

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Grundfähigkeitsversicherung (Körperkasko)

Inhaltsverzeichnis

Begriffsbestimmungen

- § 1 Welche Leistungen werden im Versicherungsfall erbracht?
 - § 2 Welche Pflichten hat der Versicherungsnehmer?
 - § 3 Was gilt als körperliche und geistige Fähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?
 - § 4 Was ist Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen?
 - § 5 Was gilt als schwere Krankheit im Sinne dieser Bedingungen?
 - § 6 Wann kann die vereinbarte Rente erhöht werden?
 - § 7 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?
 - § 8 Wann beginnt der Versicherungsschutz?
 - § 9 Welche Kosten und Gebühren fallen an?
 - § 10 Wann kann die Prämie angepasst werden?
 - § 11 Wie sind Sie am Überschuss beteiligt (Gewinnbeteiligung)?
 - § 12 Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?
 - § 13 Welche Angaben zur Steuerpflicht müssen Sie machen?
 - § 14 Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Leistungen verlangt werden?
 - § 15 Was gilt für die Nachprüfung der Leistungspflicht bei Zahlung der Rente?
 - § 16 Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten im Leistungsfall?
 - § 17 Wann und wie kann eine Unterbrechung der Prämienzahlung oder Kündigung der Versicherung erfolgen?
 - § 18 Wie sind Erklärungen abzugeben?
 - § 19 Was gilt bei Abtretung, Verpfändung und Vinkulierung?
 - § 20 Wer erhält Versicherungsleistungen aus diesem Vertrag (Bezugsberechtigung)?
 - § 21 Was gilt bei Meinungsverschiedenheiten?
 - § 22 Wann verjähren die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag?
 - § 23 Was sind die Vertragsgrundlagen?
 - § 24 Wo und wann können Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag gerichtlich geltend gemacht werden? (Gerichtsstand und anzuwendendes Recht)
 - § 25 Welche Aufsichtsbehörde ist zuständig?
 - § 26 An wen können Sie sich wenden, falls Sie sich beschweren möchten?
 - § 27 Wo erbringen wir unsere Leistung (Erfüllungsort)?
- Auszug aus dem VersVG: §172, §178 und §41

Wir haben aus Gründen der Lesbarkeit auf eine geschlechtsneutrale Formulierung verzichtet. Es sind jedoch immer beide Geschlechter im Sinne der Gleichbehandlung angesprochen.

Begriffsbestimmungen

Bitte lesen Sie die folgenden Begriffsbestimmungen sorgfältig durch - sie sind für das Verständnis dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) notwendig.

Bezugsberechtigter (Begünstigter)

ist die Person, die für den Empfang der Leistung des Versicherers genannt ist.

Gewinnbeteiligung (siehe § 11)

sind die Ihrem Vertrag zugeteilten Überschüsse, die dazu führen, dass für einen Teil der versicherten Leistung keine Prämie zu entrichten ist und im Leistungsfall die Rentenzahlungen erhöht werden.

Grundfähigkeitsversicherung

ist eine Lebensversicherung, die eine Leistung bei Eintritt der Beeinträchtigung wesentlicher körperlicher oder geistiger Fähigkeiten der versicherten Person vorsieht.

Prämie

ist das vom Versicherungsnehmer zu zahlende Entgelt.

Tarif/Geschäftsplan

ist eine der Finanzmarktaufsichtsbehörde (FMA) übermittelte detaillierte Aufstellung jener Bestimmungen und versicherungsmathematischen Formeln, anhand derer die Leistung des Versicherers und die Gegenleistung des Versicherungsnehmers (Prämie) zu berechnen sind.

Versicherer

Allianz Elementar Lebensversicherungs-Aktiengesellschaft,
1130 Wien, Hietzinger Kai 101-105

Versicherte Person

ist die Person, für die der Versicherungsschutz abgeschlossen ist.

Versicherungsnehmer

ist der Vertragspartner des Versicherers und Träger der Rechte und Pflichten aus dem Versicherungsvertrag.

§ 1 Welche Leistungen werden im Versicherungsfall erbracht?

1.1 Rente und Prämienbefreiung bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten:

- a) Tritt bei der versicherten Person während der Versicherungsdauer eine Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten im Sinne des § 3 ein, leisten wir die vereinbarte Rente und die Verpflichtung zur Prämienzahlung entfällt. Die Leistungen erbringen wir, solange die versicherte Person lebt, längstens jedoch bis zum Ende der vertraglich vereinbarten Leistungsdauer. Unsere Leistungspflicht endet auch, wenn die Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten im Sinne des § 3 entfällt.
- b) Die Ansprüche auf Befreiung von der Prämienzahlung und Rente entstehen mit Ablauf des Monats, in dem die Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Fähigkeiten im Sinne des § 3 eingetreten ist.
- c) Bis zur Entscheidung darüber, ob ein Anspruch vorliegt, sind die Prämien in voller Höhe weiter zu entrichten. Wir werden diese jedoch 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.

1.2 Kapitalzahlung bei Eintritt einer schweren Krankheit (sofern vereinbart):

- a) Wenn eine Kapitalzahlung bei Eintritt einer schweren Erkrankung vereinbart ist und bei der versicherten Person während der Versicherungsdauer eine schwere Krankheit im Sinne des § 5 eintritt, zahlen wir nach Ablauf von 28 Tagen, gerechnet ab dem auf den Eintritt des Versicherungsfalles folgenden Tag, das vereinbarte Kapital.
- b) Wenn die versicherte Person vor Ablauf der 28 Tage nach Eintritt der schweren Krankheit im Sinne des § 5 stirbt, erbringen wir keine Leistung und die Versicherung erlischt.
- c) Auch nach Anerkennung einer Leistungspflicht wegen einer schweren Krankheit im Sinne des § 5 besteht Ihre Versicherung fort. Treten bei der versicherten Person nacheinander mehrere versicherte schwere Krankheiten im Sinne des § 5 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 § 5 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 1.2 a).
- Wenn die versicherte schwere Krankheit im Sinne des § 5, die bereits zur Leistungspflicht geführt hat, ein weiteres Mal eintritt, kann kein weiterer Versicherungsfall im Sinne des Punkt 1.2 a) geltend gemacht werden.
- Alle mittelbaren und unmittelbaren Folgen einer eingetretenen schweren Krankheit im Sinne des § 5 begründen keinen weiteren Versicherungsfall im Sinne des § Punkt

1.2 a).

- Nach einem Herzinfarkt oder einem Schlaganfall im Sinne des § 5 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 Versicherung daher ohne Versicherungsschutz für die schweren Krankheiten Schlaganfall und Herzinfarkt fort.

1.3 Weltweiter Versicherungsschutz:

Der Versicherungsschutz besteht weltweit.

1.4 Leistungshöhe:

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

1.5 Fälligkeit

Die Versicherungsleistungen werden erstmals nach Abschluss der Erhebungen zum Versicherungsfall (mit Abgabe einer unsere Leistungspflicht bejahenden Erklärung im Sinne des § 12) fällig.

§ 2 Welche Pflichten hat der Versicherungsnehmer?

- 2.1 Sie sind verpflichtet, den Antrag und die damit verbundenen Fragen wahrheitsgemäß und vollständig auszufüllen bzw. zu beantworten. Wenn eine andere Person versichert werden soll, ist auch diese für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung aller Fragen verantwortlich.
- 2.2 Werden Fragen schuldhaft unrichtig oder unvollständig beantwortet, können wir innerhalb von drei Jahren seit Abschluss, Wiederherstellung oder einer unsere Leistungspflicht erweiternden Änderung des Vertrages 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 die 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.
- 2.3 An Ihren Antrag sind Sie sechs Wochen ab Antragstellung gebunden.
- 2.4 Sie sind verpflichtet, die vereinbarten Prämien (einmalige oder laufende Prämien) an uns kostenfrei und rechtzeitig zu bezahlen.
- 2.5 Laufende Prämien sind Jahresprämien. Sie können nach Vereinbarung auch in halbjährlichen, vierteljährlichen oder monatlichen Raten bezahlt werden.
- 2.6 Die erste oder einmalige Prämie wird mit Zustellung der Versicherungsurkunde, nicht aber vor Versicherungsbeginn fällig und ist sodann innerhalb von zwei Wochen zu bezahlen. Folgeprämien sind innerhalb eines Monats, bei monatlicher Prämienzahlung innerhalb von zwei Wochen, jeweils ab dem in der Versicherungsurkunde angegebenen Fälligkeitstag zu bezahlen.
- 2.7 Wenn Sie die erste oder eine einmalige Prämie nicht rechtzeitig bezahlen, sind wir leistungsfrei und können vom Vertrag zurücktreten, es sei denn Sie waren an der rechtzeitigen Zahlung ohne Verschulden verhindert. Es gilt als Rücktritt unsererseits,

wenn wir die erste oder einmalige Prämie nicht innerhalb von drei Monaten vom Fälligkeitstag an gerichtlich geltend machen. Bei einem Rücktritt sind die Kosten der ärztlichen Untersuchung von Ihnen zu bezahlen.

- 2.8 Wenn Sie eine Folgeprämie nicht rechtzeitig bezahlen, erhalten Sie eine Mahnung. Bezahlen Sie den Rückstand nicht innerhalb der in der Mahnung festgesetzten Frist von mindestens zwei Wochen, können wir den Vertrag zum Ablauf der festgesetzten Frist kündigen, es sei denn Sie waren an der rechtzeitigen Zahlung ohne Verschulden verhindert. Im Falle unserer Kündigung entfällt Ihr Versicherungsschutz.

§ 3 Was gilt als körperliche und geistige Fähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

3.1 Beeinträchtigung von körperlichen Aktivitäten oder Fähigkeiten der Sinne und des Intellekts

Wenn bei der versicherten Person voraussichtlich 12 Monate ununterbrochen infolge Krankheit, Körperverletzung oder eines mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls, die fachärztlich nachzuweisen sind, eine Beeinträchtigung einer der nachstehenden körperlichen Aktivitäten oder Fähigkeiten der Sinne und des Intellekts vorliegen wird oder bereits 12 Monate ununterbrochen vorlag, so liegt von Beginn an eine Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten im Sinne dieser Bedingungen vor. Die Beeinträchtigung der körperlichen Aktivitäten oder der Fähigkeiten der Sinne und des Intellekts darf nicht durch die in Punkt 14.5 genannten Hilfsmittel behebbar sein und muss im nachfolgend beschriebenen Umfang vorliegen. Die Beeinträchtigung einer der beschriebenen körperlichen Aktivitäten oder Fähigkeiten der Sinne und des Intellekts ist durch einen Facharzt der entsprechenden Fachrichtung gemäß der nach aktuellem medizinischen Wissensstand üblichen Befunderhebungen nachzuweisen. Bei den einzelnen Aktivitäten oder Fähigkeiten muss die versicherte Person in folgendem Umfang beeinträchtigt sein:

Körperliche Aktivitäten

- a) Gebrauch der Beine
Die versicherte Person ist nicht mehr in der Lage, eine Strecke von 400 Metern selbstständig und ohne Unterbrechung zurückzulegen oder eine Treppe von 12 Stufen selbstständig und ohne Unterbrechung hinauf- und hinabzusteigen. Beschwerden, die zu diesen motorischen Einschränkungen führen, müssen durch entsprechende krankhafte Befunde erklärbar sein.
- b) Gebrauch eines Armes
Die versicherte Person ist nicht mehr in der Lage, mit dem linken oder dem rechten Arm in Schulter- bzw. Brusthöhe zu arbeiten. Beschwerden, die zu diesen motorischen Einschränkungen führen, müssen durch entsprechende krankhafte Befunde erklärbar sein.
- c) Gebrauch einer Hand
Die versicherte Person ist mit der rechten oder mit der linken Hand nicht mehr in der Lage, eine Flasche mit Schraubverschluss zu öffnen oder einen Schraubenzieher oder eine Rohrzange oder eine Schere bestimmungsgemäß zu benutzen. Beschwerden, die zu diesen motorischen Einschränkungen führen, müssen durch entsprechende krankhafte Befunde erklärbar sein.
- d) Knien oder Bücken
Die versicherte Person ist nicht mehr in der Lage, sich aus eigener Kraft zu bücken oder hinzuknien, um den Boden zu berühren und sich danach wieder aufzurichten. Beschwerden, die zu diesen motorischen Einschränkungen führen, müssen durch entsprechende krankhafte Befunde erklärbar sein.

- e) Autofahren
Die versicherte Person ist zum Führen eines Personenkraftwagens außerstande. Der Führerschein muss nachweislich aus gesundheitlichen Gründen entzogen oder nicht erteilt worden sein. Dies muss ein verkehrsmmedizinisches Gutachten bestätigen und die ursächliche gesundheitliche Beeinträchtigung muss erstmals nach Abschluss des Vertrages aufgetreten sein. Alle Fälle, in denen der Führerschein der versicherten Person auf Grund von Alkohol- oder Drogenmissbrauch entzogen wird oder in denen die versicherte Person auf Basis einer psychiatrischen Erkrankung (Diagnose beginnend mit "F" nach ICD-10) zum Führen eines Personenkraftwagens außerstande ist, gelten nicht als Versicherungsfall im Sinne dieser Bedingungen.
- f) Heben und Tragen
Die versicherte Person ist nicht mehr in der Lage, mit den Händen einen Gegenstand von 5 kg (z.B. einen Werkzeugkoffer oder einen Farbeimer) von einem Tisch zu heben und 5 Meter weit zu tragen. Beschwerden, die zu diesen motorischen Einschränkungen führen, müssen durch entsprechende krankhafte Befunde erklärbar sein.
- g) Sitzen
Die versicherte Person ist nicht mehr in der Lage, 20 Minuten lang ununterbrochen zu sitzen, auch nicht mit Änderung der Sitzposition oder mit Abstützen auf Armlehnen. Beschwerden, die zu diesen motorischen Einschränkungen führen, müssen durch entsprechende krankhafte Befunde erklärbar sein.
- h) Stehen
Die versicherte Person ist auch mit Veränderung der Körperhaltung nicht mehr in der Lage, 10 Minuten lang ununterbrochen selbstständig zu stehen. Beschwerden, die zu diesen motorischen Einschränkungen führen, müssen durch entsprechende krankhafte Befunde erklärbar sein.
- i) Greifen und Halten
Die versicherte Person ist mit der rechten oder mit der linken Hand nicht mehr in der Lage, einen Gegenstand (z.B. ein Glas, einen Kochlöffel oder einen Pinsel) zu greifen und 5 Minuten lang ununterbrochen zu halten. Beschwerden, die zu diesen motorischen Einschränkungen führen, müssen durch entsprechende krankhafte Befunde erklärbar sein.
- j) Schreiben
Die versicherte Person ist weder mit der rechten noch mit der linken Hand in der Lage, mit einem Schreibstift mindestens 5 Wörter in Druckbuchstaben leserlich zu schreiben. Beschwerden, die zu diesen motorischen Einschränkungen führen, müssen durch entsprechende krankhafte Befunde erklärbar sein.

Fähigkeiten der Sinne und des Intellekts

- k) Sehen
Die Sehfähigkeit der versicherten Person ist so stark eingeschränkt, dass bezogen auf das bessere und vollständig korrigierte Auge nur noch ein Restsehvermögen von höchstens 3/60 bzw. 0,05 oder eine Einschränkung des Gesichtsfeldes auf höchstens 15 Grad Abstand vom Zentrum, also ein Gesamtgesichtsfeldwinkel von höchstens 30 Grad, besteht.
- l) Sprechen
Die Sprechfähigkeit oder die sprachliche Ausdrucksfähigkeit der versicherten Person ist nach abgeschlossenem Spracherwerb so weit eingeschränkt, dass die versicherte Person von ihrem sozialen Umfeld nicht mehr verstanden wird, weil sie keine verständlichen Worte mehr formen kann. Diese Beeinträchtigung muss in einem der folgenden

Bereiche auftreten: Spontansprache, Nachsprechen, Benennen, Sprachverständnis. Die Schädigung muss mittels Aachener-Aphasie-Test bestätigt sein. Alle Fälle von psychogenem Sprachverlust oder Sprachverlust auf Grund neurotischer Fehlentwicklungen gelten nicht als Versicherungsfall im Sinne dieser Bedingungen.

- m) Hören
Bei der versicherten Person besteht eine Schallempfindungsschwerhörigkeit auf beiden Ohren im Frequenzbereich des gesprochenen Wortes bei 2 kHz, die mittels Tonaudiogramm (Knochenleitung) einen Hörverlust von mindestens 60 dB nachweist. Alle Fälle von psychogenem Hörverlust oder Hörverlust auf Grund neurotischer Fehlentwicklungen gelten nicht als Versicherungsfall im Sinne dieser Bedingungen.
- n) Gleichgewichtssinn
Der Gleichgewichtssinn der versicherten Person ist so stark gestört, dass ein Besteigen von Leitern bzw. von Gerüsten nicht mehr ohne stark erhöhte Unfallgefahr möglich ist. Die Schädigung muss durch eine neurologische Untersuchung bestätigt werden. Alle Fälle von Gleichgewichtsstörungen auf Basis einer psychiatrischen Erkrankung (Diagnose beginnend mit "F" nach ICD-10, wie z.B. Angstattacken, Panikstörungen) sowie auf Grund von Polyneuropathien, die nachweisbar auf langfristigen Alkoholmissbrauch zurückzuführen sind, gelten nicht als Versicherungsfall im Sinne dieser Bedingungen.
- o) Intellekt
Die geistige Leistungsfähigkeit (Gedächtnis, Konzentration, Aufmerksamkeit, Auffassung, Handlungsplanung) der versicherten Person ist so schwer gestört, dass sie alltagsrelevante Tätigkeiten nicht mehr ausüben kann. Die Ergebnisse eines allgemein anerkannten Tests, der die geistige Leistungsfähigkeit prüft, müssen ergeben, dass die versicherte Person zu den schlechtesten 10% der Bevölkerung gehört.

3.2 Beeinträchtigung auf Grund von Pflegebedürftigkeit

Eine Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten im Sinne dieser Bedingungen liegt auch vor, wenn die versicherte Person pflegebedürftig im Sinne von § 4 ist.

3.3 Beeinträchtigung mit Vertretung durch einen Erwachsenenvertreter oder Vorsorgebevollmächtigten

Eine Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten im Sinne dieser Bedingungen liegt auch vor, wenn die versicherte Person aufgrund einer psychischen Krankheit oder einer intellektuellen Beeinträchtigung mindestens 12 Monate lang ununterbrochen durch eine von ihr mittels Vorsorgevollmacht bevollmächtigte Person oder durch einen gewählten, gesetzlichen oder gerichtlichen Erwachsenenvertreter vertreten werden musste oder voraussichtlich vertreten werden muss. Dabei muss durch ein fachärztliches Gutachten bestätigt werden, dass die versicherte Person aufgrund dieser Krankheit oder Beeinträchtigung alltagsrelevante Tätigkeiten nicht mehr ausüben kann.

§ 4 Was ist Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person 6 Monate ununterbrochen pflegebedürftig im Sinne von a) oder b) ist, deswegen täglich gepflegt wurde und weiterhin pflegebedürftig ist. Die Pflegebedürftigkeit ist ärztlich nachzuweisen.

- a) Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder eines mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls so hilflos ist, dass sie für mindestens drei der im Folgenden genannten Verrichtungen auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel in erheblichem Umfang täglich der Hilfe einer anderen Person bedarf. Bei der

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.

b) Unabhängig von der Beurteilung der Pflegebedürftigkeit nach Absatz a) 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.

§ 5 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 Versicherungsbeginn und Erstdiagnosestellung gelegen haben. Zudem muss

- ein solider Tumor ab einer Tumorgöße 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, Epilepsie 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 medizinischen Wissensstand voraussichtlich auf Dauer fortbesteht.

§ 6 Wann kann die vereinbarte Rente erhöht werden?

6.1 Anlassunabhängige Erhöhung

Sie können verlangen, dass Ihre vereinbarte Rente bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten 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.

Die Erhöhung ist nur zulässig, wenn die jährliche Rente bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten nach der Erhöhung 48.000,- EUR nicht übersteigt.

6.2 Anlassabhängige Erhöhung

Sie können Ihre vereinbarte Rente bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten ohne erneute Risikoprüfung bei folgenden Anlässen erhöhen, sofern die Erhöhung innerhalb von 6 Monaten seit Eintritt des Anlasses verlangt wird:

- 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 selbst genutzten Immobilie im Wert von mindestens 100.000 EUR.
- 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 Gehalts mindestens 10% des garantierten Gehalts 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 im 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, auf Grund 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, auf Grund 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.

6.3 Weitere Voraussetzungen

Im Übrigen gelten folgende Voraussetzungen:

- Die versicherte Person hat bei einer Erhöhung nach Punkt 6.1 das vierzigste Lebensjahr noch nicht vollendet.
- Die versicherte Person hat bei einer Erhöhung nach Punkt 6.2 das fünfundvierzigste Lebensjahr noch nicht vollendet.
- Bei der versicherten Person liegt keine Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten im Sinne des § 3 und auch keine schwere Krankheit im Sinne des § 5 dieser Bedingungen vor und es wurden noch keine Leistungen beantragt.
- Es liegt keine individuelle Anpassungsvereinbarung vor.

6.4 Grenzen

Für die Erhöhung der vertraglich vereinbarten Rente ohne Risikoprüfung gelten folgende Grenzen:

- Mindestbetrag: 600 EUR jährliche Rente
- Höchstbetrag: 6.000 EUR jährliche Rente
- mehrere Erhöhungen dürfen für alle für die versicherte Person bestehenden Renten insgesamt 12.000 EUR jährliche Rente nicht überschreiten
- alle für die versicherte Person bestehenden Berufsunfähigkeitsrenten, Erwerbsunfähigkeitsrenten und Renten bei Beeinträchtigung von körperlichen oder 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 Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten insgesamt nicht mehr als 80 Prozent ihres Nettoarbeitseinkommens betragen; bei einem höheren Nettoarbeitseinkommen der versicherten Person dürfen die voraussichtlichen Rentenansprüche im Fall der Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten 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.

6.5 Auswirkungen

Wenn Sie eine Kapitalzahlung bei Eintritt einer schweren Krankheit vereinbart haben, erhöht sich dieses Kapital ebenfalls. Bei der Erhöhung bleibt das Verhältnis zwischen der vereinbarten Rente bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten und dem vereinbarten Kapital bestehen.

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

§ 7 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

- 7.1 Der vereinbarte Versicherungsschutz besteht grundsätzlich unabhängig davon, auf welcher Ursache der Versicherungsfall beruht.
- 7.2 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 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;
 - 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 vorsätzlich 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 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.

§ 8 Wann beginnt der Versicherungsschutz?

8.1 Generell

Der Versicherungsschutz beginnt, sobald wir die Annahme Ihres Antrages schriftlich oder durch Zustellung der Versicherungsurkunde erklärt und Sie die erste oder einmalige Prämie rechtzeitig (Punkt 2.6) bezahlt haben. Vor dem in der Versicherungsurkunde angegebenen Versicherungsbeginn besteht kein Versicherungsschutz.

8.2 Vorläufiger Sofortschutz

Diese Versicherung ist mit vorläufigem Sofortschutz ausgestattet. Vorläufiger Sofortschutz besteht bei Eintritt des Versicherungsfalles infolge eines Unfalls. Der vorläufige Sofortschutz erstreckt sich auf die Rente und Prämienbefreiung bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten und auf die Kapitalzahlung bei Eintritt einer schweren Krankheit, sofern beantragt. Die jährliche Rente bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten ist mit 12.000 EUR begrenzt, auch wenn insgesamt höhere Renten beantragt sind. Die Kapitalzahlung bei Eintritt einer schweren Krankheit ist mit 12.000 EUR begrenzt, auch wenn insgesamt ein höheres Kapital beantragt ist. 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 § 7) 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 Sofortschutzbeendet 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.

§ 9 Welche Kosten und Gebühren fallen an?

- 9.1 Die Versicherungssteuer wird entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen von Ihren Prämien in Abzug gebracht. Weiters verwenden wir Ihre Prämien zur Deckung des versicherten Risikos (vgl. Punkt 9.2) sowie der Kosten entsprechend dem vereinbarten Tarif.

- 9.2 Die Prämie zur Deckung der versicherten Beeinträchtigungen von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten und schweren Krankheiten richtet sich nach dem Alter (das relevante Alter ist das Alter zu dem Geburtstag, der dem Versicherungsbeginn am nächsten liegt), der Dauer und dem Beruf der versicherten Person sowie den vereinbarten Versicherungsleistungen und sind unabhängig vom Geschlecht der versicherten Person. Für die Übernahme erhöhter Risiken insbesondere wegen Krankheit, Sport, etc. werden wir Risikozuschläge zur Prämie und/oder besondere Bedingungen mit Ihnen vereinbaren.

- 9.3 Die Rechnungsgrundlagen für die Ermittlung der Prämie für die Risikoabdeckung und die Kosten sind Teil der versicherungsmathematischen Grundlagen des jeweiligen Tarifes. Die korrekte Anwendung des Tarifes bzw. einer eventuellen Prämienhöhung ist von der Finanzmarktaufsichtsbehörde (FMA) jederzeit überprüfbar.

- 9.4 Bestimmte Leistungen sind von Ihrer Prämie nicht umfasst. Für diese durch Sie veranlassten Mehraufwendungen verrechnen wir angemessene Gebühren. Die betroffenen Leistungen und die Höhe der Gebühren können Sie bei uns erfragen, unserer Homepage www.allianz.at bzw. den Vertragsunterlagen entnehmen. Diese Gebühren sind wertgesichert und verändern sich ab Beginn eines jeden Kalenderjahres in demselben Ausmaß, in dem sich der von der Statistik Austria monatlich verlautebarte Verbraucherpreisindex 2000 oder ein von Amts wegen an seine Stelle tretender Index verändert hat. Den für Sie maßgeblichen Ausgangswert können Sie den Vertragsunterlagen entnehmen. Der Versicherer ist dessen unbeschadet berechtigt, geringere als die sich nach dieser Indexklausel ergebenden Gebühren zu verlangen, ohne dass dadurch das Recht verloren geht, für die Zukunft wieder die indexkonformen Gebühren zu verlangen.

§ 10 Wann kann die Prämie angepasst werden?

- 10.1 Wir sind nach § 172 Versicherungsvertragsgesetz (siehe Gesetztext 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 berechtigten 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.

- 10.2 Wir sind nach § 41 Versicherungsvertragsgesetz (siehe Gesetztext abgedruckt am Ende dieser Bedingungen) berechtigt, die Prämie zu erhöhen oder die Grundfähigkeitsversicherung 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.

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

- 11.1 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.

- 11.2 Alle nach diesen Bedingungen abgeschlossenen Versicherungsverträge sind dem Gewinnverband "Risiko" zugeordnet. Der Teilabrechnungsverband ist tarifabhängig und den Antragsunterlagen und der Versicherungsurkunde zu entnehmen.

- 11.3 Die Beteiligung der einzelnen Verträge an den in Punkt 11.1 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.
- 11.4 Der Leistungsbonus wird auf Basis des Verhältnisses ermittelt, das sich bei einem Vergleich der im entsprechenden Teilabrechnungsverband beobachteten Schadenswahrscheinlichkeiten mit der rechnungsmäßigen Schadenswahrscheinlichkeit laut Geschäftsplan ergibt.
- 11.5 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 einer Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten.

Entsteht während der Versicherungsdauer erneut ein Anspruch auf Zahlung einer Rente bei Eintritt einer Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten, 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.

- 11.6 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.

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

- 12.1 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.
- 12.2 Bei Rentenzahlung können wir einmalig für längstens 18 Monate ein zeitlich befristetes Anerkenntnis aussprechen. Eine Nachprüfung gemäß § 15 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 einer bedingungsgemäßen Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten wie bei einer Erstprüfung. Die erforderlichen Unterlagen werden wir dann von Ihnen anfordern.

§ 13 Welche Angaben zur Steuerpflicht müssen Sie machen?

- 13.1 Sie sind verpflichtet, uns alle Angaben und alle Änderungen der Angaben unverzüglich bekannt zu geben, die für die Beurteilung Ihrer persönlichen Steuerpflicht oder jener des Leistungsempfängers relevant sein können, insbesondere
- a) Name,
 - b) Geburtsdatum, Geburtsort und Geburtsland,
 - c) Adresse Ihres Wohnsitzes,
 - d) Staat oder Staaten, in dem oder in denen Sie steuerlich ansässig sind
 - e) Steueridentifikationsnummer(n),

- f) Anzahl der Tage und gewöhnlicher Aufenthalt im Ausland,
- g) entsprechende Daten allfälliger Treugeber.

Versicherungsnehmer, die keine natürliche Person sind, sind anstelle der Angaben gemäß Punkt b), c) und f) verpflichtet, uns über

- h) ihren Sitz,
- i) den Ort der tatsächlichen Geschäftsleitung und Organisation,
- j) die für die Beurteilung der Steuerpflicht relevante Eigentümerstruktur, insbesondere beherrschende Personen im Sinne von § 92 GMSG, BGBl 116/2015 und Art 1 lit ee des FATCA-Abkommens, BGBl III Nr. 16/2015 in der jeweils geltenden Fassung, und zu jenen beherrschenden Personen, die gemäß § 89 GMSG meldepflichtig sind, die Angaben gemäß diesen Punkten a) bis k), k) ihren Status als aktive oder passive Non-Financial Entity im Sinne der §§ 93 bis 95 GMSG, und über für die Beurteilung der Steuerpflicht relevante Änderungen dieser Angaben zu informieren.

- 13.2 Leistungen erbringen wir nur Zug um Zug gegen Identifikation und, falls von uns verlangt, Abgabe einer Erklärung des Leistungsberechtigten, die die Angaben laut Punkt 13.1 enthält, sowie entsprechender Nachweise (insbesondere Reisepass).

- 13.3 Wenn und insoweit die Gefahr einer Haftung für Steuern durch uns besteht, sind wir berechtigt, den entsprechenden Teil der Versicherungsleistung bis zum Wegfall der Gefahr einzubehalten oder an die jeweils zuständigen in- oder ausländischen Steuerbehörden abzuführen. Wir sind nicht verpflichtet, Kosten des Leistungsempfängers, die zur Erlangung einer allfälligen Rückerstattung der abgeführten Beträge von Steuerbehörden anfallen, zu ersetzen.

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

- 14.1 Werden Leistungen wegen einer Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten nach § 3 bzw. Eintritt einer schweren Krankheit nach § 5 verlangt, sind uns unverzüglich auf Kosten des Anspruchserhebenden folgende Unterlagen einzureichen:
- a) 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 des Leidens sowie gegebenenfalls über dessen Auswirkungen auf eine der in § 3 bzw. § 4 beschriebenen körperlichen oder geistigen Fähigkeiten.
 - b) Bei Vertretung durch einen Erwachsenenvertreter oder Vorsorgebevollmächtigten ein die Wirksamkeit der Vorsorgevollmacht bzw. Entstehung der Erwachsenenvertretung bestätigendes Dokument sowie das erforderliche fachärztliche Gutachten.
 - c) Bei Pflegebedürftigkeit 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.
- 14.2 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.

14.3 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.

14.4 Wir können verlangen, dass uns ein amtlicher Nachweis vorgelegt wird, aus dem hervorgeht, dass die versicherte Person am Fälligkeitstag der Rentenzahlung bzw. des Kapitals bei Eintritt einer schweren Krankheit gelebt hat. Der Tod der versicherten Person ist uns unverzüglich anzuzeigen.

14.5 Die versicherte Person ist dazu verpflichtet, geeignete Hilfsmittel zu verwenden. Ein Hilfsmittel ist geeignet, wenn die versicherte Person dieses bereits in der Vergangenheit verwendet hat, derzeit verwendet oder es zukünftig verwenden wird und das Hilfsmittel zu einer Besserung der Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten führt.

14.6 Zu Unrecht erhaltene Zahlungen sind an uns zurückzuzahlen.

§ 15 Was gilt für die Nachprüfung der Leistungspflicht bei Zahlung der Rente?

15.1 Nach Anerkennung oder Feststellung unserer Leistungspflicht auf Grund der Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten nach § 3 bzw. § 4 sind wir berechtigt, das Fortbestehen der Beeinträchtigung von körperlichen und geistigen Fähigkeiten nachzuprüfen.

15.2 Zur Nachprüfung können wir auf unsere Kosten jederzeit sachdienliche und einmal jährlich umfassende Untersuchungen der versicherten Person durch von uns zu beauftragende Ärzte verlangen. Die Bestimmungen der Punkte 14.2 und 14.3 gelten entsprechend.

15.3 Eine Minderung der Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten nach den Punkten 3.1 und 3.3 bzw. der Pflegebedürftigkeit nach § 4 müssen Sie uns unverzüglich mitteilen.

15.4 Stellen wir fest, dass die Voraussetzungen der Leistungspflicht im Sinne von § 1, § 3 und § 4 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 Termin muss, sofern die Prämienzahlungsdauer nicht abgelaufen ist, die Prämienzahlung wieder aufgenommen werden.

§ 16 Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten im Leistungsfall?

16.1 Solange eine Mitwirkungspflicht nach § 14 oder § 15 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.

16.2 Wird eine Mitwirkungspflicht zum Nachweis des Versicherungsfalles nach § 14 verspätet erfüllt, sind wir für einen nachgewiesenen Eintritt einer schweren Erkrankung und für die nachgewiesene Zeit der Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten, 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 § 15 verspätet erfüllt, sind wir ab Beginn des laufenden Monats, in dem die Pflicht erfüllt wird nach Maßgabe dieser Bedingungen zur Leistung verpflichtet.

§ 17 Wann und wie kann eine Unterbrechung der Prämienzahlung oder Kündigung der Versicherung erfolgen?

17.1 Bei Arbeitslosigkeit oder bei einem Karenzurlaub auf Grund der Geburt oder Adoption eines Kindes können Sie nach Ablauf des 2. Versicherungsjahres eine Unterbrechung der Prämienzahlung bei vollem Versicherungsschutz für maximal 12 Monate beantragen. Nach Weiterzahlung mindestens zweier Jahresprämien können Sie bei neuerlicher Arbeitslosigkeit oder einem neuerlichen Karenzurlaub auf Grund der Geburt oder Adoption eines Kindes eine weitere Unterbrechung der Prämienzahlung bei vollem Versicherungsschutz für maximal 12 Monate beantragen. Am Ende der Prämienpause wird der Vertrag mit unveränderten versicherten Leistungen und entsprechend erhöhter weiterer laufender Prämie fortgeführt. Sie können auch verlangen, die gestundete Prämie zinsfrei nachzuzahlen. Bei Nachzahlung läuft der Vertrag unverändert weiter. Die jeweils aktuelle Arbeitslosigkeit bzw. der jeweils aktuelle Karenzurlaub ist uns nachzuweisen.

17.2 Sie können Ihren Versicherungsvertrag kündigen:

- jederzeit mit Wirkung zum Schluss des laufenden Versicherungsjahres
- innerhalb eines Versicherungsjahres mit 3-monatiger Frist mit Wirkung zum Monatsende, frühestens jedoch mit Wirkung zum Ende des ersten Versicherungsjahres.

17.3 Wenn Sie Ihre Versicherung kündigen, hängt die Wirkung auf Ihre Versicherung davon ab, ob bei der versicherten Person zum Zeitpunkt der Kündigung eine Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten im Sinne des § 3 bzw. § 4 vorliegt:

- a) Wenn bei der versicherten Person zum Zeitpunkt der Kündigung eine Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten im Sinne des § 3 bzw. § 4 vorliegt, bleiben Ansprüche aus Ihrer Versicherung auf Grund einer bereits vor Kündigung eingetretenen Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten bestehen. Eine laufende Rente im Sinne des Punktes 1.1 wird weiter gezahlt.
- b) Liegt bei der versicherten Person zum Zeitpunkt der Kündigung keine Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten im Sinne des § 3 bzw. § 4 vor, erlischt die Versicherung bei Kündigung.

17.4 Wenn Sie Ihre Versicherung kündigen, haben Sie weder einen Anspruch auf einen Rückkaufswert noch auf eine Rückzahlung der Prämien. Auch eine Prämienfreistellung ist nicht möglich.

§ 18 Wie sind Erklärungen abzugeben?

Für alle Ihre Anzeigen und Erklärungen ist die geschriebene Form erforderlich, sofern nicht die Schriftform ausdrücklich und mit gesonderter Erklärung vereinbart wurde. Für Rücktrittserklärungen beachten Sie bitte die bei der jeweiligen Belehrung angeführte Form. Der geschriebenen Form wird durch Zugang eines Textes in Schriftzeichen entsprochen, aus dem die Person des Erklärenden hervorgeht (z.B. Brief, Fax oder E-Mail). Schriftform bedeutet, dass dem Erklärungsempfänger das Original der Erklärung mit eigenhändiger Unterschrift des Erklärenden zugehen muss. Nach Eintritt des Versicherungsfalles können wir eine Ablehnung, einen Rücktritt oder eine Anfechtung auch einem berechtigten Dritten gegenüber erklären. Wenn Sie Ihren Wohnort wechseln, müssen Sie uns Ihre neue Adresse mitteilen, andernfalls richten wir unsere Erklärungen rechtswirksam an Ihre letzte uns bekannte Adresse. Wenn Sie Ihren Wohnort außerhalb Europas nehmen, müssen Sie uns eine Person innerhalb Österreichs benennen, die bevollmächtigt ist, unsere Erklärungen an Sie entgegenzunehmen.

§ 19 Was gilt bei Abtretung, Verpfändung und Vinkulierung?

Eine Abtretung oder Verpfändung ist uns gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn sie uns angezeigt wird. Eine Vinkulierung bedarf neben der Anzeige zu ihrer Wirksamkeit auch unserer Zustimmung.

§ 20 Wer erhält Versicherungsleistungen aus diesem Vertrag (Bezugsberechtigung)?

- 20.1 Sie bestimmen, wer bezugsberechtigt ist. Der Bezugsberechtigte erwirbt das Recht auf die Leistung mit Eintritt des Versicherungsfalles. Bis dahin können Sie die Bezugsberechtigung jederzeit ändern. Änderungen der Bezugsberechtigung müssen uns zu ihrer Wirksamkeit angezeigt werden.
- 20.2 Sie können auch bestimmen, dass der Bezugsberechtigte das Recht auf die künftige Leistung unwiderruflich und damit sofort erwerben soll. Dann kann das Bezugsrecht nur noch mit dessen Zustimmung geändert werden.

§ 21 Was gilt bei Meinungsverschiedenheiten?

- 21.1 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.
- 21.2 Verstreicht diese Frist, ohne dass bei Gericht Klage erhoben wird, so sind weitergehende Ansprüche als wir sie anerkannt haben, ausgeschlossen.

§ 22 Wann verjähren die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag?

Sie können Ihre Ansprüche aus Ihrem Versicherungsvertrag innerhalb von 3 Jahren ab Fälligkeit der Leistung geltend machen. Danach tritt Verjährung ein. Steht der Anspruch einem anderen zu, so beginnt die Verjährung zu laufen, sobald diesem sein Recht auf die Leistung bekannt geworden ist. Ist ihm sein Recht nicht bekannt geworden, so verjähren die Ansprüche nach 10 Jahren ab Fälligkeit der Leistung.

§ 23 Was sind die Vertragsgrundlagen?

Vertragsgrundlagen sind Ihr Antrag, die Versicherungsurkunde samt sonstiger Anlagen, der dem Vertrag zugrunde liegende Tarif, die vorliegenden Versicherungsbedingungen und gegebenenfalls die besonderen Versicherungsbedingungen und Klauseln, und sofern von uns verlangt, Erklärungen zum Gesundheitszustand und besonderen Gefahren sowie ärztliche Untersuchungsbefunde. Bei Verlust der Versicherungsurkunde stellen wir Ihnen gegen eine entsprechende Verlusterklärung eine Ersatzurkunde aus.

§ 24 Wo und wann können Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag gerichtlich geltend gemacht werden? (Gerichtsstand und anzuwendendes Recht)

Soweit keine zwingenden gesetzlichen Bestimmungen entgegenstehen, ist für Klagen des Versicherungsnehmers aus dem Versicherungsverhältnis der Sitz des Versicherers maßgeblich. Klagen des Versicherers aus dem Versicherungsverhältnis sind am Wohnsitz, Sitz oder Niederlassung des Versicherungsnehmers anhängig zu machen.

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

§ 25 Welche Aufsichtsbehörde ist zuständig?

Der Versicherer und der diesem Versicherungsvertrag zugrunde liegende Tarif unterliegen der Kontrolle und Aufsicht durch die Finanzaufsichtsbehörde (FMA), A-1090 Wien, Otto-Wagner-Platz 5 (www.fma.gv.at).

§ 26 An wen können Sie sich wenden, falls Sie sich beschweren möchten?

Bei etwaigen Beschwerden können Sie sich per Mail an feedback@allianz.at und per Telefon an +43 5 9009 0 wenden. Darüber hinaus können etwaige Beschwerden an die Informations- und Beschwerdestelle des Verbands der Versicherungsunternehmen Österreichs (VVO; www.vvo.at), Schwarzenbergplatz 7, 1030 Wien, per Mail an info@vvo.at und per Telefon an +43 1 711 56 gerichtet werden.

§ 27 Wo erbringen wir unsere Leistung (Erfüllungsort)?

Erfüllungsort für die Versicherungsleistung ist die Generaldirektion des Versicherers.

Auszug aus dem VersVG:

§ 172 VersVG (Stand 06.2021)

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 (Stand 06.2021)

(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 Altersrückstellung 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.

§ 41 VersVG (Stand 06.2021)

(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.