durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die versicherte Person. Wir leisten jedoch uneingeschränkt, wenn der Versicherungsfall bei einer von der versicherten Person begangenen Verwaltungsübertretung im Straßenverkehr verursacht wurde;
  - d) durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit oder eines mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls, absichtliche Selbstverletzung oder versuchten Selbstmord. In diesen Fällen besteht der Versiche-

rungsschutz 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;

- e) durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie als Versicherungsnehmer vorsätzlich den Versicherungsfall der versicherten Person herbeigeführt haben;
- 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.

## **§ 5 Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Leistungen verlangt werden?**

- 5.1 Werden Leistungen wegen Eintritt einer schweren Krankheit nach § 1 verlangt, sind uns unverzüglich auf Kosten des Anspruchserhebenden folgende Unterlagen einzureichen: Ausführliche, aussagekräftige Befundberichte der Fachärzte, die die versicherte Person gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, mit Nachweisen über Ursache, Beginn, Art, Schweregrad, Verlauf und voraussichtliche Dauer der Erkrankung.
- 5.2 Wir können auf unsere Kosten verlangen, dass 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.
- 5.3 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. 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.
- 5.4 Wir können verlangen, dass uns ein amtlicher Nachweis vorgelegt wird, aus dem hervorgeht, dass die versicherte Person am Fälligkeitstag des Kapitals bei Eintritt einer schweren Krankheit gelebt hat. Der Tod der versicherten Person ist uns unverzüglich anzuzeigen
- 5.5 Zu Unrecht erhaltene Zahlungen sind an uns zurückzuzahlen.

## **§ 6 Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?**

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.

## **§ 7 Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten im Leistungsfall?**

- 7.1 Solange eine Mitwirkungspflicht nach § 5 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, als die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist.
- 7.2 Wird eine Mitwirkungspflicht zum Nachweis des Versicherungsfalles nach § 5 verspätet erfüllt, sind wir für einen nachgewiesenen Eintritt einer schweren Erkrankung maximal für die Dauer von 3 Jahren rückwirkend ab dem Zeitpunkt der Erfüllung dieser Pflicht nach Maßgabe dieser Bedingungen zur Leistung verpflichtet. Wird

eine Mitwirkungspflicht nach § 5 verspätet erfüllt, sind wir ab Beginn des laufenden Monats, in dem die Pflicht erfüllt wird nach Maßgabe dieser Bedingungen zur Leistung verpflichtet.

## **§ 8 Was gilt bei Meinungsverschiedenheiten?**

- 8.1 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.
- 8.2 Verstreicht diese Frist, ohne dass bei Gericht Klage erhoben wird, so sind weitergehende Ansprüche als wir sie anerkannt haben, ausgeschlossen.

## **§ 9 Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?**

- 9.1 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.
- 9.2 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.
- 9.3 Die Zusatzversicherung kann für sich allein gekündigt werden. Rückkauf oder Prämienfreistellung ist nicht möglich.
- 9.4 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 schwerer Krankheiten geltend gemacht werden, die während der Unterbrechung des vollen Versicherungsschutzes eingetreten sind.
- 9.5 Soweit in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Hauptversicherung sinngemäß Anwendung.

## **§ 10 Wie sind Sie am Überschuss beteiligt (Gewinnbeteiligung)?**

- 10.1 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.
- 10.2 Alle nach diesen Bedingungen abgeschlossenen Versicherungsverträge sind dem Gewinnverband "Risiko" zugeordnet. Der Teilabrechnungsverband ist tarifabhängig und den Antragsunterlagen und der Versicherungsurkunde zu entnehmen.
- 10.3 Die Beteiligung der einzelnen Verträge an den in Punkt 10.1 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.
- 10.4 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.
- 10.5 Die Basis für den Leistungsbonus und der Zinsgewinnanteilsatz werden jährlich von unserem Vorstand 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 Versicherungsverträgen, 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.

## **§ 11 Wann kann die Prämie angepasst werden?**

- 11.1 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.

11.2 Wir sind nach § 41 Versicherungsvertragsgesetz (siehe Gesetzestext abgedruckt am Ende dieser Bedingungen) berechtigt, die Prämie zu erhöhen oder die Zusatzversicherung 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.

## **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.