

# Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung

## Inhaltsverzeichnis

### Begriffsbestimmungen

- § 1 Welche Leistungen werden im Versicherungsfall erbracht?
  - § 2 Welche Pflichten hat der Versicherungsnehmer?
  - § 3 Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?
  - § 4 Was ist Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen?
  - § 5 Wann kann die Berufsunfähigkeitsrente erhöht werden?
  - § 6 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?
  - § 7 Wann beginnt der Versicherungsschutz?
  - § 8 Welche Kosten und Gebühren fallen an?
  - § 9 Wann kann die Prämie angepasst werden?
  - § 10 Wie sind Sie am Überschuss beteiligt (Gewinnbeteiligung)?
  - § 11 Wann beginnt und wann endet ein Anspruch auf Leistung? Wann werden Leistungen fällig?
  - § 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 Berufsunfähigkeit?
  - § 16 Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten im Leistungsfall?
  - § 17 Wann und wie kann eine Unterbrechung der Prämienzahlung oder Kündigung 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 § 10)

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.

### 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 Berufsunfähigkeit:

Wird die versicherte Person während der vereinbarten Versicherungsdauer berufsunfähig (siehe § 3), leisten wir während der vereinbarten Leistungsdauer eine Berufsunfähigkeitsrente und die Pflicht zur Prämienzahlung entfällt. 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.

### 1.2 Rente und Prämienbefreiung bei Krankschreibung:

Ist die versicherte Person mindestens sechs Monate während der Versicherungsdauer der Berufsunfähigkeitsversicherung ununterbrochen krankgeschrieben, leisten wir während der vereinbarten Leistungsdauer eine Rente in Höhe der Berufsunfähigkeitsrente und die Pflicht zur Prämienzahlung entfällt.

Wenn die Leistungsprüfung ergibt, dass bei der versicherten Person Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Versicherungsbedingungen vorliegt, erbringen wir mit Beginn des nächsten Monatssterben 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 Punkt 3.1 beantragt werden.

### 1.3 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 3.1 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.

### 1.4 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 3.3 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.

#### 1.5 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.

#### 1.6 Weltweiter Versicherungsschutz:

Der Versicherungsschutz gilt weltweit.

#### 1.7 Leistungshöhe:

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

### § 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 ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

- 3.1 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.
- 3.2 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.
- 3.3 Bei Selbstständigen setzt Berufsunfähigkeit im Sinne von Punkt 3.1 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 angeleitete Personen. Auszubildende, Praktikanten oder Werkstudenten bleiben dabei unberücksichtigt.
- 3.4 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 ent-

spricht, so liegt von Beginn an Berufsunfähigkeit vor. Darüber hinaus gelten die Regelungen in Punkt 3.2 und 3.3.

- 3.5 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 3.2 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 3.1 und 3.2 der vor der Unterbrechung ausgeübte Beruf und die damit verbundene Lebensstellung maßgeblich.
- 3.6 Ist die versicherte Person pflegebedürftig im Sinne von § 4, so gilt dieser Zustand als Berufsunfähigkeit.

#### § 4 Was ist Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

- 4.1 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 4.2 genannten Verrichtungen auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel in erheblichem Umfang täglich der Hilfe einer anderen Person bedarf. Die Pflegebedürftigkeit ist ärztlich nachzuweisen.
- 4.2 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.

- 4.3 Unabhängig von der Beurteilung der Pflegebedürftigkeit gemäß Punkt 4.2 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.

#### § 5 Wann kann die Berufsunfähigkeitsrente erhöht werden?

##### 5.1 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.

##### 5.2 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.

### 5.3 Weitere Voraussetzungen

Darüber hinaus gelten folgende Voraussetzungen:

- Die versicherte Person darf bei einer Erhöhung nach Punkt 5.1 das vierzigste Lebensjahr noch nicht vollendet haben.
- Die versicherte Person darf bei einer Erhöhung nach Punkt 5.2 das fünfundvierzigste Lebensjahr noch nicht vollendet haben.
- Die versicherten Person darf nicht berufsunfähig oder krankgeschrieben sein und es wurden noch keine Leistungen wegen Berufsunfähigkeit oder Krankschreibung beantragt.
- Es darf keine individuelle Anpassungsvereinbarung vorliegen.

### 5.4 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.

### 5.5 Auswirkungen

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

### § 6 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

- 6.1 Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, auf welcher Ursache der Versicherungsfall beruht.
- 6.2 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 ver-

ursacht 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.

### § 7 Wann beginnt der Versicherungsschutz?

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

#### 7.2 vorläufiger Sofortschutz:

Diese Versicherung ist mit vorläufigem Sofortschutz ausgestattet. Vorläufiger Sofortschutz besteht bei Berufsunfähigkeit der versicherten Person infolge eines Unfalls. Der vorläufige Sofortschutz erstreckt sich auf die Rente und Prämienbefreiung bei Berufsunfähigkeit. Die jährliche Rente ist mit 12.000 EUR begrenzt, auch wenn insgesamt höhere Renten 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 § 6) 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.

## § 8 Welche Kosten und Gebühren fallen an?

- 8.1 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 8.2) sowie der Kosten entsprechend dem vereinbarten Tarif.
- 8.2 Die Prämie zur Deckung des Berufsunfähigkeitsrisikos richtet sich nach dem Alter (das relevante Alter ist das Alter zu dem Geburtstag, der dem Versicherungsbeginn am nächsten liegt), der Dauer und der beruflichen Tätigkeit der versicherten Person sowie den vereinbarten Versicherungsleistungen. Die Prämie ist 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.
- 8.3 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.
- 8.4 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](http://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 verlaublich 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.

## § 9 Wann kann die Prämie angepasst werden?

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

## § 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 Teilrechnungsverband 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 Teilrechnungsverband beobachteten Schadenswahrscheinlichkeiten mit der rechnermäßigen Schadenswahrscheinlichkeit laut Geschäftsplan ergibt.
- 10.5 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.
- 10.6 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 Teilrechnungsverbände 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 beginnt und wann endet ein Anspruch auf Leistung? Wann werden Leistungen fällig?

- 11.1 Der Anspruch auf Befreiung von der Prämienzahlung und Rente entsteht mit Ablauf des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist beziehungsweise die Krankschreibung begonnen hat.
- 11.2 Ist eine Karenzzeit vereinbart, entsteht der Anspruch auf Leistungen nach § 1 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.
- 11.3 Der Anspruch auf die Wiedereingliederungs- bzw. Umorganisationshilfe entsteht, sobald die Leistungsvoraussetzungen erfüllt sind.
- 11.4 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.

11.5 Wenn die versicherte Person mehrfach Leistungen basierend auf Krankschreibung (Punkt 1.2) erhält, ist die Leistungsdauer für alle eingetretenen Krankschreibungen auf 18 Monate begrenzt.

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

## § 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 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.

12.3 Wir können einmalig für längstens 12 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 bedingungsgemäßer Berufsunfähigkeit 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

- Name,
- Geburtsdatum, Geburtsort und Geburtsland,
- Adresse Ihres Wohnsitzes,
- Staat oder Staaten, in dem oder in denen Sie steuerlich ansässig sind
- Steueridentifikationsnummer(n),
- Anzahl der Tage und gewöhnlicher Aufenthalt im Ausland,
- entsprechende Daten allfälliger Treugeber.

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

- ihren Sitz,
- den Ort der tatsächlichen Geschäftsleitung und Organisation,
- 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),
- 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 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 der Unmöglichkeit der Berufsausübung bestätigen und die Bescheinigung der Ursache von einem Facharzt der entsprechenden Fachrichtung.

14.2 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.

14.3 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.

- 14.4 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.
- 14.5 Die Punkte 14.1 bis 14.4 gelten auch, wenn eine Karenzzeit im Sinne des Punkts 11.2 vereinbart ist.
- 14.6 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.
- 14.7 Zu Unrecht erhaltene Leistungen sind an uns zurückzuzahlen.

#### **§ 15 Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?**

- 15.1 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 § 3 ausgeübt wird.
- 15.2 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 14.2 und 14.3 gelten entsprechend.
- 15.3 Die Wiederaufnahme der Berufstätigkeit müssen Sie uns unverzüglich mitteilen.
- 15.4 Stellen wir fest, dass die Voraussetzungen der Leistungspflicht im Sinne von § 3 bzw. § 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 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.

#### **§ 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 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 § 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 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 (Prämienpause) 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 Berufsunfähigkeit im Sinne des § 3 bzw. § 4 vorliegt:
- a) Wenn bei der versicherten Person zum Zeitpunkt der Kündigung eine Berufsunfähigkeit im Sinne des § 3 bzw. § 4 vorliegt, bleiben Ansprüche aus Ihrer Versicherung auf Grund einer bereits vor Kündigung eingetretenen Berufsunfähigkeit bestehen. Eine laufende Rente im Sinne des Punkts 1.1 wird weiter gezahlt.
  - b) Liegt bei der versicherten Person zum Zeitpunkt der Kündigung keine Berufsunfähigkeit 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 Wohn-

ort 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](http://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](mailto: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](http://www.vvo.at)), Schwarzenbergplatz 7, 1030 Wien, per Mail an [info@vvo.at](mailto: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 Alterwerden 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.

**§ 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 Übernah-

me 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.