

BESONDERE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN FÜR DIE BERUFUNFÄHIGKEITS-ZUSATZVERSICHERUNG - 2019 (VBBUZ2019)

Inhaltsverzeichnis

Sprachliche Gleichbehandlung, Verweise, Begriffsbestimmungen

- § 1 Definition des Versicherungsfalles
 - § 2 Definition der Berufsunfähigkeit
 - § 3 Umfang und Einschränkungen des Versicherungsschutzes
 - § 4 Beginn und Ende des Versicherungsschutzes
 - § 5 Leistungen des Versicherers im Versicherungsfall
 - § 6 Räumlicher Geltungsbereich des Versicherungsschutzes
 - § 7 Pflichten des Versicherungsnehmers
 - § 8 Bestimmungen über Prämien (Risikoprämie, Kosten, Anpassung) und Gebühren
 - § 9 Anspruchstellung und Mitwirkungspflichten
 - § 10 Fälligkeit der Leistung und Erklärungen über die Leistungspflicht
 - § 11 Nachprüfung des Fortbestehens der Berufsunfähigkeit
 - § 12 Folgen einer Verletzung der Mitwirkungspflichten gemäß §§ 9 und 11
 - § 13 Meinungsverschiedenheiten
 - § 14 Gewinnbeteiligung
 - § 15 Kündigung und Rückkauf dieser Zusatzversicherung
 - § 16 Kündigung und Umwandlung dieser Zusatzversicherung in eine prämienfreie Versicherung
 - § 17 Rückkauf und Prämienfreistellung gemeinsam mit der Hauptversicherung
 - § 18 Bezugsberechtigung
 - § 19 Vertragsgrundlagen
- Auszug aus gesetzlichen Bestimmungen

Sprachliche Gleichbehandlung

Soweit im Folgenden personenbezogene Bezeichnungen nur in männlicher Form angeführt sind, beziehen sie sich auf Frauen und Männer in gleicher Weise.

Verweise

Wird im Folgenden auf gesetzliche Bestimmungen verwiesen, so sind diese im Anschluss an diese Bedingungen im vollständigen Wortlaut wiedergegeben. Verweise auf Paragraphen ohne nähere Angabe beziehen sich auf diese Bedingungen.

Begriffsbestimmungen

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

Bilanzstichtag

ist jener Stichtag, zu dem unsere Bilanz erstellt wird; das ist der 31.12. jedes Jahres.

Deckungsrückstellung

Die Versicherungsprämien sind über die gesamte Prämienzahlungsdauer des Versicherungsvertrages gleichbleibend berechnet, obwohl die Wahrscheinlichkeit für den Eintritt der Berufsunfähigkeit mit steigendem Alter zunimmt. Daher werden zu Beginn der Versicherungsdauer Teile der vorgeschriebenen Prämie angespart und der sogenannten Deckungsrückstellung zugeführt. Diese Deckungsrückstellung wird verwendet, um das mit fortschreitendem Alter steigende Risiko abzudecken und sinkt bis zum Ende der Versicherungsdauer wieder auf den Wert Null. Der Versicherer bildet mit diesem Wert eine Rückstellung in seiner Bilanz zur Deckung des entsprechenden Anspruchs des Begünstigten (daher der Name "Deckungsrückstellung"). Die der Deckungsrückstellung zugeführten Prämienanteile werden mit dem garantierten Rechnungszinssatz verzinst.

Form von Erklärungen

Wird für eine Erklärung die **Schriftform** verlangt, so bedeutet dies, dass dem Erklärungsempfänger das Original dieser Erklärung mit eigenhändiger Unterschrift des Erklärenden zugehen muss. Wird für eine Erklärung nur die **geschriebene Form** verlangt, so kann der Erklärungstext in Schriftzeichen auf beliebige Art übermittelt werden (z.B. Telefax, E-Mail), sofern die Person des Erklärenden eindeutig daraus hervorgeht.

Gewinnbeteiligung

sind Ihrem Vertrag zugewiesene Überschüsse, die in Form eines Sofortbonus von der tariflichen Versicherungsprämie in Abzug gebracht werden und so die zu bezahlende Prämie reduzieren.

Hauptversicherung

ist jener Lebensversicherungsvertrag, zu dem die Berufsunfähigkeitsversicherung als Zusatzversicherung abgeschlossen wurde.

Nettoprämie

ist die jährliche Versicherungsprämie ohne Versicherungssteuer und ohne allfällige Unterjährigkeitszuschläge.

Nettoprämiensumme

ist die Summe der Nettoprämien über die gesamte vereinbarte Prämienzahlungsdauer.

Rechnungszinssatz

ist jener garantierte Zinssatz der zur Kalkulation der Deckungsrückstellung verwendet wird. Der nach Maßgabe des jeweiligen Tarifes verwendete Rechnungszinssatz ist in der Beilage "Rechnungsgrundlagen" zu Ihrer Versicherungsurkunde (= Polize) ausgewiesen.

Rückstellung für Gewinnbeteiligung

ist eine Rückstellung in unserer Bilanz, der jährlich Überschüsse in der vom Vorstand erklärten und im Geschäftsbericht veröffentlichten Höhe zugewiesen werden.

Tarif (Geschäftsplan)

ist eine detaillierte Aufstellung der der Finanzmarktaufsicht vorgelegten Bestimmungen und versicherungsmathematischen Formeln, anhand jener die Leistung des Versicherers und die Gegenleistung des Versicherungsnehmers (Versicherungsprämie) zu berechnen sind.

Versicherer

ist die Oberösterreichische Versicherung AG
Generaldirektion: 4020 Linz, Gruberstraße 32
Firmensitz: Linz - Firmenbuchnummer: FN 36941a, LG Linz
Homepage im Internet: www.keinesorgen.at

Versicherte Person

ist die Person, für die der Versicherungsschutz übernommen wird.

Versicherte Rente

ist die garantierte Leistung des Versicherers im Falle der Berufsunfähigkeit.

Versicherungsjahr

ist die Ihrem Vertrag zugrunde liegende Versicherungsperiode. Der Beginn des Versicherungsjahres ist der Jahrestag des in der Polize angeführten Versicherungsbeginns (Beginns der Versicherungsdauer).

Versicherungsnehmer

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

Versicherungsprämie

ist das vom Versicherungsnehmer zu zahlende Entgelt.

§ 1 Definition des Versicherungsfalles

Der Versicherungsfall tritt ein, wenn die versicherte Person während der vertraglich vereinbarten Versicherungsdauer berufsunfähig im Sinne des § 2 dieser Bedingungen wird.

§ 2 Definition der Berufsunfähigkeit

(1) Allgemeine Bestimmungen:

Berufsunfähigkeit, die die Leistungspflicht im Sinne dieser Bedingungen auslöst, liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls voraussichtlich mindestens 6 Monate lang ununterbrochen zu mindestens 50 % außerstande ist, ihre zuletzt nicht nur vorübergehend ausgeübte berufliche Tätigkeit auszuüben und sie in dieser Zeit auch keine andere, ihrer Ausbildung und Erfahrung sowie bisherigen Lebensstellung entsprechende, Tätigkeit ausübt (Verzicht auf abstrakte Verweisung). Dieser Zustand gilt bei Fortdauer von Anfang an als Berufsunfähigkeit.

Die Umstände der Berufsunfähigkeit sind jeweils ärztlich nachzuweisen (§ 9).

Als nicht nur vorübergehend ausgeübt gilt eine berufliche Tätigkeit dann, wenn sie regelmäßig, zumindest mehrere Monate und auf Dauer gerichtet ausgeübt wird.

Als eine der Ausbildung und Erfahrung sowie der bisherigen Lebensstellung entsprechende Tätigkeit wird dabei nur eine solche Tätigkeit angesehen, die keine deutlich geringeren Kenntnisse und Fähigkeiten erfordert und auch in ihrer Vergütung und Wertschätzung nicht spürbar unter das Niveau der bisher ausgeübten beruflichen Tätigkeit absinkt.

(2) Bestimmungen für selbständig Erwerbstätige:

Ist die versicherte Person selbständig erwerbstätig, so wird als berufliche Tätigkeit im Sinne dieser Bedingungen jene selbständige wirtschaftliche Tätigkeit verstanden, die von der versicherten Person zuletzt nicht nur vorübergehend ausgeübt wurde. Hinsichtlich des Kriteriums der nicht nur vorübergehenden Tätigkeit gelten die im vorherigen Absatz getroffenen Regelungen.

Keine Berufsunfähigkeit der versicherten Person liegt jedoch insbesondere dann vor, wenn diese ihren Arbeitsplatz, ihren Tätigkeitsbereich oder ihren Betrieb in zumutbarer Weise umorganisieren kann und dadurch keine wesentliche Beeinträchtigung ihrer bisherigen Lebensstellung eintritt.

Eine Umorganisation ist dann zumutbar, wenn sie wirtschaftlich bzw. betrieblich sinnvoll ist, von der versicherten Person aufgrund ihres unternehmerischen Freiheitsraums realisiert werden kann und keinen erheblichen Kapitalaufwand erfordert.

Eine wesentliche Beeinträchtigung der Lebensverhältnisse der versicherten Person ist dann nicht anzunehmen, wenn diese unter Berücksichtigung ihrer Gesundheitsverhältnisse, ihrer Ausbildung, ihrer Erfahrung und ihrer bisherigen Lebensstellung – gegebenenfalls nach einer zumutbaren

Umorganisation - weiterhin leitend tätig sein kann.

(3) Bestimmungen für Personen in öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnissen:

Steht die versicherte Person in einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis, so wird als berufliche Tätigkeit im Sinne dieser Bedingungen die von der versicherten Person zuletzt nicht nur vorübergehend ausgeübte Funktion verstanden. Die Bestimmungen des Absatz 1 gelten sinngemäß.

(4) Bestimmungen für Schüler und Studenten:

Bei Schülern und Studenten wird für die Feststellung der Berufsunfähigkeit als ausgeübte berufliche Tätigkeit die Stellung als Schüler oder Student zugrunde gelegt. Somit liegt Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen dann vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls voraussichtlich mindestens 6 Monate lang ununterbrochen zu mindestens 50 % außerstande ist, als Schüler oder Student am regulären Schulunterricht oder Studium teilzunehmen.

Hat die versicherte Person neben dem regulären Schulunterricht oder Studium zusätzlich eine nicht nur vorübergehend ausgeübte berufliche Tätigkeit aufgenommen, so ist diese für die Feststellung der Berufsunfähigkeit maßgeblich. Gibt die versicherte Person die berufliche Tätigkeit wieder auf und setzt ausschließlich den Schulbesuch oder das Studium fort, so besteht der Versicherungsschutz wieder für diese Tätigkeit.

(5) Bestimmungen für Lehrlinge und Auszubildende:

Bei Lehrlingen und Auszubildenden wird für die Feststellung der Berufsunfähigkeit als ausgeübte berufliche Tätigkeit das der Ausbildung entsprechende Berufsbild zugrunde gelegt.

(6) Bestimmungen für ausschließlich haushaltsführende Personen:

Hat die versicherte Person seit Antragstellung ununterbrochen ausschließlich ihren Haushalt geführt, so orientiert sich die Feststellung der Berufsunfähigkeit an den von ihr bei Eintritt der Berufsunfähigkeit in ihrem Haushalt konkret ausgeübten Aufgaben und Tätigkeiten. Hat die versicherte Person während der Vertragslaufzeit eine berufliche Tätigkeit aufgenommen, ist diese zuletzt vor Eintritt der Berufsunfähigkeit nicht nur vorübergehend ausgeübte berufliche Tätigkeit versichert und für die Feststellung der Berufsunfähigkeit maßgeblich. Gibt die versicherte Person die berufliche Tätigkeit wieder auf und führt wieder ausschließlich ihren Haushalt, so besteht der Versicherungsschutz wieder für diese Tätigkeit.

(7) Bestimmungen für Personen in Karenz

Befindet sich die versicherte Person in einem karenzierten Dienstverhältnis, so ist die zuletzt nicht nur vorübergehend ausgeübte berufliche Tätigkeit aus diesem Dienstverhältnis versichert und für die Feststellung der Berufsunfähigkeit maßgeblich.

(8) Ausscheiden aus dem Berufsleben:

Scheidet die versicherte Person aus dem aktiven Berufsleben aus und übt danach keine berufliche Tätigkeit mehr aus, besteht der Versicherungsschutz dennoch bis zum Ende der Versicherungsdauer weiter.

Tritt in dieser Zeit Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen ein, so ist für deren Beurteilung für die Dauer von bis zu 5 Jahren nach dem Ausscheiden die zuvor konkret ausgeübte berufliche Tätigkeit und die damit verbundene Lebensstellung heranzuziehen und maßgebend.

Tritt die Berufsunfähigkeit später ein, gilt jede berufliche Tätigkeit als zumutbar, die anhand der dann noch vorliegenden Kenntnisse und Fähigkeiten ausgeübt wird oder ausgeübt werden könnte. In diesem Fall wird die Lebensstellung durch die dann noch mögliche Berufstätigkeit geprägt.

(9) Wechsel der beruflichen Tätigkeit:

Wechselt die versicherte Person während der Vertragslaufzeit ihre berufliche Tätigkeit, so ist diese neue Tätigkeit versichert. Wechsel der beruflichen Tätigkeit während der Vertragslaufzeit müssen uns nicht angezeigt werden.

Hat die versicherte Person innerhalb der letzten zwölf Monate vor Eintritt der Berufsunfähigkeit die berufliche Tätigkeit gewechselt, ist der Versicherer berechtigt, auch die davor ausgeübte berufliche Tätigkeit zur Beurteilung der Berufsunfähigkeit heranzuziehen, wenn die für den Eintritt der Berufsunfähigkeit ursächlichen Gesundheitsstörungen der versicherten Person bereits bei der Aufgabe der früheren beruflichen Tätigkeit bekannt waren oder bekannt sein mussten. Dadurch wird gewährleistet, dass eine Berufsunfähigkeit nicht vorsätzlich durch einen Wechsel der beruflichen Tätigkeit herbeigeführt werden kann oder bewusst in Kauf genommen wird.

Die frühere berufliche Tätigkeit wird jedoch nicht berücksichtigt, wenn der Berufswechsel auf ärztliches Anraten oder wegen unfreiwilligen Wegfalls der früheren Tätigkeit erfolgte.

(10) Berufsunfähigkeit aufgrund von Pflegebedürftigkeit:

Berufsunfähigkeit aufgrund von Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge von Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich mindestens 6 Monate hindurch ununterbrochen so hilflos ist, dass sie für zumindest 3 der im Folgenden genannten 6 Grundverrichtungen des täglichen Lebens auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel in erheblichem Umfang täglich der Hilfe einer anderen Person bedarf.

Bei der Feststellung des Umfangs der Pflegebedürftigkeit wird nachstehende Tabelle der Grundverrichtungen des täglichen Lebens zugrunde gelegt:

- a. **Fortbewegen im Zimmer:** Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person - auch bei Inanspruchnahme einer Gehilfe oder eines Rollstuhls - die Unterstützung einer anderen Person benötigt, um sich an ihrem gewöhnlichen Aufenthaltsort auf ebener Oberfläche von Zimmer zu Zimmer fortzubewegen.
- b. **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.
- c. **An- und Auskleiden:** Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person - auch bei Benutzung einer krankengerechten Kleidung - sich nicht ohne Hilfe einer anderen Person an- oder auskleiden kann oder gegebenenfalls ein medizinisches Korsett oder eine Prothese nicht selbständig an- oder ablegen kann.
- d. **Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken:** Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person - auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße - zubereitete und servierte Mahlzeiten sowie bereitgestellte Getränke nicht ohne Hilfe einer anderen Person einnehmen kann; Hilfebedarf liegt auch vor, wenn medizinisch indizierte Ernährung über Sonden notwendig ist.
- e. **Körperhygiene (Waschen, Kämmen und Rasieren):** Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person - auch bei Benutzung von Hilfsmitteln wie Wannengriffen oder einem Wannenniff - sich nicht ohne Hilfe einer anderen Person so waschen kann, dass ein angemessenes Maß an Körperhygiene gewahrt bleibt. Die Unfähigkeit, ins Badezimmer zu gelangen, gilt nicht als Hilfebedarf.
- f. **Verrichten der Notdurft:** Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person die Unterstützung einer anderen Person benötigt, da sie
- sich nach dem Stuhlgang nicht allein säubern kann,
- ihre Notdurft nur unter Zuhilfenahme einer Bettschüssel verrichten kann oder
- sie den Darm oder die Blase nur mit fremder Hilfe entleeren kann.
Besteht eine Inkontinenz des Darms bzw. der Blase, die durch die Verwendung von Hilfsmitteln wie Windeln, speziellen Einlagen, einem Katheder oder einem Kolostomiebeutel ausgeglichen werden kann, liegt hinsichtlich der Verrichtung der Notdurft keine Pflegebedürftigkeit vor, solange die versicherte Person bei Verwendung dieser Hilfsmittel zur Verrichtung der Notdurft nicht auf die Hilfe einer anderen Person angewiesen ist.

(11) Ergänzende Bestimmungen für Ärzte und Pflegepersonal:

Bei Ärzten und Pflegepersonal liegt Berufsunfähigkeit auch dann vor, wenn es der versicherten Person aufgrund behördlicher Anordnung oder gesetzlicher Vorschriften wegen einer von ihr ausgehenden Infektionsgefahr verboten ist, ihre hauptberufliche Tätigkeit auszuüben, und sich dieses Verbot zeitlich auf mindestens 6 Monate erstreckt.

Pflegepersonal im Sinne dieser Bedingungen sind insbesondere Apotheker, Psychotherapeuten, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Krankenpfleger, Krankenschwestern, Altenpfleger und Hebammen.

(12) Änderungen der Berufsunfähigkeit:

Vorübergehende akute Erkrankungen oder vorübergehende Besserungen führen zu keiner Änderung der Einstufung und bleiben unberücksichtigt, sofern sie nicht länger als 3 Monate andauern.

§ 3 Umfang und Einschränkungen des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherungsschutz besteht - abgesehen von den nachfolgenden Bestimmungen - weltweit und unabhängig davon auf welcher Ursache der Versicherungsfall beruht.

(2) Kein Anspruch auf eine Versicherungsleistung besteht, wenn die Berufsunfähigkeit verursacht ist:

- a. unmittelbar oder mittelbar durch **Kriegsereignisse oder innere Unruhen**, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter daran teilgenommen hat. Unsere Leistungspflicht bleibt jedoch bestehen, wenn die versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen berufsunfähig wird, denen sie während eines Aufenthalts außerhalb der Europäischen Union ausgesetzt war und an denen sie nicht aktiv beteiligt war.
- b. in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit dem vorsätzlichen Einsatz von **atomen, biologischen oder chemischen Waffen** oder dem vorsätzlichen Einsatz oder der vorsätzlichen Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen, sofern der Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet ist, das Leben oder die Gesundheit einer Vielzahl von Personen zu gefährden.
- c. durch **Strahlen**, die das Leben oder die Gesundheit einer Vielzahl von Personen in so ungewöhnlichem Ausmaß gefährden oder schädigen, dass zu deren Abwehr oder Bekämpfung der Einsatz des Katastrophenschutzes nötig ist.

(3) Kein Anspruch auf eine Versicherungsleistung besteht außerdem, wenn die Berufsunfähigkeit verursacht ist:

- a. durch die vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines **Verbrechens oder Vergehens** durch die versicherte Person.
- b. durch **widerrechtliche Handlungen**, mit denen Sie als Versicherungsnehmer vorsätzlich die Berufsunfähigkeit der versicherten Person herbeigeführt haben.
- c. durch **absichtliche Herbeiführung** von Krankheit oder mehr als altersentsprechendem Kräfteverfall, absichtliche Selbstverletzung oder versuchten Selbstmord. Unsere Leistungspflicht bleibt jedoch bestehen, wenn uns nachgewiesen wird, dass diese Handlungen in einem die freie Willensbildung ausschließenden Zustand krankhafter

Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind.

§ 4 Beginn und Ende des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherungsschutz beginnt, sobald wir die Annahme Ihres Antrages durch Zustellung der Police auf Papier erklärt und Sie die erste oder einmalige Prämie rechtzeitig bezahlt haben. An Ihren Antrag sind Sie sechs Wochen ab dem Tag der Antragstellung gebunden. Vor dem vertraglich vereinbarten Beginn der Versicherungsdauer besteht kein Versicherungsschutz.

(2) Der Versicherungsschutz endet mit dem Tod der versicherten Person, spätestens mit Ende der Versicherungsdauer.

§ 5 Leistungen des Versicherers im Versicherungsfall

(1) Wird die versicherte Person während der Versicherungsdauer der Berufsunfähigkeitsversicherung berufsunfähig im Sinne des § 2 dieser Bedingungen, so erbringen wir die vertraglich vereinbarte Versicherungsleistung.

Je nach Vereinbarung erbringen wir folgende Leistung:

- a. **Befreiung von der Pflicht zur Prämienzahlung** für die Hauptversicherung und die eingeschlossenen Zusatzversicherungen (Ausgenommen davon sind allfällige Zusatzprämien für Vorauszahlungen auf die Versicherungsleistung.)
- b. **Zahlung der versicherten Rente:** Die Rente bezahlen wir für die Dauer der Berufsunfähigkeit monatlich im Voraus. Die erste Rente wird nach Maßgabe der Bestimmungen des § 10 fällig.

Welche Versicherungsleistung vertraglich vereinbart ist, können Sie Ihrer Police entnehmen.

(2) Die Befreiung von der Pflicht zur Prämienzahlung und die Rentenzahlung enden,

- bei Wegfall der Berufsunfähigkeit im Sinne des § 2 oder
- bei Tod der versicherten Person,

spätestens jedoch bei Ablauf der Versicherungsdauer dieser Zusatzversicherung.

(3) Wurde als Versicherungsleistung die Zahlung einer Rente (Absatz 1 lit. b) vereinbart und endet diese Rentenzahlung wegen Wegfalls der Berufsunfähigkeit, so leisten wir eine **Wiedereingliederungshilfe** als Einmalbetrag in Höhe von sechs Monatsrenten (maximal EUR 6.000,-), wenn die versicherte Person mindestens zwei Jahre ununterbrochen berufsunfähig im Sinne des § 2 war und unsere Leistungen wegen Wiederaufnahme der zuletzt ausgeübten oder Aufnahme einer anderen, ihrer Ausbildung und Erfahrung sowie bisherigen Lebensstellung entsprechende, Tätigkeit wegfallen. Die Wiedereingliederungshilfe kann insgesamt nur einmal aus dem gegenständlichen Versicherungsvertrag in Anspruch genommen werden.

(4) Während der Leistung einer Rente ruht die Pflicht des Versicherungsnehmers zur Zahlung der Versicherungsprämien zu dieser Zusatzversicherung. Bereits fällige und die im laufenden Versicherungsjahr noch fällig werdenden Prämien werden im Versicherungsfall in Abzug gebracht. Endet die Rentenzahlung wegen Wegfalls der Berufsunfähigkeit, lebt die Prämienzahlungspflicht wieder auf.

(5) Versicherungsleistungen aus dieser Zusatzversicherung können nicht als einmalige Kapitalzahlung in Anspruch genommen werden.

§ 6 Räumlicher Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

Sofern nicht im Einzelnen etwas anderes vereinbart wurde, besteht der Versicherungsschutz weltweit.

§ 7 Pflichten des Versicherungsnehmers

(1) Sie sind verpflichtet den Antrag und die damit verbundenen Fragen wahrheitsgemäß und vollständig zu beantworten. Wenn eine andere Person versichert werden soll, ist auch diese für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung aller Fragen verantwortlich.

Tritt zwischen der Antragstellung und der Annahme des Antrages eine Erhöhung der Gefahr ein, so hat der Versicherungsnehmer, sobald er von der Gefahnerhöhung Kenntnis erlangt, diese dem Versicherer unverzüglich in geschriebener Form zur Kenntnis zu bringen. Als Erhöhung der Gefahr gilt insbesondere eine erhebliche Erkrankung oder Verletzung der zu versichernden Person.

Verletzen Sie eine der vorstehend genannten Pflichten, sind wir gemäß den Voraussetzungen und Begrenzungen der §§ 23 - 31 VersVG (siehe Anhang) von der Verpflichtung zur Leistung frei.

(2) Werden Fragen schuldhaft unrichtig oder unvollständig beantwortet, können wir innerhalb von drei Jahren nach Abschluss, Reaktivierung oder einer die Leistungspflicht des Versicherers erweiternden Änderung des Vertrages gemäß den Voraussetzungen und Begrenzungen der §§ 16 bis 21 VersVG (siehe Anhang) vom Vertrag zurücktreten. Tritt der Versicherungsfall innerhalb dieser drei Jahre ein, können wir auch nach Ablauf dieser Frist zurücktreten.

Wir können den Rücktritt nur innerhalb eines Monats ab Kenntnis der Unrichtigkeit oder Unvollständigkeit der Angaben erklären. Wir können nicht vom Vertrag zurücktreten, wenn wir von der Unrichtigkeit oder Unvollständigkeit der Angaben bzw. vom Eintritt des Versicherungsfalles

vor Vertragsschluss Kenntnis hatten oder der verschwiegene Umstand keinen Einfluss auf unsere Annahmemeinbarung hatte.

Bei arglistiger Täuschung können wir den Vertrag gemäß § 22 VersVG (siehe Anhang) auch nach Ablauf der Dreijahresfrist, innerhalb von dreißig Jahren seit Abschluss, Reaktivierung oder einer die Leistungspflicht des Versicherers erweiternden Änderung des Vertrages, anfechten.

Schuldhaft unrichtige oder unvollständige Angaben können darüber hinaus gemäß den Voraussetzungen und Begrenzungen der §§ 16 ff VersVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen.

(3) Haben Sie oder der Versicherte ohne Verschulden oder in Unkenntnis die Anzeigepflicht verletzt, verzichten wir ausdrücklich zu Ihren Gunsten auf das uns gesetzlich zustehende Recht nach § 41 VersVG (siehe Anhang), ab Beginn der laufenden Versicherungsperiode den Vertrag anzupassen oder den Vertrag zu kündigen.

(4) Sie sind verpflichtet, die vereinbarten **Versicherungsprämien** (einmalige oder laufende Prämien) an uns kostenfrei und rechtzeitig zu bezahlen. Eine Stundung von Prämien muss mit uns im Einzelnen ausgehandelt und in geschriebener Form vereinbart werden.

(5) Laufende Prämien sind Jahresprämien. Sie können nach Vereinbarung auch in halbjährlichen, vierteljährlichen oder monatlichen Raten bezahlt werden, dann jedoch mit einem Unterjährigkeitszuschlag, der als Prozentsatz der Prämie in der Police ausgewiesen ist. Im Versicherungsfall (§ 1) werden bereits fällige und die im laufenden Versicherungsjahr noch fällig werdenden Prämien in Abzug gebracht.

(6) Die erste oder einmalige Prämie wird mit Zustellung der Police, nicht aber vor Versicherungsbeginn **fällig** und ist sodann innerhalb von zwei Wochen zu bezahlen. Folgeprämien sind innerhalb von zwei Wochen jeweils ab dem in der Police angegebenen Fälligkeitstag zu bezahlen.

(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. Auf diese Rechtsfolgen werden wir in der Aufforderung zur Prämienzahlung noch einmal hinweisen. 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 von uns übernommenen Kosten der ärztlichen Untersuchung von Ihnen zurück zu bezahlen.

(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. Auf diese Rechtsfolgen werden wir bei Zusendung der Mahnung noch einmal hinweisen. Im Falle unserer Kündigung vermindert sich Ihr Versicherungsschutz auf die prämiensfreie Versicherungsleistung (§ 16 Absatz 3). Bei Unterschreitung der Mindestversicherungsleistung gemäß § 16 Absatz 5 entfällt der Versicherungsschutz zur Gänze.

(9) Nach Eintritt des Versicherungsfalles sind Sie nach Maßgabe der §§ 9 und 11 verpflichtet, an der Feststellung und Nachprüfung der Leistungspflicht mitzuwirken.

§ 8 Bestimmungen über Prämie (Risikoprämie, Kosten, Prämienanpassung) und Gebühren

(1) Die Versicherungsprämien sind als über die Prämienzahlungsdauer gleichbleibende Durchschnittsprämien oder als einmalige Prämien berechnet und dienen nach Abzug der gesetzlichen Versicherungssteuer sowie der Prämienanteile für Abschlusskosten (lit. b) und Verwaltungskosten (lit. c) zur Deckung des versicherten Risikos der Berufsunfähigkeit (lit. a). Da das versicherte Risiko aufgrund des zunehmenden Alters der versicherten Person nicht konstant bleibt, sondern ansteigt, werden Teile der bezahlten Prämie zum Zeitpunkt der Zahlung nicht zur Deckung des versicherten Risikos benötigt und der Deckungsrückstellung zugeführt. Diese Deckungsrückstellung wird verwendet, um das mit fortschreitendem Alter steigende Risiko abzudecken.

- a. **Deckung des versicherten Risikos (Risikoprämien):** Die Prämienanteile zur Deckung des versicherten Risikos der Berufsunfähigkeit (Risikoprämien) richten sich nach dem Alter und dem Beruf der versicherten Person sowie den vereinbarten Leistungen. Bei der Berechnung des relevanten Alters wird ein begonnenes Lebensjahr als voll gerechnet, wenn davon am Tag, an welchem laut Police das erste Versicherungsjahr beginnt, mehr als sechs Monate vergangen sind. Die Risikoprämien errechnen sich jährlich aus der Differenz zwischen dem Barwert der vereinbarten Versicherungsleistungen und dem Geldwert der Deckungsrückstellung, multipliziert mit der Wahrscheinlichkeit für den Eintritt eines Leistungsfalles nach Maßgabe der für den jeweiligen Tarif geltenden Wahrscheinlichkeitstafel. Für die Übernahme erhöhter Risiken - insbesondere wegen Krankheit, Beruf, Sport - werden wir Zusatzprämien zur Versicherungsprämie oder besondere Bedingungen mit Ihnen vereinbaren. Die für den vereinbarten Tarif geltende Wahrscheinlichkeitstafel ist in der Beilage "Rechnungsgrundlagen" zu Ihrer Police bezeichnet.
- b. Die **Abschlusskosten** werden nach Maßgabe des vereinbarten Tarifs fällig. Die für die

Berechnung der Abschlusskosten herangezogenen Kostensätze sind in der Beilage "Rechnungsgrundlagen" zu Ihrer Polizee ausgewiesen.

- c. Die **Verwaltungskosten** werden jährlich fällig. Die nach Maßgabe des vereinbarten Tarifs für die Berechnung der Verwaltungskosten herangezogenen Kostensätze sind in der Beilage "Rechnungsgrundlagen" zu Ihrer Polizee ausgewiesen.

(2) Alle in Absatz 1 genannten Prämien- und Kostenbestandteile berücksichtigen wir bereits bei der Kalkulation Ihrer Prämien, sie sind daher in Ihren Prämien enthalten. Bei prämienfrei gestellten Verträgen entnehmen wir die Risiko- und Verwaltungskosten zur Gänze der Deckungsrückstellung.

(3) Für prämienerhöhende Vertragsänderungen gelten die Bestimmungen über die Abschluss- und Verwaltungskosten in gleicher Weise.

(4) Die Rechnungsgrundlagen für die Ermittlung der Prämienanteile und Kosten nach Absatz 1 sind Teil der versicherungsmathematischen Grundlagen des jeweiligen Tarifes. Diese können für bestehende Verträge – außer in den in Absatz 5 definierten Fällen - von uns nicht verändert werden. Ihre korrekte Anwendung ist von der Finanzmarktaufsichtsbehörde (FMA) jederzeit überprüfbar.

(5) **Prämienanpassung:** Wir sind verpflichtet, die Prämien im Falle einer nicht nur vorübergehenden und nicht vorhersehbaren Veränderung des Leistungsbedarfes der Versichertengemeinschaft gegenüber der versicherungsmathematischen Grundlagen und der daraus errechneten Prämie nach Maßgabe der folgenden Kriterien zu ändern. Bloß vom Älterwerden der versicherten Person oder von der Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes abhängige Anpassungen dürfen nicht vorgenommen werden.

- Als für die Änderung der Prämien maßgebende Umstände werden die Veränderungen des folgenden Faktors vereinbart:
- Die Häufigkeit der Inanspruchnahme von Leistungen nach Art der vertraglich vorgesehenen, bezogen auf die zu diesem Tarif versicherten Personen (Änderung der Eintrittswahrscheinlichkeiten für den Versicherungsfall laut Geschäftsplan).
- Wir sind verpflichtet die Veränderung dieser Faktoren jährlich zu überprüfen. Hat sich zumindest einer dieser Faktoren im Durchschnitt um mehr als 10 % gegenüber den versicherungsmathematischen Grundlagen des Tarifes verändert, so sind wir zu einer Prämienhöhung oder Prämienenkung im entsprechenden Ausmaß verpflichtet. Im Falle einer Prämienhöhung werden wir Ihnen auf Ihr Verlangen hin, die Fortsetzung des Vertrages mit höchstens gleichbleibender Prämie und angemessen geänderten Leistungen anbieten. Wir weisen darauf hin, dass es in diesem Falle bei Fortsetzung des Vertrages mit höchstens
- gleichbleibender Prämie zu einer Reduzierung der Versicherungsleistung im Verhältnis der geänderten Prämie zu bisherigen Prämie kommen kann.
- Die Erklärung über eine Prämienänderung wird frühestens zum auf die Absendung folgenden Monatsersten wirksam.

(6) **Gebühren:**

- Für durch Sie veranlasste Mehraufwendungen verrechnen wir angemessene Gebühren. Das Gebührenblatt bildet einen integrierenden Bestandteil des Vertrages und ist dauerhaft im Internet unter www.keinesorgen.at/bedingungen abrufbar.
- Diese Gebühren sind wertgesichert und verändern sich ab Januar eines jeden Kalenderjahres in demselben Ausmaß, in dem sich die Indexzahl des von der STATISTIK AUSTRIA monatlich verlautbarten Verbraucherpreisindex 2000 oder ein von Amts wegen an seine Stelle tretender Index gegenüber der Indexzahl des für den Monat Januar des Jahres des Inkrafttretens des Tarifes verändert hat. 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. Aus der Nichtgeltendmachung über einen längeren Zeitraum können keine Rechte, insbesondere kein Verzicht, abgeleitet werden.

§ 9 Anspruchstellung und Mitwirkungspflichten des Versicherungsnehmers und der versicherten Person

(1) Die Anspruchstellung hat unverzüglich in geschriebener Form zu erfolgen, wenn die sechsmonatige Mindestdauer der Berufsunfähigkeit ärztlich voraussehbar oder bereits eingetreten ist.

(2) Werden Leistungen aus diesem Vertrag verlangt, so sind auf Kosten des Anspruchserhebenden folgende Unterlagen einzureichen:

- eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Berufsunfähigkeit nach Maßgabe der Voraussetzungen des § 11a VersVG (siehe Anhang),
- ausführliche Berichte der Ärzte nach Maßgabe der Voraussetzungen des § 11a VersVG (siehe Anhang), die die versicherte Person gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer der Gesundheitsstörungen, sowie über das Ausmaß der Berufsunfähigkeit oder der Pflegebedürftigkeit,
- Nachweise über die berufliche Tätigkeit der versicherten Person, ihre Stellung und ihre genaue Tätigkeit zum Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit sowie die eingetretenen Veränderungen, die die Berufsunfähigkeit begründen,

- Unterlagen über die finanzielle Lebensstellung aus der beruflichen Tätigkeit der versicherten Person und deren Veränderungen vor und nach Eintritt der Berufsunfähigkeit (z.B. Einkommenssteuerbescheide),
- bei Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit zusätzlich eine Bescheinigung der Person oder der Einrichtung, die mit der Pflege betraut ist, über Art und Umfang der Pflege nach Maßgabe der Voraussetzungen des § 11a VersVG (siehe Anhang).

Sämtliche Unterlagen sind in deutscher Sprache einzureichen.

(3) Wir können außerdem nach Maßgabe der Voraussetzungen des § 11a VersVG (siehe Anhang) weitere Untersuchungen und Gutachten durch von uns beauftragte Ärzte und Gutachter sowie notwendige Nachweise verlangen, insbesondere zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen. Außerdem können wir verlangen, dass diese weiteren ärztlichen Untersuchungen in Österreich vorgenommen werden, auch wenn die versicherte Person ihren ständigen Wohnsitz außerhalb Österreichs hat. Diese Untersuchungskosten werden von uns getragen, nicht jedoch die Reise- und Aufenthaltskosten.

(4) Die versicherte Person hat Ärzte, Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten sowie Pflegeheime, Sanatorien, Versorgungs- und Fürsorgeämter sowie andere Personenversicherer, Sozialversicherungsträger und Behörden zu ermächtigen, uns auf Verlangen Auskunft zu erteilen. Die befragten Personen sind von ihrer Schweigepflicht uns gegenüber zu befreien.

(5) Lässt die versicherte Person operative Behandlungen zur Förderung der Heilung oder Minderung der Berufsunfähigkeit nicht durchführen, so steht dies unserer Leistungspflicht nicht entgegen. Die versicherte Person ist jedoch sehr wohl verpflichtet, geeignete Heilbehelfe zu verwenden (etwa Seh- und Hörhilfen, Prothesen, Stützstrümpfe) und zumutbare Heilbehandlungen vornehmen zu lassen, die eine wesentliche Besserung der gesundheitlichen Beeinträchtigung erwarten lassen. Als zumutbar sind solche Heilbehandlungen anzusehen, die im Wesentlichen gefahrlos und nicht mit besonderen Schmerzen verbunden sind, nicht jedoch Heilbehandlungen, die mit einem operativen Eingriff verbunden sind.

(6) Eine Minderung oder der Wegfall der Berufsunfähigkeit sowie der Pflegebedürftigkeit ist uns unverzüglich anzuzeigen. Ebenso ist uns die Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit durch die versicherte Person unverzüglich mitzuteilen.

(7) Solange eine der vorgenannten Mitwirkungspflichten von Ihnen, der versicherten Person oder einem Anspruchserhebenden vorsätzlich nicht erfüllt wird, sind wir nach Maßgabe des § 12 von der Verpflichtung zur Leistung frei.

§ 10 Fälligkeit der Leistung und Erklärungen über die Leistungspflicht

(1) Die Versicherungsleistung ist fällig, wenn die Berufsunfähigkeit mindestens 6 Monate ununterbrochen bestanden hat. In diesem Fall wird die Leistung rückwirkend ab jenem Monatsersten erbracht, der auf den ärztlich nachgewiesenen Beginn der Berufsunfähigkeit folgte. Eine rückwirkende Auszahlung von Rentenansprüchen, die zum Zeitpunkt der Meldung des Versicherungsfalles in geschriebener Form bereits verjährt waren, kann nicht verlangt werden. Ebenso kann eine rückwirkende Befreiung von der Pflicht zur Prämienzahlung über die Verjährungsfrist hinaus nicht verlangt werden.

(2) Wir sind verpflichtet, nach Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung nötigen Erhebungen unverzüglich zu erklären, ob, in welchem Umfang und für welchen Zeitraum wir eine Leistungspflicht anerkennen.

(3) Bei Feststellung oder Anerkennung unserer Leistungspflicht ist die Leistung gleichzeitig mit unserer Erklärung darüber fällig, frühestens jedoch zum in Absatz 1 bestimmten Zeitpunkt.

(4) Die Fälligkeit der Leistung tritt jedoch unabhängig davon ein, wenn der Anspruchsberechtigte nach Ablauf zweier Monate seit Anspruchserhebung eine Erklärung von uns verlangt, aus welchen Gründen die Erhebungen noch nicht beendet werden konnten, und wir diesem Verlangen nicht binnen eines Monats entsprechen.

(5) Bis zur Erklärung unserer Leistungspflicht (Absatz 2) sind die Prämien weiter zu bezahlen; wir werden diese Prämien jedoch bei Feststellung oder Anerkennung unserer Leistungspflicht ab dem Zeitpunkt, ab dem eine Rentenleistung zuerkannt wird, zurückerzahlen.

(6) Auf Antrag in geschriebener Form stunden wir bis zur Erklärung unserer Leistungspflicht die zu bezahlenden Prämien. Die zinslose Stundung endet mit der Erklärung unserer Leistungspflicht. Nach Vereinbarung können Sie die gestundeten Prämien innerhalb eines Zeitraumes von 24 Monaten in halbjährlichen, vierteljährlichen oder monatlichen Raten nachzahlen.

(7) Rentenleistungen erbringen wir auf ein Girokonto des Berechtigten, das bei einem Kreditinstitut geführt wird, welches in einem der Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum zugelassen ist.

(8) Ist die versicherte Person nicht mehr berufsunfähig im Sinne dieser Bedingungen, erlischt der Anspruch auf eine Versicherungsleistung. Die Einstellung der Rentenzahlung und der Wiederbeginn der Prämienzahlungspflicht werden mit dem unserer Mitteilung in geschriebener Form an den Anspruchsberechtigten zweitfolgenden Monatsersten wirksam.

§ 11 Nachprüfung des Fortbestehens der Berufsunfähigkeit

(1) Nach Anerkennung oder Feststellung unserer Leistungspflicht sind wir berechtigt, das Fortbestehen der Berufsunfähigkeit nachzuprüfen. Dabei können wir insbesondere erneut prüfen, ob die versicherte Person eine andere berufliche Tätigkeit im Sinne des § 2 ausübt, wobei neu erworbene berufliche Ausbildungen und Erfahrungen zu berücksichtigen sind.

(2) Zur Nachprüfung können wir jederzeit sachdienliche Auskünfte und einmal jährlich umfassende Untersuchungen der versicherten Person durch von uns zu beauftragende Ärzte verlangen. Die Kosten dafür werden von uns getragen.

(3) Wir können jährlich einen Nachweis darüber verlangen, dass die versicherte Person noch am Leben ist.

§ 12 Folgen einer Verletzung der Mitwirkungspflichten gemäß §§ 9 und 11

(1) Solange eine Mitwirkungspflicht nach § 9 oder § 11 von Ihnen, der versicherten Person oder einem Anspruchs erhebenden vorsätzlich nicht erfüllt wird, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei.

(2) Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, unsere Leistung nach Maßgabe des § 6 Absatz 3 VersVG (siehe Anhang) zu kürzen. Dies gilt nicht, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die Mitwirkungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt haben.

(3) Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag bleiben jedoch insoweit bestehen, als die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist. Wenn die Mitwirkungspflicht später erfüllt wird, sind wir ab Beginn des Monats, in dem die Mitwirkungspflicht erfüllt wird, nach Maßgabe dieser Bedingungen zur Leistung verpflichtet.

§ 13 Meinungsverschiedenheiten

(1) Sind Sie mit unseren Entscheidungen nicht einverstanden, können Sie innerhalb eines Jahres nach Zugang unserer Erklärung den Anspruch gerichtlich geltend machen. Verstreicht diese Frist, ohne dass bei Gericht Klage erhoben wird, so sind weitergehende Ansprüche, als wir anerkannt haben, ausgeschlossen.

(2) Die Frist gemäß Absatz 1 beginnt erst, nachdem wir einen erhobenen Anspruch gegenüber dem Anspruchserhebenden in geschriebener Form gemäß § 12 Absatz 2 VersVG (siehe Anhang) begründet abgelehnt haben und diesen über die mit dem Ablauf der Frist verbundenen Rechtsfolgen informiert haben. Für die Dauer von Vergleichsverhandlungen über den erhobenen Anspruch und für die Zeit, in der der Anspruchserhebende ohne sein Verschulden an der rechtzeitigen gerichtlichen Geltendmachung des Anspruches gehindert ist, ist die Frist gehemmt (§ 12 Absatz 3 VersVG, siehe Anhang).

§ 14 Gewinnbeteiligung

(1) Entstehung des Gewinnes:

Berufsunfähigkeits-Versicherungsverträge sind in der Regel langjährige Versicherungsverträge. Um die Erbringung der vereinbarten Versicherungsleistung über die gesamte Versicherungsdauer hinweg sicherzustellen, sind die Prämien vorsichtig kalkuliert. Vorsichtige Annahmen werden insbesondere hinsichtlich der Wahrscheinlichkeiten für den Eintritt eines Versicherungsfalles getroffen. Regelmäßige Überschüsse in Form von Risikogewinnen sind die Folge der vorsichtigen Prämienkalkulation. Risikogewinne entstehen, wenn die Eintrittswahrscheinlichkeit für den Versicherungsfall innerhalb des Gewinn- oder Abrechnungsverbandes Ihrer Berufsunfähigkeitsversicherung im Schnitt niedriger ist, als bei der Kalkulation der garantierten Leistungen angenommen wurde.

(2) Verteilung der Überschüsse über Gewinn- und Abrechnungsverbände:

Sie nehmen im Wege der Gewinnbeteiligung an den von uns erzielten Überschüssen teil. Die Aufteilung der Überschüsse erfolgt über Gewinn- und Abrechnungsverbände, in denen alle gleichartigen Versicherungsverträge zusammengefasst sind. Ihre Berufsunfähigkeitsversicherung gehört dem in Ihrer Polizza angeführten Gewinnverband an.

An jedem Bilanzstichtag werden mindestens 85 % der im abgelaufenen Geschäftsjahr erzielten Überschüsse, die auf den Gewinnverband Ihrer Berufsunfähigkeitsversicherung entfallen, der Rückstellung für die Gewinnbeteiligung zugewiesen.

(3) Zuteilung der Gewinnanteile zu Ihrem Vertrag:

Die auf Ihren Vertrag entfallenden Gewinnanteile werden auf Grundlage des für den Tarif Ihrer Berufsunfähigkeitsversicherung festgelegten Gewinnplans berechnet. Dieser Gewinnplan wurde auf Basis der Verordnung der Finanzmarktaufsicht über die Gewinnbeteiligung in der Lebensversicherung erstellt und der Finanzmarktaufsicht vorgelegt.

An jedem Bilanzstichtag wird nach Maßgabe des folgenden Absatz 4 die Höhe der auf Ihre Berufsunfähigkeitsversicherung entfallenden Gewinnanteile ermittelt und der Rückstellung für Gewinnbeteiligung zugewiesen.

Die erstmalige Zuteilung zu Ihrem Vertrag erfolgt bereits zu Beginn des 1. Versicherungsjahres. Weitere Zuteilungen erfolgen jährlich während der Prämienzahlungsdauer.

(4) Berechnung der Gewinnanteile:

Der Risikogewinnanteil wird als Prozentsatz (Risikogewinnsatz) der vorgeschriebenen Prämien berechnet. Die Höhe des Risikogewinnsatzes wird jährlich auf Grundlage der Höhe der Überschüsse, die der Rückstellung für Gewinnbeteiligung zugewiesen wurden, festgelegt.

(5) Verwendung der Gewinnanteile:

Der Risikogewinnanteil wird von den vorgeschriebenen Prämien in Form eines Sofortbonus abgezogen und mindert so den zu bezahlenden Betrag.

(6) Gewinnbeteiligung während der Zahlung einer Rente:

Besteht nach Eintritt des Versicherungsfalles der Anspruch auf eine Rentenzahlung, so bildet der Versicherer eine Deckungsrückstellung, um die garantierten Rentenleistungen über die gesamte Anspruchsdauer zu gewährleisten. Bei der Berechnung dieser Deckungsrückstellung wird eine Verzinsung mit dem Rechnungszinssatz kalkuliert. Dieser ist über die gesamte Vertragslaufzeit garantiert und muss unter Berücksichtigung der Höchstzinssatzverordnung der Finanzmarktaufsicht vorsichtig festgelegt werden.

Aus diesem Grund können sich aus der Veranlagung Kapitalerträge ergeben, welche die kalkulierte Verzinsung mit dem Rechnungszinssatz übersteigen. Aus diesen Kapitalerträgen ergibt sich der Zinsgewinnanteil.

Dieser Zinsgewinnanteil berechnet sich als ein Prozentsatz (Zinsgewinnsatz) eines Basiswertes. Der Basiswert ist die durchschnittliche Höhe der Deckungsrückstellung Ihres Vertrages in jenem Kalenderjahr, das dem Bilanzstichtag vorausging.

Diese durchschnittliche Höhe berechnet sich als Mittelwert der Höhe der mit dem Rechnungszins abgezinsten Deckungsrückstellung am Beginn des Versicherungsjahres, in dem der Bilanzstichtag liegt, und der Höhe der mit dem Rechnungszins abgezinsten Deckungsrückstellung am Ende dieses Versicherungsjahres.

Der Zinsgewinnanteil erhöht jährlich die laufenden Rentenzahlungen. Das Ausmaß der Erhöhung werden wir Ihnen in jedem Versicherungsjahr mitteilen.

(7) Die Bemessungsgrundlage für die Gewinnbeteiligung (Zinsgewinnanteil) nach der Lebensversicherung-Gewinnbeteiligungsverordnung sowie die Gewinnanteilssätze und der Verteilungszeitraum werden jährlich im Anhang zum Jahresabschluss angeführt und veröffentlicht (<https://www.keinesorgen.at/wir-ueber-uns>).

(8) **Prognoserechnungen** über zukünftige Gewinnanteile, die wir für Ihren Vertrag erstellen, dienen lediglich der Illustration möglicher künftiger Entwicklungen. Sie beruhen auf Schätzungen der künftigen Überschüsse, die auf Grundlage der gegenwärtigen Verhältnisse erstellt wurden. Da künftige Entwicklungen nicht mit Sicherheit vorhergesehen werden können, sind Zahlenangaben in solchen Prognoserechnungen stets unverbindlich.

§ 15 Kündigung und Rückkauf dieser Zusatzversicherung

(1) Sie können Ihren Versicherungsvertrag schriftlich, sofern die Schriftform vereinbart wurde, ansonsten in geschriebener Form kündigen:

- jederzeit mit Wirkung zum Schluss des laufenden Versicherungsjahres
- während eines Versicherungsjahres mit einmonatiger Frist mit Wirkung zum Monatsende, frühestens jedoch mit Wirkung zum Ende des ersten Versicherungsjahres.

(2) Im Falle der Kündigung besteht kein Anspruch auf Auszahlung eines Rückkaufwertes.

Beziehen Sie bereits eine Rentenleistung aus dieser Zusatzversicherung, so besteht kein Anspruch auf Auszahlung eines Rückkaufwertes, einer Gewinnbeteiligung oder einer Kapitalabfindung.

§ 16 Kündigung und Umwandlung dieser Zusatzversicherung in eine prämienfreie Versicherung

(1) Wurde als Versicherungsleistung die Zahlung einer Rente vereinbart (§ 5 Absatz 1 litera b), so können Sie die Umwandlung dieser Zusatzversicherung in eine prämienfreie Versicherung schriftlich, sofern die Schriftform vereinbart wurde, ansonsten in geschriebener Form, beantragen

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

(2) Wurde als Versicherungsleistung nur die Befreiung von der Pflicht zur Prämienzahlung für die Hauptversicherung vereinbart (§ 5 Absatz 1 litera a), so ist die Umwandlung dieser Zusatzversicherung in eine prämienfreie Versicherung nicht möglich.

(3) Bei einer Umwandlung in eine prämienfreie Versicherung setzen wir die versicherten Leistungen nach den geschäftsplanmäßigen Bestimmungen auf eine prämienfreie Leistung herab. Dabei wird für die restliche Versicherungsdauer auf Grundlage der geschäftsplanmäßigen Deckungsrückstellung Ihres Versicherungsvertrages eine verminderte Versicherungssumme ermittelt, wobei die Deckungsrückstellung um einen Abzug von 45 % vermindert wird.

(4) Die prämienfreien Leistungen zum Ende eines jeden Versicherungsjahres sind in der Beilage "Modellrechnung" zu Ihrer Polizza ausgewiesen.

(5) Beträgt die prämienfreie versicherte jährliche Rente weniger als EUR 1.200,-- so ist die Umwandlung in eine prämienfreie Versicherung nicht möglich.

(6) Im Falle einer Prämienfreistellung erhalten Sie eine neue Polizza mit den angepassten Versicherungssummen und einer aktualisierten Beilage.

§ 17 Rückkauf und Prämienfreistellung gemeinsam mit der Hauptversicherung

(1) Diese Zusatzversicherung bildet mit der Hauptversicherung eine Einheit; sie kann daher ohne die Hauptversicherung nicht fortgesetzt werden. Wird die Hauptversicherung gekündigt, in eine prämienfreie Versicherung umgewandelt oder aus sonstigen Gründen beendet, gilt dies auch für die Zusatzversicherung.

(2) Wird die Hauptversicherung gekündigt und ein allfälliger Rückkaufswert ausbezahlt, so gilt gleichzeitig die Zusatzversicherung als gekündigt.

(3) Wird die Hauptversicherung gekündigt und in eine prämienfreie Versicherung umgewandelt, so gilt für die Zusatzversicherung folgendes:

- a. Wurde als Versicherungsleistung die Befreiung von der Pflicht zur Prämienzahlung für die Hauptversicherung vereinbart (§ 5 Absatz 1 litera a), so endet die Zusatzversicherung. Die vorhandene Deckungsrückstellung der Zusatzversicherung wird zur Deckungsrückstellung der Hauptversicherung hinzugefügt und erhöht somit die prämienfreie Leistung der Hauptversicherung.
- b. Wurde als Versicherungsleistung die Zahlung einer Rente vereinbart (§ 5 Absatz 1 litera b), so wird die Zusatzversicherung in eine prämienfreie Versicherung umgewandelt und die versicherten Leistungen nach Maßgabe des § 16 Absatz 3 auf die prämienfreien Leistungen herabgesetzt. Wird die versicherte prämienfreie Rente gemäß § 16 Absatz 5 unterschritten, so endet die Zusatzversicherung. In diesem Fall wird die vorhandene Deckungsrückstellung der Zusatzversicherung zur Deckungsrückstellung der Hauptversicherung hinzugefügt und erhöht somit die prämienfreie Leistung der Hauptversicherung.

(4) Ist der Versicherungsfall aus der Zusatzversicherung bereits eingetreten, finden die Absätze 2 und 3 keine Anwendung. Anerkannte Ansprüche aus bereits eingetretenen Versicherungsfällen dieser Zusatzversicherung werden bei Rückkauf oder Umwandlung der Hauptversicherung in eine prämienfreie Versicherung nicht berührt.

§ 18 Bezugsberechtigung

(1) Bezugsberechtigt für Rentenzahlungen aus dieser Zusatzversicherung ist **die versicherte Person**.

(2) Der Bezugsberechtigte erwirbt das Recht auf die Leistung mit Eintritt des Versicherungsfalles.

§ 19 Vertragsgrundlagen

(1) Vertragsgrundlagen sind Ihr Antrag, die Polize mit den Beilagen "Rechnungsgrundlagen" und "Modellrechnung" sowie sonstiger Anlagen, der dem Vertrag zugrunde liegende Tarif und diese Versicherungsbedingungen.

(2) Die Versicherungsbedingungen der Hauptversicherung finden auf die Zusatzversicherung sinngemäß Anwendung, wenn in diesen Bedingungen nichts Abweichendes bestimmt ist. Dies gilt insbesondere für die Regelungen betreffend Verpfändung, Abtretung und Vinkulierung, die Wirksamkeit von Erklärungen, die allgemeinen Verjährung, das anwendbare Recht, die Aufsichtsbehörde sowie den Erfüllungsort.

Anhang

Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz (VersVG)

§ 5a. (1) Die Vereinbarung der elektronischen Kommunikation bedarf der ausdrücklichen Zustimmung des Versicherungsnehmers, die gesondert erklärt werden muss. Sie kann von jeder der Vertragsparteien jederzeit widerrufen werden. Auf dieses Recht ist der Versicherungsnehmer vor Einholung seiner Zustimmung hinzuweisen.

(2) Bei Vereinbarung der elektronischen Kommunikation können sich die Vertragsparteien die Schriftform nur für Erklärungen, die Bestand oder Inhalt des Versicherungsverhältnisses betreffen, ausbedingen, sofern dies aus Gründen der Rechtssicherheit sachlich gerechtfertigt und für den Versicherungsnehmer nicht gröblich benachteiligend ist. Eine solche Vereinbarung der Schriftform bedarf der ausdrücklichen Zustimmung des Versicherungsnehmers, die gesondert erklärt werden muss. Die Vereinbarung der Schriftform für Rücktrittserklärungen nach § 5c ist unzulässig.

(3) Bei Vereinbarung der elektronischen Kommunikation kann der Versicherer Versicherungsbedingungen, Versicherungsscheine nach Maßgabe des § 3 Abs. 1, Erklärungen und andere Informationen, der Versicherungsnehmer Erklärungen und andere Informationen elektronisch übermitteln. Die elektronische Übermittlung durch den Versicherer kann auf einem anderen dauerhaften Datenträger als Papier oder über eine Website (Abs. 9) erfolgen, wenn die übrigen Voraussetzungen des § 128a Abs. 2 Z 1 und Z 2 VAG 2016 erfüllt sind.

(4) Auch bei Vereinbarung der elektronischen Kommunikation haben die Vertragsparteien das Recht, ihre Erklärungen und Informationen auf Papier zu übermitteln. Macht der Versicherer davon oder vom Recht des Widerrufs dieser Vereinbarung Gebrauch, so muss er den Versicherungsnehmer rechtzeitig elektronisch davon verständigen und ihn dabei auf die Rechtsfolgen des § 10 hinweisen.

(5) Hat der Versicherungsnehmer Versicherungsbedingungen, Versicherungsscheine, Erklärungen oder andere Informationen nur elektronisch erhalten, so ist ihm auf Verlangen unentgeltlich eine Papierfassung zu überlassen. Auf dieses Recht ist der Versicherungsnehmer vor Einholung seiner Zustimmung zur elektronischen Kommunikation hinzuweisen.

(7) Bei elektronischer Übermittlung von vertragsrelevanten Inhalten ist der Versicherungsnehmer

klar und deutlich darauf hinzuweisen, dass die Sendung einen Versicherungsschein oder eine bestimmte andere vertragsrelevante Information betrifft.

(9) Bei Übermittlung von vertragsrelevanten Inhalten über eine Website muss der Versicherer Versicherungsbedingungen während der gesamten Vertragslaufzeit, Erklärungen und andere Informationen während der Zeit, in der sie bedeutend sind, unverändert auf der bekanntgegebenen Stelle dieser Website dauerhaft zur Abfrage bereitstellen und es dem Versicherungsnehmer auch ermöglichen, die Versicherungsbedingungen dauerhaft zu speichern und laufend wiederzugeben.

(10) Sind die Erfordernisse der Abs. 3 und 9 erfüllt und bei der Übermittlung auch beachtet worden, so wird vermutet, dass die Sendung dem Empfänger elektronisch zugegangen ist.

(11) Die Abs. 1 bis 10 gelten auch für die elektronische Kommunikation zwischen dem Versicherer und einem Versicherten oder einem sonstigen Dritten.

§ 6. (1) Ist im Vertrag bestimmt, daß bei Verletzung einer Obliegenheit, die vor dem Eintritt des Versicherungsfalles dem Versicherer gegenüber zu erfüllen ist, der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei sein soll, so tritt die vereinbarte Rechtsfolge nicht ein, wenn die Verletzung als eine unverschuldete anzusehen ist. Der Versicherer kann den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen, es sei denn, daß die Verletzung als eine unverschuldete anzusehen ist. Kündigt der Versicherer innerhalb eines Monats nicht, so kann er sich auf die vereinbarte Leistungsfreiheit nicht berufen.

(1a) Bei der Verletzung einer Obliegenheit, die die dem Versicherungsvertrag zugrundeliegende Äquivalenz zwischen Risiko und Prämie aufrechterhalten soll, tritt die vereinbarte Leistungsfreiheit außerdem nur in dem Verhältnis ein, in dem die vereinbarte hinter der für das höhere Risiko tarifmäßig vorgesehenen Prämie zurückbleibt. Bei der Verletzung von Obliegenheiten zu sonstigen bloßen Meldungen und Anzeigen, die keinen Einfluß auf die Beurteilung des Risikos durch den Versicherer haben, tritt Leistungsfreiheit nur ein, wenn die Obliegenheit vorsätzlich verletzt worden ist.

(2) Ist eine Obliegenheit verletzt, die vom Versicherungsnehmer zum Zweck der Verminderung der Gefahr oder der Verhütung einer Erhöhung der Gefahr dem Versicherer gegenüber - unabhängig von der Anwendbarkeit des Abs. 1a - zu erfüllen ist, so kann sich der Versicherer auf die vereinbarte Leistungsfreiheit nicht berufen, wenn die Verletzung keinen Einfluß auf den Eintritt des Versicherungsfalles oder soweit sie keinen Einfluß auf den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung gehabt hat.

(3) Ist die Leistungsfreiheit für den Fall vereinbart, daß eine Obliegenheit verletzt wird, die nach dem Eintritt des Versicherungsfalles dem Versicherer gegenüber zu erfüllen ist, so tritt die vereinbarte Rechtsfolge nicht ein, wenn die Verletzung weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruht. Wird die Obliegenheit nicht mit dem Vorsatz verletzt, die Leistungspflicht des Versicherers zu beeinflussen oder die Feststellung solcher Umstände zu beeinträchtigen, die erkennbar für die Leistungspflicht des Versicherers bedeutsam sind, so bleibt der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung weder auf die Feststellung des Versicherungsfalles noch auf die Feststellung oder den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung Einfluß gehabt hat.

(4) Eine Vereinbarung, nach welcher der Versicherer bei Verletzung einer Obliegenheit zum Rücktritt berechtigt sein soll, ist unwirksam.

(5) Der Versicherer kann aus der fahrlässigen Verletzung einer vereinbarten Obliegenheit Rechte nur ableiten, wenn dem Versicherungsnehmer vorher die Versicherungsbedingungen oder eine andere Urkunde zugegangen sind, in der die Obliegenheit mitgeteilt wird.

§ 11a. (1) Der Versicherer darf im Zusammenhang mit Versicherungsverhältnissen, bei welchen der Gesundheitszustand des Versicherten oder eines Geschädigten erheblich ist, personenbezogene Gesundheitsdaten verarbeiten, soweit dies

1. zur Beurteilung, ob und zu welchen Bedingungen ein Versicherungsvertrag abgeschlossen oder geändert wird, oder

2. zur Verwaltung bestehender Versicherungsverträge oder

3. zur Beurteilung und Erfüllung von Ansprüchen aus einem Versicherungsvertrag unerlässlich ist. Das Verbot der Verarbeitung von Daten aus genetischen Analysen gemäß § 67 Gentechnikgesetz bleibt unberührt.

(2) Versicherer dürfen personenbezogene Gesundheitsdaten für die in Abs. 1 genannten Zwecke nur auf folgende Art ermitteln:

1. durch Befragung der Person, die versichert werden soll oder bereits versichert ist, beziehungsweise durch Befragung des Geschädigten oder

2. anhand der vom Versicherungsnehmer oder vom Geschädigten beigebrachten Unterlagen oder

3. durch Auskünfte von Dritten bei Vorliegen einer für den Einzelfall erteilten ausdrücklichen Einwilligung des Betroffenen (Art. 7 der Verordnung (EU) 2016/679 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten, zum freien Datenverkehr und zur Aufhebung der Richtlinie 95/46/EG (Datenschutz-Grundverordnung), ABl. Nr. L 119 vom 4. 5. 2016 S. 1, in der Fassung der Berichtigung ABl. Nr. L 314 vom 22. 11. 2016 S. 72) oder

4. zur Beurteilung und Erfüllung von Ansprüchen aus einem konkreten Versicherungsfall durch Auskünfte von untersuchenden oder behandelnden Ärzten, Krankenanstalten oder sonstigen Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge (Gesundheitsdienstleister) über Diagnose sowie Art und Dauer der Behandlung, sofern der Betroffene seine Einwilligung zu der Ermittlung ausdrücklich und in einer gesonderten Erklärung, die er jederzeit widerrufen kann, in geschriebener Form gegeben hat, nachdem ihn der Versicherer auf die Möglichkeit einer Einwilligung im Einzelfall (Z 3) aufmerksam machte und ihn klar und verständlich über die Folgen der Einwilligung sowie die Verweigerung der Einwilligung und über sein Widerrufsrecht im Falle der Einwilligung belehrte; solche Auskünfte dürfen erst eingeholt werden, nachdem der Betroffene von der beabsichtigten Auskunftserhebung unter Bekanntgabe der konkret nachgefragten Daten sowie des Zweckes der Datenermittlung verständigt und dabei über sein Widerspruchsrecht sowie die Folgen des Widerspruchs klar und verständlich belehrt wurde, und

der Datenermittlung nicht binnen 14 Tagen (Einlangen des Widerspruchs) widersprochen hat; oder

5. durch Heranziehung sonstiger, dem Versicherer rechtmäßigerweise bekanntgewordener Daten; diese sind dem Betroffenen mitzuteilen; es steht ihm das Widerspruchsrecht gemäß Art. 21 der Verordnung (EU) 2016/679 zu.

§ 12. (1) Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Steht der Anspruch einem Dritten zu, so beginnt die Verjährung zu laufen, sobald diesem sein Recht auf die Leistung des Versicherers bekanntgeworden ist; ist dem Dritten dieses Recht nicht bekanntgeworden, so verjähren seine Ansprüche erst nach zehn Jahren.

(2) Ist ein Anspruch des Versicherungsnehmers beim Versicherer angemeldet worden, so ist die Verjährung bis zum Einlangen einer in geschriebener Form übermittelten Entscheidung des Versicherers gehemmt, die zumindest mit der Anführung einer der Ablehnung derzeit zugrunde gelegten Tatsache und gesetzlichen oder vertraglichen Bestimmung begründet ist. Nach zehn Jahren tritt jedoch die Verjährung jedenfalls ein.

(3) Der Versicherer ist von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Anspruch auf die Leistung nicht innerhalb eines Jahres gerichtlich geltend gemacht wird. Die Frist beginnt erst, nachdem der Versicherer dem Versicherungsnehmer gegenüber den erhobenen Anspruch in einer dem Abs. 2 entsprechenden Weise sowie unter Angabe der mit dem Ablauf der Frist verbundenen Rechtsfolge abgelehnt hat; sie ist für die Dauer von Vergleichsverhandlungen über den erhobenen Anspruch und für die Zeit, in der der Versicherungsnehmer ohne sein Verschulden an der rechtzeitigen gerichtlichen Geltendmachung des Anspruchs gehindert ist, gehemmt.

§ 16. (1) Der Versicherungsnehmer hat beim Abschluß des Vertrages alle ihm bekannten Umstände, die für die Übernahme der Gefahr erheblich sind, dem Versicherer anzuzeigen. Erheblich sind jene Gefahrumstände, die geeignet sind, auf den Entschluß des Versicherers, den Vertrag überhaupt oder zu den vereinbarten Bestimmungen abzuschließen, einen Einfluß auszuüben. Ein Umstand, nach welchem der Versicherer ausdrücklich und in geschriebener Form gefragt hat, gilt im Zweifel als erheblich.

(2) Ist dieser Vorschrift zuwider die Anzeige eines erheblichen Umstandes unterblieben, so kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten. Das gleiche gilt, wenn die Anzeige eines erheblichen Umstandes deshalb unterblieben ist, weil sich der Versicherungsnehmer der Kenntnis des Umstandes arglistig entzogen hat.

(3) Der Rücktritt ist ausgeschlossen, wenn der Versicherer den nicht angezeigten Umstand kannte. Er ist auch ausgeschlossen, wenn die Anzeige ohne Verschulden des Versicherungsnehmers unterblieben ist; hat jedoch der Versicherungsnehmer einen Umstand nicht angezeigt, nach dem der Versicherer nicht ausdrücklich und genau umschrieben gefragt hat, so kann dieser vom Vertrag nur dann zurücktreten, wenn die Anzeige vorsätzlich oder grob fahrlässig unterblieben ist.

§ 17. (1) Der Versicherer kann vom Vertrag auch dann zurücktreten, wenn über einen erheblich Umstand eine unrichtige Anzeige gemacht worden ist.

(2) Der Rücktritt ist ausgeschlossen, wenn die Unrichtigkeit dem Versicherer bekannt war oder die Anzeige ohne Verschulden des Versicherungsnehmers unrichtig gemacht worden ist.

§ 18. Hatte der Versicherungsnehmer die Gefahrumstände an Hand von vom Versicherer in geschriebener Form gestellter Fragen anzuzeigen, so kann der Versicherer wegen unterbliebener Anzeige eines Umstandes, nach dem nicht ausdrücklich und genau umschrieben gefragt worden ist, nur im Falle arglistiger Verschweigung zurücktreten.

§ 19. Wird der Vertrag von einem Bevollmächtigten oder von einem Vertreter ohne Vertretungsmacht abgeschlossen, so kommt für das Rücktrittsrecht des Versicherers nicht nur die Kenntnis und die Arglist des Vertreters, sondern auch die Kenntnis und die Arglist des Versicherungsnehmers in Betracht. Der Versicherungsnehmer kann sich darauf, daß die Anzeige eines erheblichen Umstandes ohne Verschulden unterblieben oder unrichtig gemacht ist, nur berufen, wenn weder dem Vertreter noch ihm selbst ein Verschulden zur Last fällt.

§ 20. (1) Der Rücktritt ist nur innerhalb eines Monats zulässig. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, in welchem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erlangt.

(2) Der Rücktritt ist gegenüber dem Versicherungsnehmer zu erklären. Im Falle des Rücktrittes sind, soweit dieses Bundesgesetz nicht in Ansehung der Prämie etwas anderes bestimmt, beide Teile verpflichtet, einander die empfangenen Leistungen zurückzugewähren; eine Geldsumme ist von dem Zeitpunkt des Empfangens an zu verzinsen.

§ 21. Tritt der Versicherer zurück, nachdem der Versicherungsfall eingetreten ist, so bleibt seine Verpflichtung zur Leistung gleichwohl bestehen, wenn der Umstand, in Ansehung dessen die Anzeigepflicht verletzt ist, keinen Einfluß auf den Eintritt des Versicherungsfalles oder soweit er keinen Einfluß auf den Umfang der Leistung des Versicherers gehabt hat.

§ 22. Das Recht des Versicherers, den Vertrag wegen arglistiger Täuschung über Gefahrumstände anzufechten, bleibt unberührt.

§ 23. (1) Nach Abschluß des Vertrages darf der Versicherungsnehmer ohne Einwilligung des Versicherers weder eine Erhöhung der Gefahr vornehmen noch ihre Vornahme durch einen Dritten gestatten.

(2) Erlangt der Versicherungsnehmer davon Kenntnis, daß durch eine von ihm ohne Einwilligung des Versicherers vorgenommene oder gestattete Änderung die Gefahr erhöht ist, so hat er dem Versicherer unverzüglich Anzeige zu machen.

§ 24. (1) Verletzt der Versicherungsnehmer die Vorschrift des § 23 Abs. 1, so kann der Versicherer

das Versicherungsverhältnis ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen. Beruht die Verletzung nicht auf einem Verschulden des Versicherungsnehmers, so muß dieser die Kündigung erst mit dem Ablauf eines Monats gegen sich gelten lassen.

(2) Das Kündigungsrecht erlischt, wenn es nicht innerhalb eines Monats von dem Zeitpunkt an ausgeübt wird, in welchem der Versicherer von der Erhöhung der Gefahr Kenntnis erlangt, oder wenn der Zustand wiederhergestellt ist, der vor der Erhöhung bestanden hat.

§ 25. (1) Der Versicherer ist im Fall einer Verletzung der Vorschrift des § 23 Abs. 1 von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Versicherungsfall nach der Erhöhung der Gefahr eintritt.

(2) Die Verpflichtung des Versicherers bleibt bestehen, wenn die Verletzung nicht auf einem Verschulden des Versicherungsnehmers beruht. Der Versicherer ist jedoch auch in diesem Fall von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn die im § 23 Abs. 2 vorgesehene Anzeige nicht unverzüglich gemacht wird und der Versicherungsfall später als einen Monat nach dem Zeitpunkt eintritt, in welchem die Anzeige dem Versicherer hätte zugehen müssen, es sei denn, daß ihm in diesem Zeitpunkt die Erhöhung der Gefahr bekannt war.

(3) Die Verpflichtung des Versicherers zur Leistung bleibt auch dann bestehen, wenn zur Zeit des Eintritts des Versicherungsfalles die Frist für die Kündigung des Versicherers abgelaufen und eine Kündigung nicht erfolgt ist oder wenn die Erhöhung der Gefahr keinen Einfluß auf den Eintritt des Versicherungsfalles oder soweit sie keinen Einfluß auf den Umfang der Leistung des Versicherers gehabt hat.

§ 26. Die Vorschriften der §§ 23 bis 25 sind nicht anzuwenden, wenn der Versicherungsnehmer zu der Erhöhung der Gefahr durch das Interesse des Versicherers oder durch ein Ereignis, für das der Versicherer haftet, oder durch ein Gebot der Menschlichkeit veranlaßt wird.

§ 27. (1) Tritt nach dem Abschluß des Vertrages unabhängig vom Willen des Versicherungsnehmers eine Erhöhung der Gefahr ein, so ist der Versicherer berechtigt, das Versicherungsverhältnis unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von einem Monat zu kündigen. Das Kündigungsrecht erlischt, wenn es nicht innerhalb eines Monats von dem Zeitpunkt an ausgeübt wird, in dem der Versicherer von der Erhöhung der Gefahr Kenntnis erlangt hat, oder wenn der Zustand wiederhergestellt ist, der vor der Erhöhung bestanden hat.

(2) Der Versicherungsnehmer hat, sobald er von der Erhöhung der Gefahr Kenntnis erlangt, dem Versicherer unverzüglich Anzeige zu machen.

(3) Ist die Erhöhung der Gefahr durch allgemein bekannte Umstände verursacht, die nicht nur auf die Risiken bestimmter Versicherungsnehmer einwirken, etwa durch eine Änderung von Rechtsvorschriften, so erlischt das Kündigungsrecht des Versicherers nach Abs. 1 erst nach einem Jahr und ist Abs. 2 nicht anzuwenden.

§ 28. (1) Wird die im § 27 Abs. 2 vorgesehene Anzeige nicht unverzüglich gemacht, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Versicherungsfall später als einen Monat nach dem Zeitpunkt eintritt, in welchem die Anzeige dem Versicherer hätte zugehen müssen.

(2) Die Verpflichtung des Versicherers bleibt bestehen, wenn ihm die Erhöhung der Gefahr in dem Zeitpunkt bekannt war, in welchem ihm die Anzeige hätte zugehen müssen. Das gleiche gilt, wenn zur Zeit des Eintritts des Versicherungsfalles die Frist für die Kündigung des Versicherers abgelaufen und eine Kündigung nicht erfolgt ist oder wenn die Erhöhung der Gefahr keinen Einfluß auf den Eintritt des Versicherungsfalles oder soweit sie keinen Einfluß auf den Umfang der Leistung des Versicherers gehabt hat.

§ 29. Eine unerhebliche Erhöhung der Gefahr kommt nicht in Betracht. Eine Erhöhung der Gefahr kommt auch dann nicht in Betracht, wenn nach den Umständen als vereinbart anzusehen ist, daß das Versicherungsverhältnis durch die Erhöhung der Gefahr nicht berührt werden soll.

§ 30. Die Vorschriften der §§ 23 bis 29 sind auch auf eine in der Zeit zwischen Stellung und Annahme des Versicherungsantrages eingetretene Erhöhung der Gefahr anzuwenden, die dem Versicherer bei der Annahme des Antrages nicht bekannt war.

§ 31. (1) Liegen die Voraussetzungen, unter denen der Versicherer nach den Vorschriften dieses Kapitels zum Rücktritt oder zur Kündigung berechtigt ist, nur für einen Teil der Gegenstände oder Personen vor, auf die sich die Versicherung bezieht, so steht dem Versicherer das Recht des Rücktrittes oder der Kündigung für den übrigen Teil nur zu, wenn anzunehmen ist, daß für diesen allein der Versicherer den Vertrag unter den gleichen Bestimmungen nicht geschlossen hätte.

(2) Macht der Versicherer von dem Recht des Rücktrittes oder der Kündigung für einen Teil der Gegenstände oder Personen Gebrauch, so ist der Versicherungsnehmer berechtigt, das Versicherungsverhältnis für den übrigen Teil zu kündigen; die Kündigung kann jedoch nicht für einen späteren Zeitpunkt als den Schluß der Versicherungsperiode erklärt werden, in welcher der Rücktritt des Versicherers oder seine Kündigung wirksam wird.

(3) Liegen die Voraussetzungen, unter denen der Versicherer wegen einer Verletzung der Vorschriften über die Erhöhung der Gefahr von der Verpflichtung zur Leistung frei ist, für einen Teil der Gegenstände oder Personen vor, auf die sich die Versicherung bezieht, so ist die Vorschrift des Abs. 1 auf die Befreiung entsprechend anzuwenden.

§ 41. (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.